

# Informe Sarampión

Juan Manuel Marín  
Médico Homeópata

MEASLES REPORT. MARÍN JM.

**Key words:** Infection. Vaccines. Allergies. Mortality. Autoimmune. Contradiction. Economy. Eradication. Massification.

**English Abstract:** The causes, the historical epidemiology of measles and the conditions that give rise to the complications of this infectious disease are revised. A reference is made to the search, by certain tendencies of Humanity, for the magic wand that would make possible the disappearance of micro-organisms and infectious diseases. An increase of diseases, old new and autoimmune, is observed parallel to the introduction of vaccinal and antibiotic technology. Contradictions in the official numbers of epidemiology are also observed.

**Palabras clave:** Infección. Vacunas. Alergias. Mortalidad. Autoinmunes. Erradicación. Contradicción. Economía. Masificación.

**Resumen:** Se revisan las causas, la epidemiología histórica del sarampión y las condiciones que favorecen la complicación de esta enfermedad infecciosa. Se hace una referencia a la búsqueda, por parte de ciertas tendencias de la Humanidad, de la varita mágica que haga posible la desaparición de los microorganismos y de las enfermedades infecciosas. Se observa un aumento de enfermedades antiguas, nuevas y autoinmunes paralelo a la introducción de la tecnología vacunal y antibiótica. Se observan también contradicciones en las cifras oficiales de epidemiología.

Constantemente aparecen en la prensa referencias sobre estudios epidemiológicos en los que se constata el incremento constante de los cuadros alérgicos y asmáticos<sup>1</sup>. Una de las hipótesis que se barajan tiene que ver con los cambios que se observan en el comportamiento inmunológico de los niños. Aunque se contemplan otros factores, las vacunaciones generalizadas desde la más tierna infancia, podrían estar en la base de este fenómeno. Es por esto, y por que cada vez resulta más evidente que las vacunaciones sistemáticas e indiscriminadas pueden ser el fundamento último de nuevas enfermedades de carácter autoinmune, que hemos decidido elaborar un informe que permita evaluar la racionalidad-irracionalidad de las medidas adoptadas en relación al sarampión por las autoridades sanitarias.

Es más, en el momento de redactar este informe, el gobierno de la Generalitat de

Cataluña nos ha sorprendido con la aprobación de un nuevo calendario vacunal en el que introducen nuevas y complejas vacunas.

La oportunidad de estas vacunas, y de las que se avecinan, resulta más que dudosa y requeriría de un profundo estudio y debate que involucre a diferentes sectores sociales e institucionales. La complejidad del tema y sus implicaciones, va mucho más allá de lo propiamente científico; también va mucho más allá de lo puramente económico ya que, dada la universalidad y trascendencia que está adquiriendo en estos momentos la práctica vacunal, el problema entra directamente en el campo de lo que ha sido dado en llamar Bioética. La pregunta que nos podríamos formular sería: ¿ Es legítimo, lícito, ético que, en el actual momento epidemiológico, miles, millones de niños sanos sean infectados artificialmente con las consecuencias im-

predecibles que ello puede acarrear, con el objetivo hipotético de evitar determinado número de casos, de una determinada enfermedad cuya incidencia es además bajísima? o de otra manera ¿ es legítimo, lícito, ético manipular reiteradamente el sistema inmunitario de generaciones y generaciones de niños sanos con el fin de evitar determinado número de casos de determinadas enfermedades? El presente informe sobre el sarampión nos puede proporcionar alguna luz.

## El Sarampión

Es una enfermedad infecto-contagiosa producida por un virus ARN del genero Morbillivirus. Clínicamente se manifiesta como un proceso agudo caracterizado por tos, conjuntivitis, exantema máculo-papular eritematoso y un enantema patognomónico (manchas de Koplik). Las complicacio-

Correspondencia:  
Juan Manuel Marín  
E-mail: 25558jmo@comb.es

El sarampión se presenta como un proceso benigno potencialmente grave en personas inmuno-deprimidas y malnutridas

16

nes, muy graves a veces, eran frecuentes en el S. XIX y primer tercio del S. XX. En la actualidad se presenta como un proceso benigno potencialmente grave en personas inmunodeprimidas y malnutridas. En su evolución se distinguen 4 períodos:

1. Incubación: desde el contagio hasta la aparición de los primeros síntomas catarrales. Dura unos 10 días es un período asintomático.
2. Prodromos, Catarral o Enántemático: Dura entre 2 y 4 días. Debuta con síntomas en vías respiratorias superiores, conjuntivitis, laringitis... y fiebre de intensidad variable. Hay MEG y aparecen las manchas de Koplik 48 h. antes del exantema, desapareciendo 24 h. después.
3. Exantemático: aparece unos 14 días después del contagio. Se propaga de pies a cabeza. Desaparece al cabo de 3 ó 4 días, dejando una fina descamación. No hay fiebre.
4. Convalecencia: desaparecen todos los síntomas excepto la traqueo-bronquitis, puede persistir tos. La persistencia de fiebre puede ser señal de complicación.

