

VACUNAS

¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

**Una Guía de
Inmunización para Padres**



Neil Z. Miller

Prólogos por
George R. Schwartz, MD and Harold E. Buttram, MD

“Este libro expone ante el público la
seriedad de esta cuestión controversial”.

—Ann Millan, ex directora del Centro
Nacional de Información Sobre Vacunación

Incluye información sobre TODAS las vacunas recomendadas
en la infancia, y el VPH (cáncer cérvico uterino),
el herpes zóster, la viruela y la gripe.

200.000 COPIAS VENDIDAS

¿Qué está diciendo otras personas acerca de este libro?

“Neil Miller está haciendo una contribución transformadora del mundo, con este libro sobre las vacunas — un trabajo a conciencia y liberador que apunta a ser un clásico de la literatura de la salud holística. La mayor recomendación de Hygieia a todo el que ama a los niños y el futuro de nuestro planeta”. —Jeannine Parvati Baker, Directora, Escuela Hygieia, Partera, Instructora de parto y autora de *Hygieia Herbal, Conscious Conception, y Prenatal Yoga*

“El Señor Miller resalta los peligros de las vacunas ‘obligatorias’ y de muchas otras. Sus descripciones de cada enfermedad y trazado de las controversias son notables”. —American Library Association Booklist

“¡Pruebas convincentes! Este libro me afectó profundamente. Lo recomiendo fervientemente a todos los padres interesados”.
—Rayna Siegler-Dineen, MA, Educadora de Salud Infantil

“Este libro sobre vacunas debe ser leído por cada uno de los padres y profesionales de la salud. Desearía que hubiese existido cuando mi esposa y yo tuvimos que tomar la importante decisión de si vacunábamos o no a nuestra hija”. —Marvin Surkin, PhD, Profesional de la Salud Natural

“He leído su libro sobre vacunas y me he sentido profundamente conmovido y muy agradecido”. —Christine Ostic, Padre Preocupado

“El libro fue ‘asombroso’. Gracias”. —Jean Stewart, Madre primeriza

“Su libro es excelente, ¡estoy corriendo la voz”!
—Cynthia Goldenberg, Madre preocupada, su único hijo sano es ahora autista producto de la vacuna MMR

“Existe una creciente controversia en relación a este tema y el Sr. Miller necesita ser oído”. —George R. Schwartz, MD, Médico, Toxicólogo, y Editor en Jefe de *Principios y Práctica de la Medicina de Emergencia*

“¡Felicitaciones! Finalmente hay algo que dar a los pacientes cuando consultan acerca de este dilema abrumador. Ya le he contado a muchas personas acerca de esta importante contribución”. —Janet Zand, ND, Doctora en Naturopatía, Medicina Oriental y Acupunturista Certificada

“Este libro es una necesidad para todos los que tienen, o están contemplando la posibilidad de tener hijos”. —NAPRA Trade Journal

“Cada vez más personas se niegan a vacunar a sus hijos. El Sr. Miller cree que este problema está a punto de explotar”. —The Boston Herald

“Existen razones para cuestionar tanto la seguridad como la eficacia de los programas actuales de vacunación infantil. Estas razones son revisadas con claridad y meticulosidad en el cuerpo principal de este libro”.
—Harold E. Buttram, MD

*Este libro se encuentra dedicado
a los padres e hijos de todo el mundo.*

Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Una Guía de Inmunización para Padres

por Neil Z. Miller

**New Atlantean Press
Santa Fe, Nuevo México**

Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Una Guía de Inmunización para Padres

por **Neil Z. Miller**

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida o utilizada de ninguna forma ni por ningún medio, ya sea electrónico, fotográfico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación o por cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información sin el permiso por escrito del autor, a excepción de citas breves en artículos literarios y reseñas.

International Standard Book Number:
ISBN: 978-1-881217-24-4

Copyright © 2014 por Neil Z. Miller

Miller, Neil Z.

Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-1-881217-24-4

1. La vacunación de los niños. 2. La inmunización de los niños — Complicaciones — Factores de riesgo y secuelas. 3. Las enfermedades transmisibles en los niños. 4. Vacunas — Aspectos Salud. I. Título 614.47'083

Foto de la portada: Bigstock

Impreso en los Estados Unidos de América

Publicado por:

New Atlantean Press

PO Box 9638

Santa Fe, Nuevo México 87504

www.thinkchoice.com

Índice

Prólogo	
George R. Schwartz, MD	.....7
Harold E. Buttram, MD	.....9
Prefacio	
Neil Z. Miller	.....13
Vacunas Infantiles	.....15
Polio	.....15
Tétano	.....27
Sarampión	.....30
Parotiditis (Paperas)	.....36
Rubeola	.....38
Difteria	.....43
Tos ferina	.....45
Tos ferina Acelular (DTaP)	.....53
Hepatitis B	.....55
Varicela	.....59
Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)	.....63
Enfermedad Neumocócica	.....67
Enfermedad Meningocócica	.....70
Hepatitis A	.....72
Virus Respiratorio Sincitial (VRS)	.....73
 <u>Nota:</u> Para obtener información acerca de la vacuna MMR, ver los capítulos individuales sobre el sarampión, las paperas y la rubéola.	
Más vacunas	.....75
VPH (Cáncer Cervical)	.....76
Rotavirus	.....81
Culebrilla	.....82
Ántrax	.....83
Viruela	.....83
Gripe	.....93
Vacunas Múltiples	.....98
Efectos a Largo Plazo	.....100
El Sistema Inmune	.....100
Mutaciones Genéticas	.....102
Deficiencias en el Desarrollo	.....102

6 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Autismo	.....104
Hiperactividad/Disfunción Cerebral Mínima	.....106
Crimen Violento	.....108
Abuso de Medicamentos	.....108
Información Adicional	.....109
Informar Reacciones a las Vacunas	.....110
¿Cuál es la Causa de la Reacción a una Vacuna?	.....112
¿Cómo se Comportan los Médicos Forenses?	.....112
Promover la Seguridad de la Vacunación	.....113
Pedidos de Compensación	.....114
¿Quién Otorga la Compensación?	.....115
Las Vacunas, ¿Son Obligatorias?	.....115
La Teoría del Germen	.....116
Inmunidad Natural	.....117
Resumen y Conclusión	.....118
Referencias	.....120

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La información que contiene el libro, *¿Vacunas, son realmente seguras y efectivas?* es para fines educativos e informativos solamente y no pretende sustituir la atención y el asesoramiento médico. Los profesionales de la salud autorizados se encuentran disponibles para este fin.

Este libro se vende con la comprensión de que el autor y la editorial no proveen asesoramiento legal ni profesional alguno. El autor y la editorial no se pronuncian ni a favor ni en contra de las vacunas. Toda la información que contiene este libro se toma de otras fuentes y se documenta en las notas. Si tiene preguntas, inquietudes o consultas relacionadas con cualquier dato de este libro, véase la fuente de origen o consulte a su médico. Si desea, investigue un poco más sobre este tema para poder tomar decisiones sabias e informadas en relación a la vacunación.

Prólogo

George R. Schwartz, MD

Me acerqué al libro de Neil Miller, *Vacunas, ¿son realmente seguras y efectivas?* con cierto temor, temiendo una diatriba imprudente contra la vacunación. Mis raíces básicas se arraigan al sistema médico tradicional y he defendido las inmunizaciones cumpliendo con las directrices de los Centros de Control de Enfermedades (CDC). De hecho, todos mis hijos han recibido vacunas preventivas. Sin embargo, me he dado cuenta de un creciente movimiento en este país y en otras partes del mundo dirigido a cuestionar las inmunizaciones “de rutina”. Por “rutina” quiero decir las típicas “vacunas de bebés” y no aquellas para grupos particulares de alto riesgo, puestos especiales o cuando se viaja a otros países. Ciertamente, la vacuna antivariólica es un ejemplo de vacuna de rutina que fue eventualmente interrumpida cuando la morbilidad (aparición de la enfermedad) producto de la inmunización excedía los beneficios.

El Sr. Miller ha elegido entrar en esta controversia y disputa. La suya es una voz, apasionada y elocuente que no puede ser fácilmente ignorada. Miller ha investigado el tema ampliamente, y aunque no estoy de acuerdo con algunas de sus conclusiones, reconozco que una voz nueva e inteligente se ha hecho presente.

El Señor Miller se ha basado en cientos de referencias y nos ha brindado sus fuentes. Aunque el tono del libro es en ocasiones extremo, resulta claro que, al mirarlo desde una perspectiva más amplia, simplemente desea lo mejor tanto para sus hijos como para los demás. En este libro, él cuestiona las vacunas de rutina. Por consiguiente, sus referencias tienen cierta inclinación hacia lo iconoclasta y no hacia la variedad de soporte de la literatura médica. Pero este libro no es un intento de justificar las prácticas existentes, ya que por diseño asume una postura firme en el campo de la anti-vacunación.