#### Etiopatogenia

El reservorio es el ser humano. La contagiosidad desde 1-2 días antes del cuadro catarral hasta 4-5 días después del exantema. El virus se destruye fuera del organismo. Contagio por contacto directo o gotas de Flüge, raro por terceras personas. Inmunidad de por vida. La inmunidad pasiva por Ac maternos es variable, yendo de los 3 meses al año.

#### Complicaciones

El sarampión es más grave y frecuente en menores de 2 años y en adultos, así como en malnutridos que viven hacinados. Las complicaciones más graves son: La Laringitis estenosante, la bronco-neu-

monía y la encefalitis. La otitis media la más frecuente.

La bronco-neumonía era la causa más frecuente de mortalidad cuando se producía una sobreinfección bacteriana. La encefalitis se presenta en períodos avanzados del sarampión.

Tiene una morbilidad de 0,5-1/1000. La panencefalitis esclerosante subaguda(PES) es un proceso desmielinizante, con un período largo de incubación de aproximadamente de 11 años y una casuística de 0,6-2/100.000 casos en el sarampión natural y 1/1.000.000 por vacunas según datos oficiales<sup>2</sup>.

#### Mortalidad

La letalidad, al igual que las complicaciones, depende del nivel socio-económico, del estado nutricional de la población infantil y de los recursos sanitarios del área en cuestión. En países desarrollados el promedio es de 1-2 casos cada 100.000 enfermos<sup>3</sup>. En el Tercer Mundo la mortalidad es semejante a la de los países actualmente desarrollados hace 150 años situándose entorno al 3-5% pudiendo alcanzar valores superiores<sup>4</sup>.

#### Epidemiología

El sarampión es una enfermedad de distribución universal. Las tasas de morbi-mortalidad han seguido una curva claramente descendente desde finales del S.XIX. En este sentido resulta sorprendente la división cronológica, entre período pre-vacunal y postvacunal, que se realiza sistemáticamente desde sectores prevacunales, dando a entender que es desde la introducción de la vacuna cuando se han producido cambios epidemiológicos significativos. Nada más lejos de la realidad.

En lo que respecta al sarampión las tasas de mortalidad, en Inglaterra y Gales, pasaron de 1.100 por millón en niños de hasta 15 años a 1/2 del S.XIX a prácticamente cero en 1960<sup>5</sup>. La vacuna anti-sarampionosa se empezó a introducir a mitad de la década de los 60 y las coberturas sig-

nificativas no se alcanzaron hasta 2 ó 3 lustros después.

En España la vacuna se introdujo también a mitad de los años sesenta con poco éxito de aceptación y con importantes efectos secundarios por lo que fue retirada<sup>6</sup>. La vacuna triple vírica -TV- se empezó a introducir a mediados de 1981, no obstante hasta 1985 no alcanzó el 83% de cobertura<sup>7</sup>.

Es imposible saber la evolución que habría seguido la morbilidad sarampionosa de forma natural sin vacunaciones sistemáticas, no obstante, estudiando las gráficas cabe pensar que las curvas habrían seguido siendo descendentes, sobre todo, si tenemos en cuenta las transformaciones económicas y estructurales operadas en nuestras sociedades en los últimos 20 años. En Cataluña las tasas han seguido una evolución semejante a la española y en general similar a los países de nuestro entorno. Se registraron 58 casos en 1997; 53 en 1998 lo que representa una tasa inferior al 1/100.000 y en lo que va de año, enero-febrero, sólo se ha registrado un caso<sup>8</sup>. Si estas cifras son ciertas y como hemos dicho anteriormente la mortalidad es de 1-2/100.000 tendríamos para Cataluña una mortalidad inexistente. Lo mismo puede afirmarse para las secuelas y complicaciones, entonces ¿porqué este celo vacunalista? ¿porqué incrementar la presión vacunal sobre la población infantil? ¿qué teoría médica sustenta esta praxis? ¿qué intereses se ocultan detrás de esta práctica?

#### Teoría Microbiana y Praxis Médica

Es bien sabido que durante el S.XIX y primera mitad del S.XX las enfermedades infecto-contagiosas eran la principal causa de morbi-mortalidad en el continente europeo y seguramente también a nivel planetario.

En este contexto era lógico la búsqueda de soluciones que frenaran procesos que con frecuencia diezaban a numerosos grupos humanos. No es preciso recordar las condi-

ciones de vida a la que se vieron abocados miles hombres, mujeres y niños durante la industrialización.

El advenimiento, en este contexto, de la Microbiología y la Teoría Celular abrió un campo que despertó grandes esperanzas. Efectivamente la constatación de la existencia de los microorganismos y su vinculación con determinados procesos morbosos-Teoría de la Etiología Específica- llevó a la búsqueda incesante de medidas que acabasen con esta situación. Se abrió así el camino para el desarrollo de la Higiene y la Salud Pública que tan provechoso iba a resultar a corto, a medio y a largo plazo. También supuso el pistoletazo de salida en la búsqueda de sustancias, medicamentos y fármacos eficaces. Los intentos infructuosos, en un principio, cristalizaron en la segunda mitad del S.XX con la producción y utilización masiva de antibióticos y vacunas.

El consumo masivo de quimioterápicos y vacunas junto a otros factores ha hecho emerger una morbi-mortalidad inédita e inimaginable años atrás. Sirva como ejemplo el dato escalofriante de que la cuarta causa de muerte en urgencias Hospitalarias en EEUU es el consumo de fármacos -106.0000 personas en 1994<sup>9</sup>. No obstante y aunque existe consenso generalizado en todos los foros académicos de que la terapéutica ha tenido un papel epidemiológicamente insignificante en la evolución de las enfermedades infecciosas, los apologetas siguen magnificando el papel desarrollado por las "balas mágicas" -Antibióticos y Vacunas- y subrepticamente minimizan el papel fundamental e insustituible de las condiciones de vida (vivienda, alimentación, potabilización de aguas, aguas residuales, basuras, etc.) y la adaptación entre microorganismo y huésped.

Pues bien, esta tendencia al reduccionismo que caracteriza al modelo médico que en la actualidad es hegemónico, es decir la tendencia a separar al fenómeno del contexto en el que se produce reduciendo, en el caso que nos ocupa, la pa-

tología infecciosa al binomio microorganismo-huésped es el fundamento último, junto a la rentabilización de las inversiones de la industria farmacéutica, de la actual campaña de erradicación del sarampión.

## **Erradicación del sarampión. Erradicación de las enfermedades infecciosas**

La erradicación del sarampión hay que ubicarla en viejo y profundo anhelo de un mundo edénico, es decir un mundo sin enfermedades. En esta dirección se viene trabajando desde hace más de una década. El punto de partida sería el siguiente en palabras textuales de los expertos: "Como la viruela, aunque con algunas diferencias, el sarampión reúne las condiciones óptimas para ser eliminado de una comunidad o país e incluso erradicado del mundo. El reservorio del virus es exclusivamente humano, no hay formas inaparentes y se dispone de una vacuna efectiva (95%) para que, si la mayoría de la población es vacunada, pueda llegar a romperse la cadena epidemiológica y eliminar la enfermedad de una comunidad o país... de todas formas, la evidencia disponible indica que no es una tarea fácil y que, en todo caso, requiere esfuerzos adicionales importantes por parte de las autoridades sanitarias"<sup>10</sup>.

Para alcanzar el objetivo deseado se consideraba imprescindible obtener unas tasas de cobertura vacunal de al menos el 95% y se definían dos posibles estrategias: la Escandinava que consiste en la aplicación de dos dosis de la TV la primera 15m. y la segunda a los 4-6 ó 11-12 años y la Norteamericana de la OPS consistente en la vacunación masiva (*catch up*), al margen del calendario vacunal, para vacunar al mayor número posible de niños, en el menor espacio de tiempo. A tenor de los "expertos" ambas estrategias se consideran válidas. De hecho en Cata-

luña se estaba siguiendo el modelo escandinavo desde 1988, la confusión surge al analizar los datos ya que si en 1997 hubieron sólo 59 casos y 53 en 1998, con unas tasas inferiores al 1/100.000 ¿cuales son las razones reales del cambio de estrategia?

El cambio de estrategia se fraguó en un seminario organizado por la Dirección General de Salud Pública-DGSP- en noviembre de 1997<sup>11</sup>. También en noviembre de 1997 la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud se fijó el objetivo de eliminar el sarampión para el año 2007. El seminario estuvo tutelado por el Dr. Ciro A. de Quadros a la sazón Director del Programa Especial para Vacunas e Inmunización de la Organización Panamericana de Salud -OPS. En dicho seminario tras un pase super rápido de diapositivas el Sr. Quadros mostraba las excelencias del plan de erradicación del sarampión en las Américas, siguiendo la estrategia anteriormente definida como Norteamericana. Este modelo que se aplicó en Inglaterra en 1994 ha sido rechazado por el momento en Alemania.

El nuevo plan pasa por el incremento de la presión vacunal para alcanzar mayores coberturas ya que se considera que aumentan las cohortes de susceptibles al no ser la vacuna eficaz al 100% y no llegarse a las coberturas teóricamente óptimas.

De este modo se ha decidido:

1. Adelantar la segunda dosis a los 4 años.
2. Hacer un barrido *-catch up-* de los 5 a los 10 años, hayan sido ya vacunados o no, hayan pasado o no cualquiera de las enfermedades cubiertas por la vacuna Triple Vírica -TV-. Ahora bien, si analizamos los propios datos de la DGPS las medidas adoptadas parecen desproporcionadas y carentes de racionalidad (Tabla 1).

Estas cifras se consideran más bajas que las reales por la

El consumo masivo de quimioterápicos y vacunas, junto a otros factores, ha hecho emerger una morbi-mortalidad inédita e inimaginable años atrás

Tabla 1.

I. Tasas de morbilidad del sarampión en Catalunya x100.000 aproximadas <sup>12</sup>			
1992	60	1995	30
1993	14	1996	8(de febrero a mayo)
1994	11	1997	1

  

II. Coberturas vacunales de TV en Catalunya 1991-1996 <sup>13</sup>			
1991	87,4	1994	72,4
1992	85,4	1995	70,9
1993	87,1	1996	78,8

¿Se les ha ocurrido relacionar el incremento de la presión vacunal y la emergencia de nuevas patologías como la alergia y la diabetes?