Siendo así, ¿por qué debería yo, un médico que defiende básicamente las vacunaciones básicas, excepto en casos específicos donde existe una fundamentación médica para evitarlas, estar escribiendo este prólogo? Creo que existe una creciente controversia en la materia y el Señor Miller necesita ser escuchado. No necesariamente debo estar de acuerdo con

8 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

todas estas conclusiones para reconocer el deseo sincero de aportar nueva información (y en ciertos casos destacar información más vieja) en el ámbito público. En forma similar, veo la necesidad de aquellos profesionales que proponen la vacunación de rutina de explicar a una generación nueva y más inquisitiva sus fundamentos. Es necesario que le respondan al Señor Miller mediante foros y a través de los medios, ya que el debate transcurre menos en los círculos profesionales que en la prensa popular así como en radio y televisión.

El libro del Señor Miller: *Vacunas: ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?* se trata de una voz en busca de diálogo y que requiere contrapunto.

George R. Schwartz, MD
Médico y Toxicólogo
Santa Fe, Nuevo México

Prólogo II

Harold E. Buttram, MD

Existe en la actualidad una tendencia inquietante en América que tiende al deterioro de la salud en niños y adultos jóvenes, una tendencia que ha sido comprobada en informes estadísticos científicos. Las enfermedades alérgicas tales como asma y eccema están aumentando rápidamente tanto en frecuencia como en gravedad. Las enfermedades autoinmunes (afecciones en las que los anticuerpos o células inmunitarias atacan los tejidos del propio cuerpo) se han multiplicado en las últimas generaciones. Tal vez lo más inquietante de todo es el aumento de los trastornos de la conducta infantil, incluyendo hiperactividad y trastornos de aprendizaje, con aproximadamente el 15% de los niños siendo ahora clasificados como incapacitados para el aprendizaje. Una porción sustancial de los niños de hoy está recibiendo tratamientos frecuentes con antibióticos para el tratamiento de las infecciones recurrentes del oído y/o enfermedades respiratorias, un patrón que sugiere un aumento de la prevalencia de deterioro inmune en comparación con las generaciones anteriores. Entre los adultos jóvenes de hoy existen síndromes emergentes y poco conocidos de sensibilidad química y de fatiga crónica, condiciones que incapacitan a millones de nuestros jóvenes que deberían estar entrando en el mejor momento de sus vidas.

Sin lugar a dudas múltiples son las causas de estas tendencias adversas para la salud. Los patrones dietéticos insalubres y las exposiciones a productos químicos tóxicos ambientales sin duda juegan un papel importante. Sin embargo, nuestra preocupación en este caso es el posible papel que la vacunación infantil masiva, de rutina, puede estar jugando en los crecientes patrones de inmunidad comprometida. Hay una cuestión que hay que abordar: ¿Los programas de vacunación atrofian o impiden de alguna manera el desarrollo normal de los sistemas inmunológicos de los niños? Como ya se ha dicho admirablemente en la presente monografía, hay motivos razonables para creer que la respuesta puede ser afirmativa. Basando sus declaraciones en información científica, el autor muestra que la incidencia de muchas infecciones comunes ya había ido disminuyendo como resultado de una mejora en la salubridad antes de la introducción de las vacunas, y que esta disminución apenas se

10 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

aceleró, particularmente como producto de las vacunas. También muestra que puede haber una relación directa entre las vacunas y las epidemias modernas de fatiga crónica, enfermedades autoinmunes, SIDA, problemas de aprendizaje y otros problemas de salud también.

A fin de comprender mejor las preocupaciones señaladas anteriormente, sería prudente revisar el desarrollo del sistema inmunitario después del nacimiento. El recién nacido viene al mundo con un sistema inmunológico poco desarrollado. El bebé sí porta anticuerpos de la madre que persisten durante unos seis meses, pero los ganglios linfáticos son pequeños y rudimentarios, las células plasmáticas son escasas en la médula ósea y los ganglios linfáticos, y la síntesis de inmunoglobulina es baja. Normalmente, poco después del nacimiento, el niño comienza a responder a múltiples estímulos antigénicos de la flora bacteriana que pueblan rápidamente su piel, tracto respiratorio superior, y el intestino, así como a las infecciones microbianas y parasitarias (estimadas en una cada seis semanas) adquiridas del medio ambiente. Esta experiencia inmunológica se refleja en la hiperplasia progresiva de los folículos linfáticos, un aumento gradual en las células plasmáticas, y un aumento en la síntesis de inmunoglobulinas. En otras palabras, el sistema inmune inmaduro debe ejecutar un puñado de desafíos infecciosos con el fin de ser fuerte y resistente, un proceso que en circunstancias normales requiere de 10 a 12 años.

En otros tiempos, las denominadas enfermedades menores de la niñez tales como el sarampión, paperas y rubéola (sarampión alemán) pudieron haber tenido un rol fundamental en el desarrollo y refortalecimiento normal de los sistemas inmunológicos de los niños. Al alternar este patrón anterior mediante inmunizaciones, ¿hemos sentado las bases para las enfermedades crónicas graves que ocurren hoy en día con mayor frecuencia? Una vez más, ¿ha sido el efecto general una atrofia del desarrollo del sistema inmune en los niños? Existen buenas razones para creer que este es el caso.

El *New York Times* publicó un artículo (1° de Diciembre de 1988) de las conclusiones del Dr. John Walker-Smith del Hospital St. Bartholomew de Londres, experto en enfermedades intestinales de los niños. En este artículo el Dr. Walker-Smith informó de un fuerte aumento en la enfermedad de Crohn (que afecta el intestino delgado) en niños de origen indio del Este *que se habían criado en el Reino Unido*, mientras que en la India la enfermedad es “muy, muy raro”. Dr. Walker-Smith cree que el declive de muchas infecciones de la infancia podría permitir a los niños en el

Una Guía de Inmunización para Padres 11

Oeste crecer sin el vigoroso desarrollo de las defensas del sistema inmunológico que esas infecciones podrían promover normalmente.

La evidencia adicional que respalda esta hipótesis se encuentra en un informe anterior de Afganistán, titulado “Los efectos adversos de los antipiréticos en el sarampión” (*Indian Pediatrics*, Enero 1981: 49-52). En este informe se descubrió que los niños con sarampión que fueron tratados con antipiréticos como la aspirina o Tylenol, para bajar la fiebre e inhibir la erupción cutánea típica, tuvieron una duración significativamente prolongada de la enfermedad y una mayor incidencia de complicaciones respiratorias y diarrea. Lo notable fue que se descubrió que los niños que padecieron la forma más violenta de la enfermedad, altamente febril y caracterizada por marcadas erupciones cutáneas en realidad tuvieron el mejor pronóstico de recuperación. Aunque los autores se mostraron cautelosos al sacar conclusiones, se podría inferir que la interferencia con el curso natural de la enfermedad debilitó significativamente la respuesta inmune de los niños. Si esto es cierto, se puede suponer que la vacuna contra el sarampión, y posiblemente otras también, pueden tener un efecto similar.

Por estas razones y por las revisadas con claridad y rigor en el cuerpo principal de este libro, hay motivos para cuestionar tanto la seguridad y eficacia de los programas actuales de vacunación infantil. Hace tiempo que se encuentra pendiente una reevaluación completa de estos procedimientos. Como en todas las cosas que se ocupan de los asuntos humanos, la ciencia se desarrolla mejor en un ambiente de libertad. Las vacunas infantiles obligatorias son la antítesis de la libertad, los efectos de continuar con estos programas serán congelar y cristalizar los avances de la ciencia en este campo. Es cierto que una revisión completa de los procedimientos actuales llevará tiempo, ya que los legítimos avances de la ciencia por lo general se mueven lentamente. Mientras tanto, según lo aconsejado por el autor, todos los padres deben sentir la plena libertad de aceptar o rechazar las vacunas para sus hijos. Se les debe permitir el privilegio de un “consentimiento informado”, lo mismo que con cualquier procedimiento médico que incluye la posibilidad de reacciones adversas.

Harold E. Buttram, MD
Médico de Familia
Quakertown, Pensilvania

12 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Prefacio

Este libro surgió como resultado de mi búsqueda de la verdad sobre las vacunas. Cuando nació mi hijo, el asunto se convirtió en algo importante para mí. Empecé recogiendo montones de información de las bibliotecas locales, estatales, universitarias y médicas. Gran parte de esta información fue tomada directamente de las revistas científicas. Una a una, estudié cada vacuna “obligatoria”. ¿Cuáles eran los síntomas de la enfermedad con los que estaría protegido? Si se contrae, ¿cuán peligrosa puede ser? También busqué 1) una constancia sólida de que la vacuna era responsable de una disminución general de la incidencia, 2) constancia de que la vacuna fuese eficaz (¿proporciona una verdadera inmunidad?), y 3) los efectos secundarios tanto como la seguridad.

Poco a poco, las piezas del rompecabezas comenzaron a ubicarse en su lugar. Muchas de las vacunas no pudieron demostrar ser responsables de la disminución de la incidencia de la enfermedad. Algunos de los gráficos en este libro retratan este hecho al mostrar cómo muchas de estas enfermedades disminuían en número y severidad por sí solas, antes de la introducción de las vacunas. Muchas de las vacunas tampoco lograron mostrar evidencia de su capacidad para conferir inmunidad. De hecho, algunos estudios muestran que la enfermedad tiene más posibilidades de ser contraída por aquellos que están vacunados contra ella que por los que no. Finalmente, muchas de las vacunas son inseguras. Miles de niños han sido dañados por ellas. Las convulsiones, retraso mental y la muerte son sólo algunos de los muchos efectos adversos posibles.