DGSP. Se calcula que la infra-declaración oscila según zonas del 4,1% al 27,4%, siendo el índice de infra-declaración para toda Catalunya del 14,9%. Por tanto, en palabras de Joan Batalla - de la DGSP-, se puede considerar " que les taxes de cobertura real són com a mínim un 10% superiors a les d'aquí presentades"<sup>14</sup>.

Si además resulta, como es evidente, que ni el momento epidemiológico, ni las condiciones de vida, sociales y económicas de Catalunya son comparables a las de América Latina y que el sarampión no constituye en absoluto ningún problema de Salud Pública, los interrogantes se multiplican:

- ¿Qué sentido tiene vacunar y revacunar con estas estadísticas?
- ¿Existen razones extra-sanitarias que no llegamos a entender?
- ¿Por qué no se derivan estas partidas presupuestarias a otros menesteres?
- ¿Por qué vacunar de la TV cuando lo que se quiere eliminar es el sarampión?
- ¿Se les ha ocurrido, aunque sólo sea por curiosidad científica, relacionar el incremento de la presión vacunal y la emergencia de nuevas patologías o el incremento significativo de otras como por ejemplo alergias, diabetes juvenil, procesos auto-inmunes?

## Vacuna antisarampión. Vacuna triple vírica

El virus se consiguió aislar en 1954 en cultivos celulares, sus autores fueron Enders y Peebles. A partir de aquí se avanzó rápidamente en la síntesis de vacunas, dando lugar a las atenuadas y a las inactivadas. La primera vacuna atenuada se obtuvo tras pases repetidos en células de riñón, amnióticas y de embrión de pollo; se denominó Edmington, apellido del niño del que se aisló el virus. La vacuna se autorizó en EE.UU. en 1963. Dadas las reacciones adversas que producía, se administraba también inmonoglobulina estándar. A partir de ella se obtuvieron la cepa Szchwarz-85 pases- y la Moraten -40 pases- que producían menos reacciones adversas. Con ello se dejó de utilizar la Inmunoglobulina ya que, entre otras cosas, frenaba la producción de anticuerpos<sup>15</sup>.

La vacuna inactiva se utilizó en EE.UU. en el período 1963-67. La vacuna inactivada con formaldehído y precipitada en aluminio presentaba menos efectos adversos pero inducía una respuesta inmunitaria de corta duración; además, los niños vacunados podían contraer la enfermedad incluso de forma más grave que los no vacunados: sarampión hemorrágico, neumonitis ... ¿cuántos casos se produjeron para que se dejara de utilizar? Como sucede a menudo con los textos de Historia, en donde se solven-

tan de un plumazo hechos sumamente trágicos, uno no puede dejar de preguntarse que habrá sido de aquellos niños y niñas que hicieron conejillos de indias en aras del "progreso científico".

En estos momentos la vacuna antisarampionosa se utiliza, habitualmente, combinada con otras vacunas también atenuadas. La combinación más común es conocida como triple vírica-TV- que agrupa sarampión, paperas y rubéola. Desde sectores provacunálistas se mantiene que las reacciones adversas son "similares a las de las vacunas monovalentes"<sup>16</sup>, lo cual suena más a proclama publicitaria que a argumento científico.

El proceso de "transmutación" de una cepa salvaje en una cepa atenuada no es bien conocido. El virus es sometido a diferentes pases en cultivos celulares bajo condiciones anómalas, que algunos denominan "cancerización", es decir, crecimiento acelerado. Con ello se consigue que el virus cambie sus propiedades específicas, permaneciendo sin embargo como virus "vivo". El mecanismo implicado no se conoce en detalle. Son pocas las investigaciones seguras que se hacen<sup>17</sup>.

El proceso, en esencia, no ha cambiado desde los tiempos de Pasteur el cual, tras cultivar los virus en conejos, los atenuaba exponiéndolos al aire libre.

El caso de la viruela es asombroso. El origen del virus es desconocido; además la vacuna tuvo que ser transferida de niño a niño porque no había forma de conservarla, de hecho el recultivo en vacas no se consiguió hasta décadas más tarde. La atenuación fue conseguida en miles de cuerpos humanos, proceso muy peligroso puesto que se transmitían otras infecciones.

En la actualidad diferentes cepas son utilizadas en diferentes partes del mundo para la fabricación de vacunas, todas con diferentes propiedades, desconociéndose la base molecular del principio activo en la mayoría de casos. De he-

cho, el virus salvaje es serológicamente indistinguible del virus atenuado. Sólo con modernas técnicas de secuenciación genética, ha sido posible identificar algunas diferencias entre las vacunas. Se desconoce también como se producen estas diferencias genéticas durante el proceso de atenuación. Asimismo se desconoce por qué una cepa es más reactiva que otra.

Desde sectores académicos se afirma que la respuesta inmunitaria a la vacuna es "parecida" a la producida por la infección natural<sup>18</sup>. Esto no resulta muy creíble con el estado actual de los conocimientos. La vacuna, que se sepa, despierta una doble respuesta: humoral y celular. La humoral es cuantificada en forma de anticuerpos, IgA's IgM's, IgG's pero se reconoce que la respuesta celular es difícil de medir y que no es bien conocida. De hecho los factores que influyen en la inmunogenicidad son múltiples: Edad, DICT-Dosis Infecciosa en Cultivo de Tejidos-, cepa, Anticuerpos maternos, sexo, estado nutricional, enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes.

Desde los servicios de epidemiología, salud pública y medicina preventiva, se utilizan los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia como baremos a la hora de evaluar los resultados de las campañas de vacunación. La Eficacia se valora en estudios experimentales. En el libro "Vacunaciones Preventivas", texto monumental, coordinado por Lluís Salleras se dice literalmente "Hay pocos estudios que permitan conocer la eficacia protectora de la vacuna del sarampión"<sup>19</sup>. La Efectividad se deduce de la evolución de las tasas de incidencia en relación a las coberturas vacunales. "En países con programas de vacunación antisarampión bien desarrollados, la morbilidad declarada... ha disminuido de 10 a 1000 veces con respecto a la época anterior a la introducción de la vacuna"<sup>20</sup>. Esta afirmación de gran contundencia, adolece de una gran falta de rigor. Por un lado en los países de nuestro entorno no hay grupos de vacu-

nados y no vacunados que puedan compararse a lo largo del tiempo, por otro se obvian variables muy importantes en la evolución de las enfermedades infecciosas- y no infecciosas- y finalmente se silencia que antes de la irrupción de la fiebre vacunalista la morbilidad había descendido en proporciones similares o, aún, mayores. La Eficiencia es un parámetro, básicamente, económico. Se hace un estudio comparativo entre lo que cuestan las vacunas, los planes de vacunación, etc. y los costos que ocasionan las enfermedades.

En relación al sarampión se calcula que "la relación coste/beneficio se sitúa entre el 4,5 y el 14,5". Incluso se "demostró que la vacuna TV es mucho más eficiente que la vacuna antisarampión simple"<sup>21</sup>. La simplicidad de las conclusiones es elocuente por sí misma ya que en ella no se consideran ni evalúan los costes de lo que podríamos denominar "daños colaterales" a corto, a medio y largo plazo.

### **Morbilidad postvacunal. Efectos secundarios**

La morbilidad post-vacunal, los efectos secundarios de las vacunas son eventos cuya evaluación real resulta sumamente compleja. Las reacciones, desde el punto de vista cronológico, pueden ser: inmediatas, a corto, a medio, a largo y a muy largo plazo. Además, hay que tener en cuenta que, lo que hoy llamamos sistema inmunitario sigue siendo una gran incógnita. De hecho se reconoce que la respuesta de tipo celular no es bien conocida y que la humoral - nivel de anticuerpos- no siempre determina inmunidad frente a la enfermedad. Las incongruencias se ponen de manifiesto en los protocolos de seguimiento de los efectos adversos en diferentes campañas de vacunación, ya que por un lado se sabe que la actividad inmunitaria puede persistir durante meses pero el periodo de observación se circunscribe al mes siguiente al de la inoculación<sup>22</sup>.

Los servicios de epidemiología y de vigilancia farmacológica centran sus estudios en reacciones inmediatas y a corto plazo. Incluso ante este tipo de reacciones, los servicios de farmacovigilancia- aquellos que funcionan, es decir, que tienen voluntad vigilante y medios para desarrollar su labor- se muestran impotentes y, ello, por dos razones básicas. En primer lugar, hay que señalar, que la mayoría de observadores e informadores potenciales, no están preparados para dicha labor. Médicos y pediatras al acabar los estudios universitarios, saben o sabemos muy poco de inmunología y vacunas. Se desconocen las reacciones adversas, por tanto no se reconocen, se minimizan, se niegan o, sencillamente no se comunican por presiones o sin ellas. Podrían ponerse muchos ejemplos palmarios acontecidos en los propios servicios de urgencia hospitalaria.

Este divorcio entre teoría y praxis se ve acrecentado, además, por la celeridad, vertiginosa, con la que se producen los cambios en las ciencias biosanitarias; cambios que hacen depender, en última instancia, de la industria farmacéutica la investigación y las pautas terapéuticas. La segunda razón, radica en las propias limitaciones conceptuales -inherentes al método experimental- a la hora de establecer relaciones de causa-efecto entre la vacunación y reacción adversa, puesto de manifiesto en alguna ocasión, por miembros del servicio de vigilancia farmacológica de Cataluña. La vacuna es un fármaco biológico complejo en cuya composición encontramos diferentes sustancias: las estructuras antigénicas y los conservantes y coadyuvantes. Teniendo en cuenta la consabida, pero desconocida, susceptibilidad individual ¿cómo demostrar por ejemplo que una Púrpura Trombocitopénica Idiopática -PTI- es producida por una determinada vacuna? ¿qué parte del fármaco ha sido la causante? ¿es una parte o es el conjunto de todas ellas? Como vemos, los interrogantes se multiplican. Como además no podemos dar marcha atrás en la máqui-

La erradicación del sarampión hay que ubicarla en el viejo anhelo de un mundo edénico

## El proceso de transmutación de una cepa salvaje en una cepa atenuada no es bien conocido

na del tiempo, la reacción adversa se investiga -cuando se hace- como sospecha de reacción adversa y habitualmente, ante la imposibilidad metodológica de origen, se archiva con el epígrafe "no se ha podido demostrar" o "no hay suficientes datos que permitan".