A pesar de estas conclusiones, lo que más me ha sorprendido es darme cuenta de que muchas personas con influencia dentro de la profesión médica organizada — El Complejo Médico-Industrial — incluso los influyentes médicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Médica Americana (AMA), la Academia Americana de Pediatría (AAP), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), las principales revistas médicas, hospitales, profesores de la salud, científicos, médicos forenses y fabricantes de vacunas, son conscientes de gran parte de esta información también, pero parecen tener un acuerdo implícito de ocultar los hechos, minimizar la verdad y engañar al público. Durante años, desde principios de este siglo cuando se le concedió a la

14 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

profesión médica organizada un monopolio legal sobre el cuidado de la salud, se ha sofocado a los individuos disidentes dentro y fuera de la profesión para evitar que dieran a conocer sus advertencias. Pero los médicos no son más que humanos, su único frente es sólo una fachada estoica que oculta sus muchas diferencias y preocupaciones. Por ejemplo, algunos médicos sí advierten a los padres sobre los peligros potenciales asociados con las vacunas. Algunos incluso requieren que los padres firmen un formulario donde se los absuelva de responsabilidad si el niño resulta perjudicado como producto de las vacunas. Los expertos médicos que se niegan a vacunar a sus hijos también están haciendo una declaración de gran alcance, ya que son los hacedores de políticas médicas los que agachan la cabeza ante las inquietudes comerciales o quienes optan por no tener en cuenta los datos pertinentes, especialmente cuando toda una nación está dispuesta a confiar en sus conclusiones parciales al colocar niños inocentes bajo su cuidado.

Por otro lado, pocos padres se encuentran preparados para llegar a sus propias conclusiones respecto de la decisión de la vacuna. Ellos tenazmente, casi religiosamente, confían en sus médicos y pediatras. Tienen miedo de hacer preguntas, o incluso a considerar todas sus opciones. Muchos de ellos simplemente no están dispuestos a asumir la responsabilidad de las decisiones relacionadas con la salud. Pero ellos mismos son los responsables de su propia salud y de la de sus hijos.

Escribí este libro para que los padres de familia, como usted, puedan tomar decisiones más informadas en relación a las vacunas. No abogo por ellas, como tampoco me atrevo a saber qué es lo mejor para usted y su familia. Meramente trato de presentar los hechos de una forma clara y directa. Por lo tanto, si tras leer este libro aún tiene inquietudes y preocupaciones, le sugiero que estudie las referencias en dorso del libro, así como cualquier información pertinente que pueda hallar. De hecho, le recomiendo que continúe con su búsqueda de la verdad durante el tiempo que le tome encontrar una solución adecuada para el dilema de las vacunas.

Neil Z. Miller
Periodista e Investigador Médico

Vacunas Infantiles

Las vacunas son inyecciones que contienen gérmenes debilitados que están diseñados para proteger contra la enfermedad. Se cree que funcionan estimulando el cuerpo para que éste produzca anticuerpos — proteínas que defienden al cuerpo de una invasión de gérmenes dañinos. El término “vacuna” proviene de “vacca”, palabra del latín que significa vaca. Esto se debe a que el material de la vacuna (una enfermedad que afecta las ubres de la vaca) se inyectó en las personas para protegerlas de los ataques de la viruela.¹

La idea de las vacunas para prevenir enfermedades se remonta a 1796. En ese año, Edward Jenner, un médico británico, creyó que las ordeñadoras que habían contraído la viruela vacuna (enfermedad menor), no podrían contraer la viruela (enfermedad mortal). Jenner tomó entonces materia enferma de la mano de Sarah Nelmes, una ordeñadora local que se había infectado con viruela vacuna, y la introdujo en el brazo lastimado de James Phipps, un niño de ocho años de edad, saludable. El niño entonces contrajo la viruela vacuna. Cuarenta y ocho días más tarde, Jenner inyectó la viruela en el niño. No tuvo efecto. Esta fue la primera vacunación registrada.²

Hoy en día, existen varias vacunas. Estas son frecuentes, incluso obligatorias en muchos países. La mayoría de la gente confía en que son seguras y eficaces. Sin embargo, las conclusiones en varias de ellas que se administran con mayor frecuencia no respaldan esta conclusión.

POLIO

La Polio es una enfermedad contagiosa generada por un virus intestinal que puede atacar las células nerviosas del cerebro y la médula espinal. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la fiebre, dolores de cabeza, dolor de garganta, vómitos, etc. Algunos enfermos desarrollan complicaciones neurológicas tales como rigidez del cuello y de la espalda, debilidad muscular, dolor en las articulaciones y parálisis de uno o más miembros o músculos respiratorios. En casos graves, puede ser fatal debido a la parálisis de los músculos respiratorios.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en reposo y permitirle la total relajación de los miembros afectados. Si se ve afectada la

16 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

respiración, puede hacerse necesario de un respirador. Se puede requerir fisioterapia.

En 1955, el Dr. Jonas Salk, médico y científico americano desarrolló una vacuna mediante virus muertos (inactivos) contra la polio. Poco después, el Dr. Albert Sabin, también médico y científico americano, desarrolló una vacuna (oral) mediante virus vivo contra la polio. Se dice que ambas vacunas son seguras y efectivas en la prevención de la enfermedad.

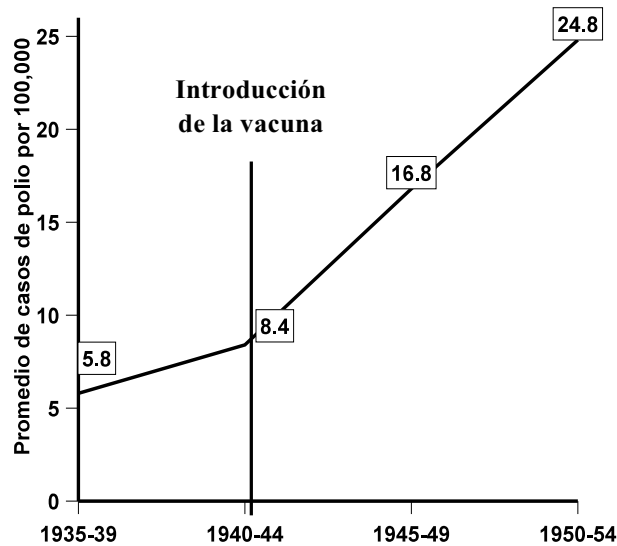
Conclusiones: Muchas personas creen erróneamente que cualquiera que contrae la poliomielitis sufrirá parálisis o morirá. Sin embargo, en la mayoría de las infecciones causadas por la poliomielitis hay unos pocos síntomas distintivos.³ De hecho, el 95% de todas las personas expuestas al virus natural de la polio no mostrará ningún síntoma, incluso en condiciones de epidemia.^{4,5} Alrededor de un cinco por ciento de los infectados experimentan síntomas leves, tales como dolor de garganta, rigidez del cuello, dolor de cabeza y fiebre, que a menudo son diagnosticados como un resfriado o gripe.^{6,7} La parálisis muscular se estima que ocurre en aproximadamente una de cada 1.000 personas que contraen la enfermedad.^{8,9} Esto ha llevado a algunos investigadores científicos a concluir que el pequeño porcentaje de personas que desarrollan poliomielitis paralítica puede ser anatómicamente susceptibles a la enfermedad. La vasta mayoría restante de la población puede ser naturalmente inmune al germen de la polio.¹⁰

Numerosos estudios han demostrado que las inyecciones (de vacunas o antibióticos) aumentan la susceptibilidad a la polio. De hecho, los investigadores han sabido desde principios de 1900 que la poliomielitis paralítica suele comenzar en el lugar de una inyección.^{11,12} Cuando se introdujeron las vacunas contra la difteria y la tos ferina en los años 1940, los casos de polio paralítica se incrementaron (Figura 1).¹³ Esto fue documentado en *Lancet* y otras publicaciones médicas.¹⁴⁻¹⁷ Por ejemplo, en 1995, el *New England Journal of Medicine* publicó un estudio que muestra que los niños que recibieron una sola inyección en el lapso de un mes tras recibir una vacuna contra la polio fueron ocho veces más propensos a contraer la polio que aquellos que no recibieron inyecciones.¹⁸

La polio es una enfermedad prácticamente inexistente en los Estados Unidos hoy en día. Sin embargo, según el Dr. Robert Mendelsohn, investigador médico y pediatra, no hay evidencia científica confiable de que la vacuna fue lo que hizo que desapareciera la poliomielitis.¹⁹ De 1923 a 1953, antes de la introducción de la vacuna de virus muerto de

Figura 1:

Casos de Polio que se dispararon después de que la vacuna contra la Difteria y la Tos Ferina fueron introducidas