Y si esto sucede así para las reacciones a corto plazo, las dificultades se acrecientan para las reacciones a largo plazo, en la medida en que se multiplican las posibles variables a considerar.

Las reacciones adversas descritas en los textos académicos y las registradas por la DGPS, coinciden, en gran parte, con las enumeradas en el prospecto que edita el laboratorio que produce la vacuna TV que aparece en todos los Vademecun.

Coinciden, también, en señalar que las reacciones adversas son las comunicadas tras la administración de las vacunas monovalentes. El laboratorio clasifica las reacciones, en función de la frecuencia de presentación, en comunes, ocasionales y raras sin aportar datos estadísticos ni las fuentes de procedencia. En el texto "Vacunaciones Preventivas" de Ll. Salleras, se admiten reacciones sistémicas, como fiebre y exantema, del 2-30% de todos los vacunados, en los primeros 15 días. Las reacciones locales se consideran menos frecuentes. Se admiten como reacciones graves la encefalitis, la panencefalitis esclerosante subaguda, la neuritis óptica, la mielitis transversa, el Sde. de Guillain Barré, la sordera, las convulsiones y la diabetes mellitus<sup>23</sup>.

En relación a la encefalitis postvacunal, que el laboratorio Pasteur Merieux sitúa en 1/3.000.000 dosis<sup>24</sup>, Salleras señala que es "extremadamente rara" cifrándola en 1/1.000.000 dosis, en el mes siguiente a la vacunación<sup>25</sup>. Lo curioso es que, en el mismo párrafo, apunta que "En el Reino Unido, tras un estudio de casos y controles, se pudo conocer que el riesgo de encefalitis o encefalopatía atribuible a la vacuna antisarampión

era de 1/87.000 vacunaciones (límites de confianza: 1/25.000 a 1/83.000)"<sup>26</sup>. Más adelante se afirma que, en un estudio de seguimiento realizado en Finlandia entre 1982 y 1993 tras la vacunación de 1,5 M. de personas con la TV, se constataron convulsiones febriles en 7/100.000 dosis, 23 casos de púrpura trombocitopénica aguda 3,3/100.000 por trastornos de tipo autoinmune, 1 caso de leucemia seguido de encefalopatía "que se recuperó sin problemas", y otros trastornos menores<sup>27</sup>.

Como vemos los datos que aportan diferentes organismos de "prestigio" resultan incoherentes y disparatados, pero lo más llamativo de la literatura consultada es la estrategia subyacente que tiene de constantemente:

1. A minimizar los efectos secundarios.
2. A negarlos con la coletilla de "no se ha podido establecer la existencia de relación causal", caso de los informes aparecidos en *The Lancet* vinculando la vacuna del sarampión al autismo y a la enfermedad inflamatoria intestinal<sup>28</sup>.
3. En su defecto, a conclusiones simplistas y maniqueas que llevan a zanjar el asunto con el tópico de que "en cualquier caso las complicaciones postvacunales son menores que las de la enfermedad natural".

Si consultáramos otras fuentes más críticas veríamos que la frecuencia de reacciones adversas se multiplica, el Dr. Xavier Uriarte en su libro "Inmunidad o Vacunas" sitúa el riesgo postvacunal para la TV en 1/50.000 dosis<sup>29</sup>.

De hecho en el período 1985-1995 el Servicio de Farmacovigilancia de Cataluña recogió sólo 37 reacciones adversas, todas dermatológicas, mientras que de 1988 a 1995 el Grupo médico de Reflexión Sobre las Vacunas registró 60 casos, 38 de ellos neurológicos<sup>30</sup>. Además, hay que tener en cuenta que mientras la en-

fermedad natural afecta a un reducido grupo de personas y una sola vez, la gran mayoría de niños se ven expuestos al antígeno vacunal en reiteradas ocasiones a lo largo de su vida, con lo cual el riesgo postvacunal se multiplica en proporciones desconocidas.

Llegados a este punto, surgen de inmediato, las preguntas ¿Cuál es el impacto real de las vacunas? ¿Cómo están afectando las vacunaciones sistemáticas en la salud actual y futura de nuestros niños y niñas? ¿Qué papel juegan en el surgimiento de nuevas y desconocidas enfermedades? Son preguntas de difícil evaluación y difícil respuesta.

Las observaciones, al respecto, de Thomas Quak son muy valiosas, ya que:

1. La potencialidad de provocar una enfermedad por las propiedades de una vacuna es desconocida.
2. La reacción del sistema inmune a una vacuna no se conoce en detalle.
3. La interacción entre el sistema inmune alterado tras la vacunación y otras variables, es desconocida.