Copyright © NZM

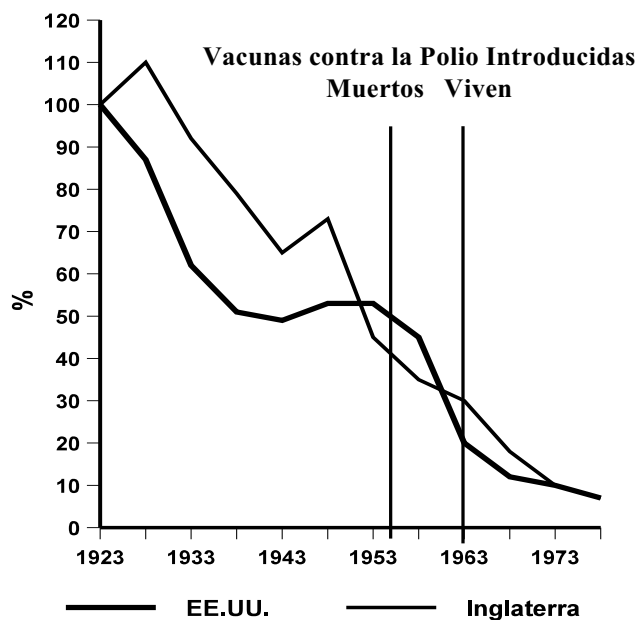
Varios estudios revelaron que las inyecciones aumentan susceptibilidad a la polio. Cuando la vacuna contra la difteria y la tos ferina se lanzó al mercado en los años '40, los casos de poliomielitis parálitica llegaron al cielo. Este gráfico muestra el número promedio de casos de polio cada 100.000 personas durante un período de cinco años antes y después del lanzamiento de las vacunas. Fuente: Informes de Morbilidad Nacional de los informes de vigilancia de la Salud Pública; *Lancet* (18 de Abril de 1950), pp. 659-63.

Salk, la tasa de mortalidad producto de la polio en el Estados Unidos e Inglaterra ya había descendido por su cuenta en un 47% y 55%, respectivamente (Figura 2).²⁰ Las estadísticas muestran un descenso similar en otros países europeos también.²¹ Y cuando la vacuna estuvo disponible, muchos de éstos cuestionaron su eficacia y se negaron a vacunar sistemáticamente a sus ciudadanos. Sin embargo, las epidemias de polio también terminaron en estos países.²²

18 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 2:

La tasa de mortalidad de la Polio disminuyó *antes* de que se introdujo la vacuna



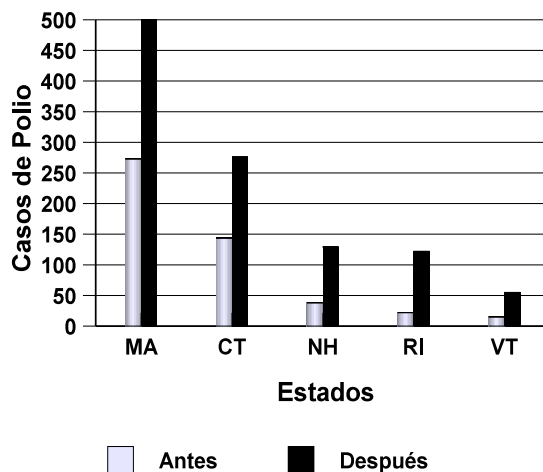
De 1923 a 1953, antes de que se presentara la vacuna contra el virus del Salk, el índice de mortalidad por polio en Estados Unidos e Inglaterra ya había descendido por su cuenta un 47% y un 55% respectivamente. Fuente: *Estadísticas Internacionales de Mortalidad* (1981) por Michael Alderson.

Copyright © NZM

El número de casos reportados de polio *tras* las inoculaciones masivas con la vacuna de virus muertos fue significativamente mayor que *antes* de éstas y puede haberse más que duplicado en los EE.UU. en general. Por ejemplo, Vermont reportó 15 casos de poliomiélitis durante el período de informe de un año finalizado el 30 de Agosto de 1954 (antes de las inoculaciones masivas), en comparación con 55 casos de poliomiélitis durante el período de un año finalizado el 30 de Agosto de 1955 (tras

Figura 3:

Los Casos de Polio aumentado en los EE.UU. Después de inoculaciones masivas



Cuando se iniciaron las campañas nacionales de inmunidad en los años '50, el número de casos de polio informados como consecuencia de inoculaciones masivas con la vacuna contra el virus del Salk era significativamente superior a las inoculaciones masivas, y podían doblarlos en cantidad en todo Estados Unidos. Fuente: Estadísticas del gobierno de Estados Unidos.

Copyright © NZM

las inoculaciones masivas) — un aumento del 266%. Rhode Island informó 22 casos durante el período de inoculaciones anterior en comparación con 122 casos durante el período posterior de inoculaciones — un aumento de 454%. En New Hampshire, las cifras fueron de 38 a 129, en Connecticut fueron de 144-276, y en Massachusetts de 273-2027 — un impresionante aumento del 642% (Figura 3).^{23,24}

Los médicos y científicos en el personal de los Institutos Nacionales de Salud durante la década de 1950 eran muy conscientes de que la vacuna de Salk estaba causando polio. Algunos francamente declararon que era “inútil a modo de prevención y peligrosa de aplicar”.²⁵ Se negaron a vacunar a sus propios hijos.²⁶ Los Departamentos de Salud prohibieron la vacunaciones.²⁷ El Director de Salud del Estado de Idaho declaró airadamente: “Responsabilizo a la vacuna de Salk y a sus fabricantes

20 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

de un brote de polio en el que murieron varias personas en Idaho y decenas más fueron hospitalizadas”.²⁸ Incluso Salk mismo fue citado diciendo: “Cuando se vacuna a los niños contra la polio no se duerme bien durante dos o tres semanas”.²⁹ Pero la Fundación Nacional para la parálisis infantil, Compañías de fármacos con grandes inversiones en la vacuna, coaccionaron al Servicio de Salud Pública de los EE.UU. para que proclamara falsamente que la vacuna era segura y efectiva.³⁰

Las normas de definición de la poliomiелitis fueron modificadas cuando se introdujo la vacuna contra la polio de virus vivos. La nueva definición de una “epidemia de polio” requería de más casos para reportarse. La polio parálitica también se redefinió haciendo más difícil confirmar y recontar casos. Antes de la introducción de la vacuna, el paciente sólo tenía que exhibir síntomas de parálisis durante 24 horas. No se requería la confirmación y pruebas de laboratorio para determinar parálisis residual (prolongada).

La nueva definición requería que el paciente exhibiera síntomas de parálisis durante al menos 60 días, y la parálisis residual debía ser confirmada dos veces durante el curso de la enfermedad. Además, tras la introducción de la vacuna se reportaron casos de meningitis aséptica (una enfermedad infecciosa que es difícil de distinguir de la poliomiелitis) y de virus coxsackie como enfermedades separadas de la poliomiелitis. Sin embargo, estos casos fueron contados como la polio antes de la introducción de la vacuna. Por tanto, su efectividad reportada fue sesgada (Figuras 4 y 5).^{31,32} (La práctica de la redefinición de una enfermedad cuando respalda los propósitos de la inmunización oficial — a pesar de la ética cuestionable — era una táctica común de la viruela también. Por ejemplo, en Gran Bretaña, el Ministerio de Salud admitió que el estado vacunal de la persona es un factor principal en el diagnóstico. En otras palabras, si una persona que se vacuna contrae la enfermedad, esta se registra simplemente bajo un nombre diferente.)³³

En 1976, el Dr. Jonas Salk, creador de la vacuna de virus muertos utilizada en la década de 1950, declaró que la vacuna de virus vivos (utilizada casi exclusivamente en los Estados Unidos desde la década de 1960 a 2000) fue “la principal, sino es que la única causa” de todos los casos de polio reportados en los EE.UU. desde 1961.³⁴ (El virus permanece en la garganta durante una o dos semanas y en las heces durante un máximo de dos meses. Así que los vacunados están en riesgo, y potencialmente pueden propagar la enfermedad, siempre y cuando la

Figura 4:

¿Polio o Meningitis Aséptica?

Mes de la Muestra	Casos Notificados de Poliomielitis	Casos Reportados de Meningitis Aséptica
Julio 1955 (Antes de la introducción de la nueva definición de la polio)	273	50
Julio 1961 (Después de la introducción de la nueva definición de la polio)	65	161
Septiembre 1966 (Después de la introducción de la nueva definición de la polio)	5	256

Los casos de polio se informaban generalmente como meningitis aséptica después de que se presentó la vacuna y desviaron los índices de efectividad. Fuente: Morbilidad y Mortalidad, Enfermedades a informar; *Índice de Salud del Condado de Los Ángeles*.

Copyright © NZM

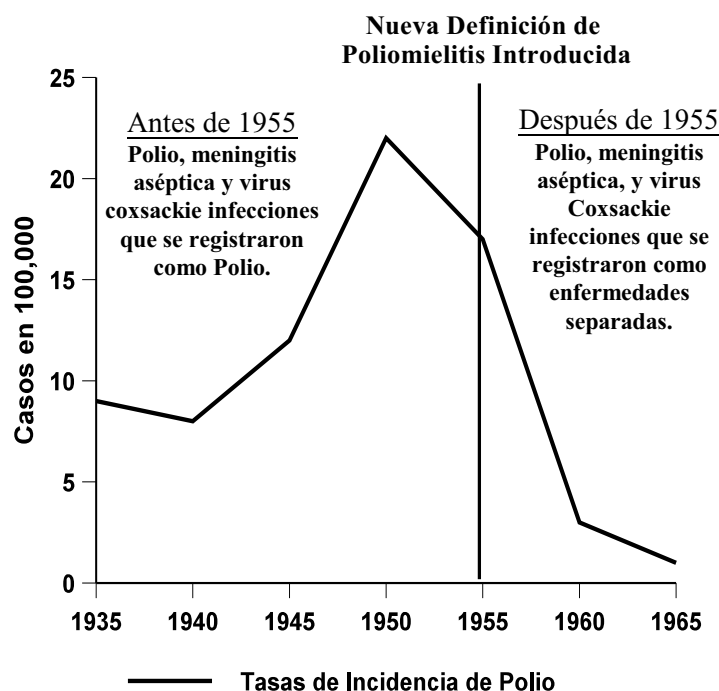
excreción fecal del virus continúe.)³⁵ En 1992, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) publicaron una admisión de que la vacuna de virus vivo se había convertido en la causa principal de la polio en los Estados Unidos.³⁶ De hecho, de acuerdo con cifras de los CDC, *todos los casos de polio en los EE.UU. desde 1979 se debieron a la vacuna oral contra la polio.*³⁷ Las autoridades afirman que la vacuna era responsable de cerca de ocho casos de la enfermedad cada año.³⁸ Sin embargo, un estudio independiente que analizaba la propia base de datos gubernamental de vacunas durante un período reciente de menos de cinco años descubrió 13.641 informes de reacciones adversas tras el uso de la vacuna oral contra la poliomielitis. Estos informes incluyeron 6.364 visitas a la sala de emergencia y 540 fallecimientos.^{39,40} El ultraje público a estas tragedias se convirtió en el impulso para la eliminación de la vacuna oral contra la polio de los programas de vacunación.⁴¹⁻⁴³

Las hojas de datos sobre la polio, publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., advierten a los padres que la vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) puede causar problemas serios ***o incluso la muerte***⁴⁴ El fabricante de la vacuna advierte que

22 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 5:

Los casos de polio fueron predeterminados a disminuir cuando se cambió la definición médica de la Poliomiелitis



Fuente: Audiencias del Congreso, Mayo de 1962; Informes de Morbilidad Nacional tomados de los informes de vigilancia de la Salud Pública de Estados Unidos.

Copyright © NZM

el síndrome de Guillain-Barré, una dolencia debilitante caracterizada por incapacitación muscular y daño al sistema nervioso, fue temporalmente relacionada con la administración de otra vacuna antipoliomielítica inactivada.⁴⁵ Y aunque esta compañía hace la afirmación de que “no se ha establecido relación causal alguna”, también admite que se han producido muertes después de la vacunación de niños con IPV.⁴⁶ Sin embargo, al igual que en la antigüedad, a pesar de estas “alertas de

Una Guía de Inmunización para Padres 23

peligro”, las autoridades médicas siguen asegurándoles a los padres que la vacuna de la polio inactivada actualmente disponible es segura y efectiva.

Vacunas contra la Polio y el Cáncer: En 1959, Bernice Eddy descubrió que las vacunas contra la polio administradas mundialmente contenían un agente infeccioso capaz de causar cáncer.^{47,48} En 1960, los Dres. Ben Sweet y M.R Hilleman, del Instituto Merck para la Investigación Terapéutica, fueron acreditados con el descubrimiento de este agente infeccioso SV-40, un virus simiesco que infectó a casi la totalidad de a los monos cuyos riñones fueron utilizados para producir vacunas contra la polio. Hilleman y Sweet descubrieron SV-40 en los tres tipos de vacuna oral de virus vivo contra la polio de Albert Sabin y resaltaron la posibilidad de que pudiese causar cáncer, especialmente cuando se administra a los bebés humanos.^{49,50}

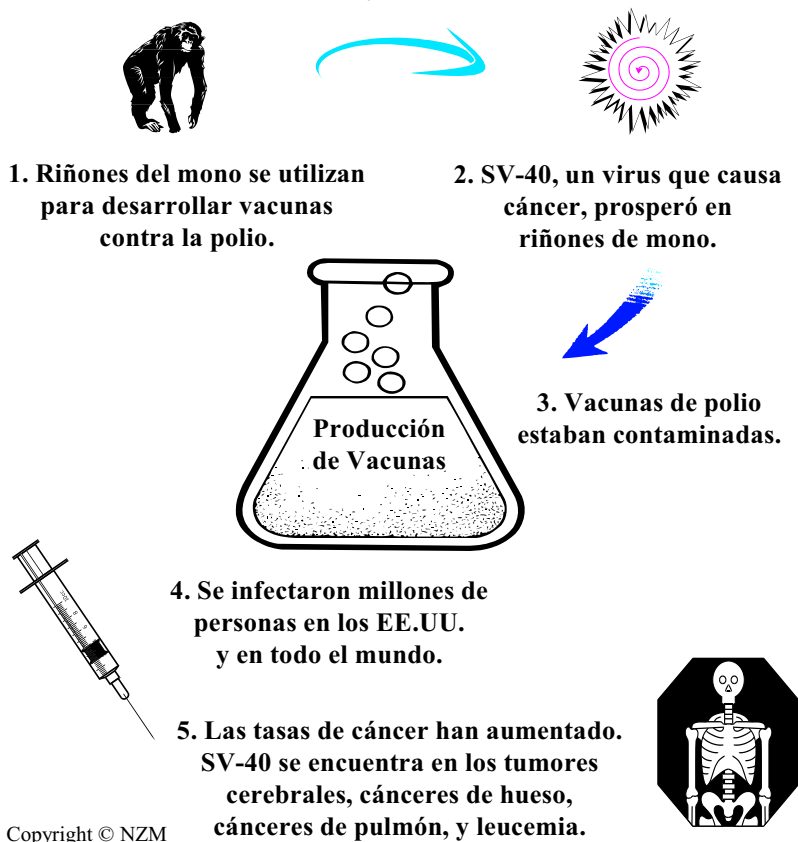
Una investigación adicional del SV-40 dejó al descubierto información aún más inquietante. Este virus causante de cáncer no sólo se ingirió a través del terrón de azúcar contaminado de la vacuna por vía oral de Sabin, sino que se inyectó directamente en los organismos de las personas también. Al parecer, el SV-40 sobrevivió al formaldehído que Salk utilizó para matar los microbios que corrompían su vacuna inyectable.⁵¹⁻⁵² Los expertos estiman que entre 1954 y 1963, de 30 a 100 millones de estadounidenses y tal vez otros 100 millones de personas o más a lo largo del mundo fueron expuestos al SV-40 a través de campañas mal concebidas de erradicación de la poliomielitis (Figura 6).^{53,54}

Estudios en importantes revistas de todo el mundo parecen confirmar que el SV-40 es un catalizador para muchos tipos de cánceres.⁵⁵⁻⁷⁴ Se ha descubierto en tumores cerebrales y leucemia.⁷⁵ El Dr. Michele Carbone, un patólogo molecular en el Chicago's Loyola University Medical Center, pudo detectar SV-40 en 38% de los pacientes con cáncer óseo y en el 58% de los pacientes con mesotelioma, un tipo de cáncer de pulmón mortal.⁷⁶⁻⁷⁸ La investigación de Carbone indica que el SV-40 bloquea una importante proteína que normalmente protege las células evitando que se tornen malignas.⁷⁹ Se analizó una base de datos nacional de cáncer: se descubrió un 17% más de casos de cáncer óseo, 20% más de cánceres cerebrales, y 178% más de mesoteliomas en personas que estuvieron expuestas a vacunas contra la polio contaminadas con SV-40.⁸⁰

24 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 6:

Polio Vacunas y Simian Virus 40



Copyright © NZM

Tal vez el aspecto más alarmante de este trágico virus de simio en curso se puede encontrar en otros estudios que sugieren que el SV-40, introducido a los seres humanos a través de la vacuna contra la polio, se puede transmitir de persona a persona y de madre a hijo. Un estudio sobre casi 59.000 mujeres arrojó que los hijos de madres que recibieron la vacuna de Salk entre 1959 y 1965 tenían tumores cerebrales a una velocidad 13 veces mayor que las madres que no recibieron las vacunas contra la poliomielitis.⁸¹⁻⁸³

Otro estudio publicado en la revista médica estadounidense *Cancer Research* arrojó que el SV-40 se encontraba presente en el 23% de las

Una Guía de Inmunización para Padres 25

muestras de sangre y en el 45% del semen de pacientes sanos.^{84,85} Aparentemente, el virus se está extendiendo sexualmente y de madre a hijo en el útero. De acuerdo con la teoría del profesor de biología y genética Mauro Tognon, uno de los autores del estudio, explicaría por qué los cánceres de cerebro, óseos y de pulmón se encuentran en aumento — un aumento del 30% en los tumores cerebrales estadounidenses solamente en los últimos 25 años y porqué el SV-40 fue detectado en tumores cerebrales de niños nacidos después de 1965, que supuestamente no recibieron vacunas contra la polio contaminadas con el virus.^{86,87}