Por tanto, no sabemos que consecuencias pueden derivarse a largo plazo puesto que los estudios se centran en reacciones a corto plazo<sup>31</sup>.

No obstante existen algunas señales que nos tienen que invitar, empezando por la DGSP, a la reflexión, a la medida y a la prudencia y sirva como ejemplo, los trabajos ya citados publicados en *The Lancet* en los que se relaciona la vacuna antisarampión y la aparición de E. de Crohn y Colitis Ulcerosa, años después de la inoculación, por la activación de virus lentos<sup>32</sup>. También es bien conocida la incidencia de artritis crónicas y vacuna de la rubeola. Concluye Thomas Quak, y con él nosotros, que sería recomendable por tanto estudiar las relaciones entre activaciones inmunitarias y procesos autoinmunes<sup>33</sup>.

## Nuevo calendario vacunal

Pero no parecen ir por aquí las intenciones de las autoridades sanitarias. En efecto, en el momento de elaborar este informe la Generalitat de Catalunya ha publicado un decreto en el que se modifica, complejizando una vez más, el calendario vacunal.

El nuevo calendario incorpora una serie de modificaciones, cada una de las cuales requeriría un amplio estudio, entre las que destacan:

1. El avance en un mes de las primovacunas, ahora se harán a los 2, 4 y 6 meses.
2. Se añaden nuevas vacunas, Hib, Hepatitis B, Tos Ferina acelular- "más segura que la entera"
3. El avance de la TV a los 4 años. Todo lo cual significa que en un periodo de 4 años nuestros infantes habrán recibido en total de 30 inmunizaciones, con el fin de alcanzar el objetivo fijado en el Pla de Salut de Catalunya 1996-98.

Resulta especialmente sorprendente la inclusión de la vacuna contra, lo que eufemísticamente se denomina, Enfermedad Invasiva por *Haemophilus Influenzae* tipo b - Hib-La inclusión de esta vacuna en el calendario fue desestimada en Noviembre de 1994 por el Comité de Expertos en Vacunaciones del Dpto. de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya al no existir circunstancias epidemiológicas<sup>34</sup>, no entendemos a que obedece el cambio de criterio si según datos del Butlletí Epidemiològic de Catalunya en 1998 se diagnosticaron un total de 21 casos<sup>35</sup>. Lo mismo podríamos decir en relación a la introducción de la vacuna "Acelular" contra la Tos Ferina si tenemos en cuenta que en 1998 se diagnosticaron 38 casos<sup>36</sup>. Pensamos que el Director General de Salud Pública de Catalunya debería dar una explicación realmente convincente.

## Conclusiones

Consideramos que los programas de vacunación no deberían ser objeto de especulación política, aunque somos conscientes que, para algunos, el fin justifica los medios.

Consideramos, asimismo, una temeridad la introducción de nuevas y complejas vacunas. No existe justificación epidemiológica para ello y como ya hemos argumentado, las manipulaciones inmunitarias, tienen y pueden tener consecuencias impredecibles. Debería avanzarse, dado el actual momento epidemiológico, hacia la simplificación del actual calendario vacunal y la congelación de la introducción de las que se avecinan.

De todas las medidas que se están adoptando, se deduce un cambio de estrategia sutil pero firme. Este cambio se opera en un doble sentido. Por un lado no sabemos si se vacuna por necesidad epidemiológica o si es una necesidad vacunar por que existen vacunas disponibles dada la producción industrial a gran escala. Por otro, ya no se trata de controlar determinadas enfermedades, sino que se plantea su erradicación; todo lo cual se traduce, lógicamente, en un gran incremento de la presión vacunal y en el incremento del consumo de estos fármacos.

Consideramos finalmente necesario abrir un periodo de reflexión sobre las vacunaciones sistemáticas. Esta reflexión debe incluir varios aspectos. Por un lado debería revisarse la teoría microbiana, especialmente en lo que a su aplicación práctica se refiere. René Dubos, microbiólogo y hombre de sabiduría exquisita escribía no hace muchos años: "Probablemente a causa de que el hombre tiene un menor control sobre el mundo microbiano que sobre el resto de factores que influyen en su vida, las disciplinas microbiológicas siguen a menudo un derrotero, ajeno a las grandes corrientes de pensamiento, que frecuentemente se antoja ingenuo a la luz de la Biología moderna.

De acuerdo con lo antedicho, se consideran buenos algunos microbios cuya actividad proporciona satisfacciones al hombre; la mayoría, empero, son malos porque su actividad es aparentemente perjudicial para la vida y los intereses de la humanidad. Esta directriz antropocéntrica es, por supuesto, filosóficamente discutible; más aún, su claridad conceptual es mucho menor de lo que parece a primera vista"<sup>37</sup>. Esta visión simplista, maniquea del mundo microscópico es el trasfondo último en el que descansa la práctica vacunal y precisa de una profunda revisión; puesto que, como vuelve a señalar Dubos "resolver un problema patológico no es lo mismo que crear salud y felicidad; esto último exige una sabiduría y una visión que trasciendan el mero conocimiento de los remedios y los tratamientos, y que capten todas las complejidades y sutilezas inherentes a la relación entre los seres vivos y su medio"<sup>38</sup>.