A pesar de las negaciones oficiales de la existencia de alguna correlación entre las vacunas contra la polio, el SV-40 y el aumento de las tasas de cáncer,⁸⁸ al menos 62 trabajos procedentes de 30 laboratorios de todo el mundo han informado la existencia de SV-40 en los tejidos humanos y tumores.⁸⁹ El virus también se ha descubierto en tumores de pituitaria y de tiroides, y en pacientes con enfermedades renales.⁹⁰

Vacunas contra la polio y SIDA: El SV-40, el virus de mono que causa cáncer que se encuentra en las vacunas contra la poliomielitis y que se administra a millones de personas inocentes en todo el mundo, fue sólo uno de los *numerosos* virus de simio que se sabe que han contaminado las vacunas contra la polio.⁹¹⁻⁹³ “Si bien se cree que el riñón del mono es donde se origina un sinnúmero de virus de simio, el número encontrado resultó variable en relación con la cantidad de trabajo desempeñado para hallarlos, el problema que se le presenta al fabricante es considerable, si no insuperable”, escribió un temprano investigador de vacunas a un panel del Congreso que estudia la seguridad de desarrollar vacunas de virus vivo contra la polio en riñones de monos.⁹⁴ “A medida que mejoran nuestros métodos técnicos, podemos encontrar cada vez menos cantidad de vacuna que se pueden considerar libres de virus de simio”.⁹⁵

Según el profesor Ronald Desrosier de la Harvard Medical School, la práctica de desarrollar vacunas contra la polio en los riñones de monos es “Una bomba de tiempo a punto de estallar”.⁹⁶ Evidentemente, algunos virus pueden vivir dentro de monos sin causar daño alguno. Pero si por algún motivo estos virus cruzasen especies e ingresaran en la población humana, podrían producirse nuevas enfermedades. Continúa Desrosier: “El peligro de usar tejido de mono para producir vacunas humanas es que algunos virus producidos por los monos pueden ser transferidos a los seres humanos en la vacuna, con consecuencias muy graves para la

26 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

salud”.⁹⁷ Desrosier también advirtió que la prueba sólo se puede hacer en busca de virus *conocidos*, y que nuestro conocimiento se limita a alrededor del “dos por ciento de los virus de los monos actuales”.⁹⁸

Las técnicas de detección de virus solían ser toscas y poco fiables durante los años 1950, 60 y 70 cuando las vacunas contra la poliomielitis fueron inicialmente producidas y dispensadas. No fue sino hasta mediados de 1980 que se desarrollaron procedimientos de pruebas nuevos y más sofisticados.^{99,100} Fue en ese momento que los investigadores descubrieron que el 50% de todos los monos verdes africanos (el primate de preferencia para la fabricación de vacunas contra la polio) estaba infectado con el virus de inmunodeficiencia en simios (SIV), un virus estrechamente relacionado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que se trata del agente infeccioso que se cree que precede al SIDA.¹⁰¹⁻¹⁰⁴ Esto llevó a algunos investigadores a preguntarse si los VIH pueden ser realmente SIV “que resida y sea adaptado a un huésped humano”.¹⁰⁵ A otros causó sospechar que el SIV podría haber mutado en el VIH cuando se introduce en la población humana a través de las vacunas contra la polio contaminadas.¹⁰⁶⁻¹¹⁰ De hecho, según Robert Gallo, experto en el virus del SIDA, algunas versiones del virus de mono SIV son prácticamente indistinguibles de algunas variantes humanas de VIH: “El virus de mono es el virus humano. Existen virus de mono tan próximos a aislantes del VIH-2 como lo son los aislantes del VIH-2 el uno al otro.”¹¹¹

Vacunas actuales: A pesar de la larga historia de contaminación animal-virus de la vacuna contra la polio, la vacuna inactivada actual se fabrica casi de la misma manera que las versiones anteriores: “Los virus se desarrollan en una línea continua de células de riñón de mono... complementadas con suero de terneros recién nacidos”. La vacuna también contiene dos antibióticos (neomicina y estreptomina) más formaldehído.¹¹² En Canadá, la vacuna antipoliomielítica inactivada se produce en tejidos fetales humanos.¹¹³ En otras partes del mundo, las nuevas cepas altamente virulentas de polio causadas por mutaciones y “recombinaciones” dentro de la vacuna *oral* contra la polio están induciendo brotes sin precedentes de parálisis y muerte.¹¹⁴⁻¹¹⁷

TÉTANO

El tétanos es una enfermedad bacteriana no contagiosa que causa contracciones musculares severas. También se conoce como *trismo* porque algunas víctimas son incapaces de abrir la boca o tragar. Otros síntomas incluyen depresión, dolores de cabeza y espasmos que interfieren con la respiración.^{118,119}

El tétanos es causado por las toxinas producidas por una bacteria llamada *Clostridium tetani*. Los gérmenes latentes (esporas) viven en el suelo, el polvo y el estiércol. Estas pueden ingresar al cuerpo a través de cortes y heridas por punción, pero sólo se multiplicarán en un ambiente anaeróbico (sin oxígeno). El período de incubación, desde el momento de la lesión hasta que aparecen los primeros síntomas, oscila entre unos pocos días y tres semanas. Sin embargo, la atención cuidadosa a la higiene de la herida eliminará la posibilidad de tétanos en la mayoría de los casos. Las heridas punzantes profundas y aquellas que tengan una gran cantidad de tejido muerto deben ser limpiadas a fondo y no se permitirá su cicatrización hasta que se produzca la curación por debajo de la piel.¹²⁰

Una *vacuna toxoide tetánica* se lanzó en 1933. Una inyección de *inmunoglobulina antitetánica* (TIG) (una antitoxina) también se puso a disposición del público. Esta inyección puede ser administrada a personas con niveles bajos de anticuerpos contra el tétanos (incluyendo los no vacunados) poco después de producirse una herida grave. Esta inyección introduce anticuerpos contra el tétanos que combaten directamente en el cuerpo. Los niveles de anticuerpos obtenidos con la TIG son a menudo suficientes para proteger contra la enfermedad.^{121,122}

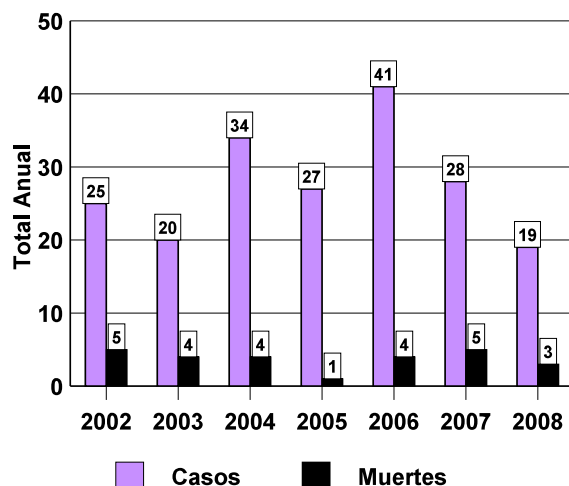
Conclusiones: A mediados del año 1800, hubo 205 casos de tétanos por 100.000 heridas entre el personal militar de Estados Unidos. A comienzos de 1900, esta tasa se había reducido a 16 casos por cada 100.000 lesiones (una reducción del 92%). A mediados de 1940, la incidencia del tétanos se redujo aún más a 0,44 casos por 100.000 lesiones.¹²³ Algunos investigadores atribuyen este descenso a una mayor atención a la higiene de la lesión.^{124,125}

En la actualidad, las autoridades afirman que el tétanos infecta a alrededor de 500.000 personas cada año en todo el mundo, principalmente en los países en desarrollo.¹²⁶ Sin embargo, en los Estados Unidos, de 2002 a 2008 (un período de 7 años), hubo un total de 194 casos — una media de 28 casos por año. Del total de casos, 26 murieron — alrededor

28 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 7:

Los casos de tétanos y defunciones: Estados Unidos, 2002-2008



En Estados Unidos, desde 2002 hasta 2008 (período de 7 años), hubo un total de 194 casos de tétano, un promedio de 28 casos por año. Del total de los casos 26 fallecieron. Cerca de cuatro personas por año. El Índice de fatalidad por caso era del 13%. Fuente: CDC. *MMWR* (de Junio de 2012); 59 (53): Tablas 8 y 12.

Copyright © NZM

de cuatro personas por año. La tasa de letalidad fue del 13% (Figura 7).¹²⁷ En Australia, se producen alrededor de 10 casos de tétanos por año, con una tasa de letalidad del 10%.¹²⁸ En Canadá, se han producido alrededor de cinco casos de tétanos cada año en los últimos años.¹²⁹

Durante los años 1970 y 1980, aproximadamente el 70% de todos los casos de tétanos en los Estados Unidos, y el 80% de todos los casos en Australia, se produjeron en adultos mayores de 50 años.¹³⁰⁻¹³³ Alrededor del 95% de todas las muertes por tétanos se produjo en este grupo de edad. Sólo el cinco por ciento de los casos de tétanos en los EE.UU. ocurrieron en personas de menos de 20 años de edad, y éstos fueron raramente fatales.¹³⁴

Una Guía de Inmunización para Padres 29

Durante la década del 90, el porcentaje de casos entre personas de 25 a 59 años aumentó. Por ejemplo, en 1999 hubo 40 casos de tétanos. Cinco casos (12,5%) fueron en personas menores de 25 años, 13 casos (32,5%) fueron en personas mayores de 59 años, 22 casos (55%) ocurrieron en personas de entre 25 y 59 años. Siete de los 22 casos en este grupo de edad se produjeron en usuarios de drogas por vía intravenosa, dos de estos casos fueron fatales.¹³⁵

Numerosos estudios e informes de casos han vinculado la vacuna contra el tétanos a reacciones graves e incluso mortales, como trastornos neurológicos y parálisis como el síndrome de Guillain-Barré (GBS), enfermedades desmielinizantes, artritis, inflamación de las articulaciones, shock anafiláctico y otras reacciones alérgicas potencialmente mortales.¹³⁶⁻¹⁶¹

El *New England Journal of Medicine* publicó un estudio que muestra que las vacunaciones de refuerzo contra el tétanos producen relaciones de conteos sanguíneos de linfocitos T que caen por debajo de lo normal. El mayor descenso se produjo hasta dos semanas más tarde. Los autores del estudio observaron que estas proporciones alteradas son similares a las encontradas en las víctimas del VIH/SIDA.¹⁶² Incluso una breve supresión de las proporciones normales de linfocitos T resulta indeseable y puede ser la causa subyacente de al menos un trastorno inmunológico hallado en los niños.¹⁶³

En 1994, el U.S. Institute of Medicine (IOM) corroboró una relación causal entre el toxoide tetánico, la neuritis braquial y el síndrome de Guillain-Barré.¹⁶⁴ El IOM también informó sobre varios casos de reacciones anafilácticas — respuestas alérgicas graves, potencialmente mortales que resultan en la inflamación de la boca, incapacidad para respirar, shock, colapso o muerte, en un lapso de cuatro horas a partir de la aplicación de las vacunas contra el tétanos.¹⁶⁵

En 1997, *Epidemiology* publicó un estudio que compara las tasas de asma y alergia en los niños no vacunados frente a aquellos que recibieron una vacuna que contiene el tétanos. Ninguno de los niños no vacunados había registrado eventos de asma o consultas y otras enfermedades alérgicas antes de los 10 años. En los niños vacunados, el 23% padecía eventos de asma y había realizado consultas al respecto, mientras que el 30% había realizado consultas por otras enfermedades alérgicas. Se observaron diferencias similares a los 5 y 16 años de edad.¹⁶⁶

En 2000, un nuevo estudio en el *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* confirmó conclusiones anteriores de que los niños que reciben vacunas DPT y contra el tétanos son significativamente

30 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

más propensos a desarrollar un “historial de asma” u otros “síntomas respiratorios relacionados con alergias” que aquellos que no se han vacunado. El estudio se realizó entre 1988 y 1994 e incluyó datos de casi 14.000 bebés, niños y adolescentes, con edades entre dos meses a 16 años. Un niño que recibió la vacuna DPT o el tétanos fue 50% más propenso a sufrir reacciones alérgicas graves, 80% más propenso a sufrir sinusitis, y tuvo dos veces más probabilidades de desarrollar asma. De hecho, los autores del estudio calcularon que el cincuenta por ciento de los casos de asma diagnosticada (293 millones) en niños y adolescentes de Estados Unidos se evitaría si no se administrase la vacuna DPT o tétanos. Del mismo modo, el 45% de los casos de sinusitis (4,94 millones) y el 54% de los casos relacionados con alergia de síntomas nasales y oculares (10.54 millones) en un período de 12 meses que se impediría al suspender la vacuna.¹⁶⁷

SARAMPIÓN

El sarampión es una enfermedad contagiosa causada por un virus que afecta las vías respiratorias, la piel y los ojos. Los síntomas incluyen fiebre alta, tos, secreción nasal, dolor, enrojecimiento y sensibilidad ocular. Se desarrollan dentro de la boca pequeñas manchas de color rosa con centros de color blanco grisáceo. Aparecen manchas de color rosa con comezón en la cara y se extienden por todo el cuerpo. Los síntomas por lo general desaparecen después de una a dos semanas. El tratamiento consiste principalmente de permitir que la enfermedad siga su curso.

Antes de la década de los sesenta, la mayoría de los niños en los Estados Unidos y Canadá contraían sarampión. Las complicaciones de la enfermedad no era probable. Los niños previamente sanos generalmente se recuperaban sin inconvenientes.¹⁶⁸ Sin embargo, el sarampión puede ser peligroso en las poblaciones recientemente expuestas al virus,¹⁶⁹ y en los niños desnutridos que viven en países subdesarrollados.^{170,171} En los países avanzados, el sarampión puede ser grave cuando infecta a personas que viven en comunidades pobres con la mala nutrición, saneamiento e inadecuado cuidado de la salud.¹⁷² Las complicaciones son también más probables cuando la enfermedad ataca a los niños, adultos y cualquier persona con un sistema inmune deprimido.¹⁷³ (Varios estudios demuestran que cuando los pacientes con sarampión reciben suplementos de vitamina A, las tasas de complicación y las posibilidades de fallecimiento se reducen significativamente.)¹⁷⁴⁻¹⁷⁹

Una Guía de Inmunización para Padres 31

Los médicos y otras autoridades de salud a menudo tratan de asustar a los padres, exagerando los riesgos. Por ejemplo, los folletos sobre las vacunas publicados por el CDC sostienen que 1 de cada 1,000 niños que contraen sarampión contraerán encefalitis, una infección cerebral.¹⁸⁰ Sin embargo, el Dr. Robert Mendelsohn, pediatra de renombre e investigador de vacunas, dijo lo siguiente: “La incidencia de 1/1000 puede ser exacta para los niños que viven en condiciones de pobreza y desnutrición pero para casi todos los demás la incidencia de la verdadera encefalitis es probablemente como 1/10.000 o 1 /100.000”.¹⁸¹ Por otra parte, alrededor del 75% de estos casos no muestran evidencia de daño cerebral.¹⁸²

Antes de la década del 60, muchos niños en los EE.UU. contrajeron sarampión. En 1963, un equipo de científicos, encabezados por el investigador norteamericano John Enders, creó una vacuna contra el sarampión. Pronto se llevaron a cabo inoculaciones masivas.

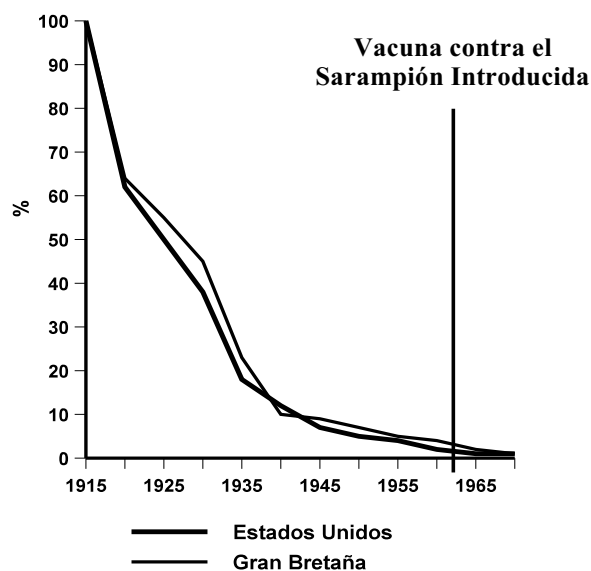
Conclusiones: mucho antes de la introducción de la vacuna contra el sarampión comenzó una disminución significativa de la enfermedad. De 1958 a 1962, el número de casos cayó un 38%.¹⁸³ La tasa de mortalidad bajó por sí sola aún más. En 1900, hubo 13,3 muertes por sarampión en los Estados Unidos por cada 100,000 habitantes. En 1955, ocho años *antes* de la primera vacuna contra el sarampión, la tasa de mortalidad había disminuido por su cuenta en un 97,7%, a 0,03 muertes por 100,000.¹⁸⁴ Las cifras publicadas en las *Estadísticas Internacionales de Mortalidad* confirman esta reducción: 1915-1958, la tasa de mortalidad del sarampión en los EE.UU. y el Reino Unido se redujo en un 98% (Figura 8).¹⁸⁵

La vacuna contra el sarampión no confiere inmunidad permanente. Las epidemias ocurren regularmente en las poblaciones vacunadas. El Dr. William Atkinson, epidemiólogo de los CDC, admitió que la transmisión del sarampión se ha documentado claramente entre las personas vacunadas. En algunos brotes grandes ... más del 95% de los casos tienen antecedentes de vacunación.¹⁸⁶ De hecho, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo más probable es unas 15 veces mayor que el sarampión serán contratados por las personas que se vacunan contra la enfermedad que las personas que no están vacunadas.¹⁸⁷

32 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 8:

La tasa de mortalidad del sarampión fue decreciendo *antes* de que se introdujera la vacuna



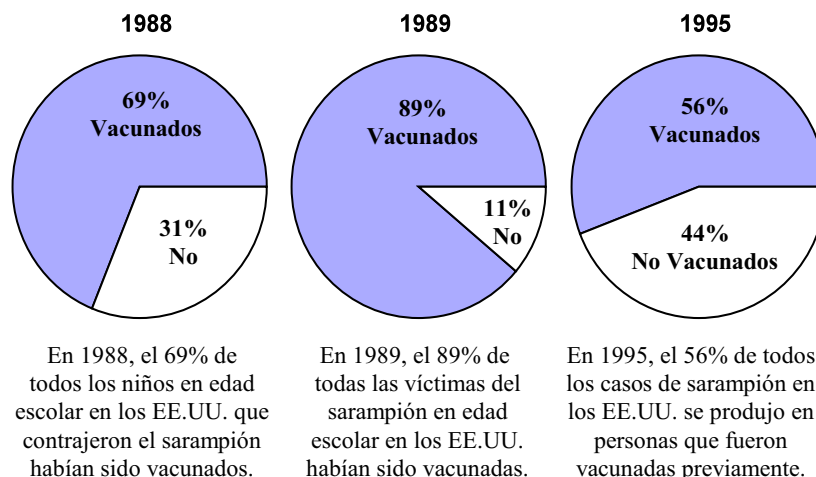
Desde 1915 hasta 1958, antes de que se presentara la vacuna contra el sarampión, el índice de mortalidad por sarampión en Estados Unidos y Gran Bretaña ya había descendido por su cuenta un 98%. Fuente: *Estadísticas Internacionales de Mortalidad*, 1981.