El otro aspecto a considerar debería centrarse en el estudio y evaluación de la morbilidad postvacunal. Pensamos que deberían crearse mecanismos de evaluación y seguimiento de los efectos secundarios de las vacunas, tanto a nivel nacional como supranacional. Sería interesante la creación de una especie de "Servicio de VacunoVigilancia Europeo" independiente de la industria farmacéutica y de organismos oficiales, que integrara, entre otros, a grupos médicos y asociaciones de afectados. En este sentido "El Informe Strasbourg 2004" se constituye como Red Internacional Europea de recogida de Efectos Adversos y en dicha dirección trabajan sus miembros. Hay que tener presente que, al principio de esta década, un porcentaje importante de los miembros de la Comisión Nacional de Farmacovigilancia de España trabajaban a tiempo parcial para Farmaindustria lo que hacía prácticamente imposible que se adoptaran medidas que pudieran resultar perjudiciales para sus intereses inmediatos<sup>39</sup>.

Para acabar pensamos que, en una sociedad democrática y

plural, otros expertos profesionales ubicados en corrientes de pensamiento que cada vez tienen un mayor peso específico, deberían participar en la toma de decisiones sobre asuntos de Salud Pública que por su magnitud incidan o puedan incidir sobre la salud de extensas capas de población.

## Bibliografía

1. El País. Domingo 2.5.1999, Sección: Sociedad (p.33).
2. Pineda Solas V. Servicio de Pediatría. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Ver dossier editado por la DGSP con motivo del seminario. L'eliminació del Xarrampió a Catalunya. Barcelona 25.11.1997.
3. Guías de Saúde Pública. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Serie I: Sección VACINAS: Informe 9. 1999;1.
4. Guías de Saúde Pública. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. Serie I: Sección VACINAS: Informe 9. 1999;2.
5. Mckeown T. The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis. Oxford, UK: Basil Blackwell, 1979;105.
6. Salleras LI, Dominguez A, Sierra A, Cueto A. Vacunaciones Preventivas. Barcelona: Ed. Masson, 1998;161.
7. Salleras LI. Opus cit. p. 161.
8. Diario Médico. 16.03.1999.
9. Butlletí Groc. Institut Català de Farmacología 1999;12(1);1.
10. Hinmam AR, Orenstein WA. En: Salleras LI. Vacunaciones Preventivas, p. 164.
11. Ver dossier: L'eliminació del xarrampió a Catalunya.
12. Ver introducción al dossier citado y Butlletí Epidemiològic de Catalunya, 1998;19(3).
13. Batalla J. Cobertures Vacunals a Catalunya. Ver dossier citado.
14. Batalla J. Cobertures Vacunals a Catalunya. Ver dossier citado.

15. Salleras LI. Opus cit. p.152.
16. Vademecum Internacional 1998;1045.
17. Quack T. La vacuna triple vírica. *Natura Medicatrix* 46-47;56.
18. Salleras LI. Opus cit. p.153.
19. Salleras LI. Opus cit. p. 155.
20. Salleras LI. Opus cit. p. 155.
21. Salleras LI. Opus cit. p. 159.
22. Salleras LI. Opus cit. p. 159.
23. Salleras LI. Opus cit. p. 157.
24. Vademecum Internacional 1998;1044.
25. Salleras LI. Opus cit. p. 157.
26. Salleras LI. Opus cit. p. 158.
27. Salleras LI. Opus cit. p. 158.
28. Cordero JF. Vigilancia epidemiológica de las reacciones adversas y la vacuna contra el sarampión. Dossier sobre L'eliminació del xarrampió a Catalunya.
29. Uriarte X. Inmunidad o Vacunas. Barcelona: Ed. Martorell JM., 1998;152.
30. Mora J, Uriarte X. PROES-VA 1. Estudio y recogida de efectos adversos postvacunales.
31. Quack T. La vacuna triple vírica. *Natura Medicatrix* 46-47;56.
32. Thompson NP, *et al.* ¿Constituye la vacunación frente al sarampión un factor de riesgo de enfermedad intestinal inflamatoria?. *The Lancet* (Ed. España), 1995;27(3):166.
33. Quack T. La vacuna triple vírica. *Natura Medicatrix* 46-47;56.
34. Domínguez A, Prats G. Vacuna anti-Haemophilus influenzae tipo b. En: Vacunaciones Preventivas. Barcelona: Ed. Masson, 1998;17:330.
35. *Butlletí Epidemiologic de Catalunya*. 1999;20(2):22.
36. *Butlletí Epidemiologic de Catalunya*. 1999;20(2):22.
37. Dubos R. El espejismo de la salud. México DF: Ed. FCE, 1975;78.
38. Dubos R. El espejismo de la salud. México DF: Ed. FCE, 1975;35.
39. *El País*. Miércoles 19 Abril de 1989. Sección: Sociedad.