Copyright © NZM

La información médica está repleta de vacunas que han fracasado y dichos fracasos se encuentran documentados. Por ejemplo, en 1988, el 69% de todos los niños en edad escolar en los EE.UU. que contrajeron el sarampión habían sido vacunados.¹⁸⁸ En 1989, el 89% de todas las víctimas del sarampión en edad escolar en los EE.UU. habían sido vacunadas.¹⁸⁹ En 1995, el 56% de todos los casos de sarampión en los EE.UU. se produjo en personas que fueron vacunadas previamente (Figura 9).¹⁹⁰

Figura 9:

Los brotes de sarampión en las poblaciones vacunadas



Fuente: *Infect Med* 1997; 14(4):297-300, 310. Varios informes semanales de *Morbilidad y Mortalidad* del CDC.

Copyright © NZM

En 1996, este patrón persistió: los brotes de sarampión ocurrieron principalmente entre los niños que habían sido vacunados previamente.¹⁹¹ Y en 1999, el CDC continuó documentando numerosos casos de sarampión en los individuos previamente vacunados.¹⁹²

La vacuna contra el sarampión posee un largo historial de causar reacciones adversas graves. La compañía farmacéutica responsable de la producción de la vacuna contra el sarampión publica una extensa lista de enfermedades conocidas que se han producido tras la inyección. Las graves afecciones que afectan a casi todos los sistemas del cuerpo, tales como el arterial, linfático, digestivo, cardiovascular, inmunológico, nervioso, respiratorio y sensorial han sido vinculadas a esta inoculación "preventiva". Estos incluyen: la encefalitis, panencefalitis esclerosante subaguda, síndrome de Guillain-Barré, convulsiones febriles y sin fiebre, convulsiones, ataxia, parálisis oculares, anafilaxia, edema, angioneurótico, espasmos bronquiales, paniculitis, vasculitis, sarampión atípico, trombo-

34 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

citopenia, linfadenopatía, leucocitosis, neumonitis, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, urticaria, sordera, otitis media, retinitis, neuritis óptica, erupción, fiebre, mareos, dolor de cabeza y muerte.¹⁹³ Un estudio reciente en *Lancet* halló un vínculo entre esta vacuna y la enfermedad intestinal. Las personas que recibieron la vacuna contra el sarampión fueron tiempos 2 y media más probabilidades de desarrollar colitis ulcerosa y tres veces más probabilidades de desarrollar la enfermedad de Crohn, en comparación con los no vacunados (Figura 10).¹⁹⁴

La vacuna contra el sarampión alteró dramáticamente la distribución de la enfermedad mediante el desplazamiento de las tasas de incidencia de los grupos de edad con pocas probabilidades de experimentar problemas (niños de 5 a 9 años de edad) a los grupos de edad con más probabilidades de sufrir complicaciones graves (niños, adolescentes y adultos). Antes de la introducción de la vacuna, era muy raro que un niño contrajera sarampión. Sin embargo, para la década del noventa más del 25% de todos los casos de sarampión se produjeron en bebés menores de un año de edad. Los funcionarios de los CDC reconocen que esta situación puede empeorar y lo atribuyen a la creciente cantidad de madres que fueron vacunadas durante los años 1960, 1970 y 1980. (Cuando se le niega la inmunidad natural, las mamás ya no pueden pasar anticuerpos maternos protectores a sus bebés.)¹⁹⁵ En 1999, *Pediatrics* confirmó que los hijos de madres nacidas después de 1963 tienen siete veces más probabilidades de contraer la enfermedad que los niños de madres nacidas antes de ese año.¹⁹⁶

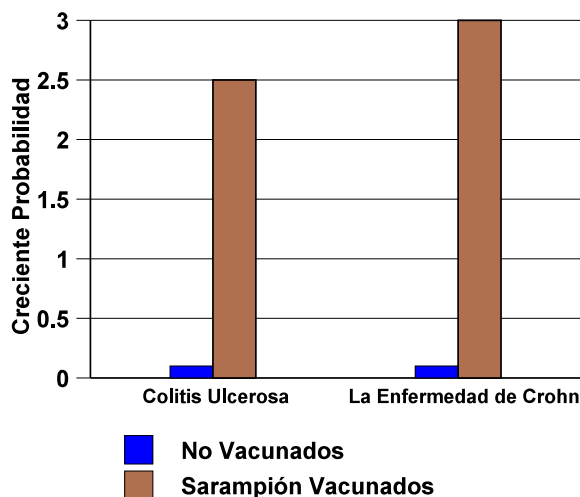
El riesgo de neumonía relacionada con el sarampión y anomalías hepáticas es mayor en los adultos de los grupos de edad de adolescentes y jóvenes adultos. De acuerdo con un estudio publicado en la revista *Journal of Infectious Diseases*, estas complicaciones se han incrementado hasta en un 20%.¹⁹⁷ El riesgo de muerte por sarampión también es mucho más alto para los bebés y los adultos que para los niños.¹⁹⁸

El siguiente extracto de una declaración hecha por una madre que testifica ante el Congreso (*Audiencia ante el Subcomité de Salud y Medio Ambiente*) acerca de la indemnización por un accidente producto de la vacunación:

Mi nombre es Wendy Scholl. Resido en el estado de Florida con mi esposo Gary y tres hijas, Stacy, Holly y Jackie. Cabe destacar que nuestras tres hijas nacieron saludables y normales. Estoy aquí para relatar acerca de la reacción de Stacy a la vacuna contra el sarampión... lo que, de acuerdo a la profesión médica, cualquier síntoma relacionado

Figura 10:

La vacuna contra el sarampión y la enfermedad inflamatoria intestinal



Las personas que recibían la vacuna contra el sarampión eran 2 veces más propensas a desarrollar colitis ulcerativa y tres veces más propensas a desarrollar la enfermedad de Rohn, en comparación con controles no vacunados.

Fuente: *Lancet* 1995; 345: 1071-1074.

Copyright © NZM

con secuelas neurológicas, convulsiones o daño cerebral en un lapso de 7 a 10 días tras recibida la vacuna se ajusta a una reacción contra el sarampión...

A los 16 meses de edad, Stacy recibió la vacuna contra el sarampión. Ella era una niña feliz, saludable y normal, típica, curiosa y juguetona hasta el 10° día tras la vacuna cuando ingresé a su habitación y la encontré acostada en su cuna, panza abajo y con su cabeza doblada hacia uno de los lados. Tenía los ojos vidriosos y la mirada fija.

Jadeaba, luchaba por respirar. Su pequeña cabeza yacía en un charco de sangre que salía de su boca. Fue una escena aterradora, pero en ese momento no me dí cuenta de que mi bebé feliz y saltarina nunca volvería a ser la misma.

Cuando llegamos a la sala de emergencia, la temperatura de Stacy era de 107 grados. Los primeros cuatro días de internación de Stacy

36 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

ella luchó por su vida. Estuvo en coma y sus riñones fallaban. Sus pulmones se llenaron de líquido y tenía constantes ataques.

Se le diagnosticó “encefalitis post-vacunación” y su pronóstico era grave. Sufrió parálisis del lado izquierdo, era propensa a los ataques y sufría problemas visuales. Sin embargo, los doctores nos dijeron que teníamos mucha suerte. Yo no me sentía una mujer afortunada.

Nos horrorizaba la idea de que esta vacuna que se le administró sólo para asegurarnos de que tuviese una infancia más segura casi la hubiese matado. Yo no sabía que la posibilidad de este tipo de reacción hubiese existido, pero ahora es nuestra realidad.¹⁹⁹

PAROTIDITIS (PAPERAS)

La parotiditis es una enfermedad contagiosa causada por un virus. La enfermedad comienza con fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y fatiga. Las glándulas salivales por detrás de las orejas a lo largo de la línea de la mandíbula se inflaman. En ciertos casos, los testículos, ovarios y mamas también pueden inflamarse.

El tratamiento consiste principalmente en permitir que la enfermedad siga su curso. Raramente se requiere intervención médica. Los síntomas por lo general desaparecen en una semana. La enfermedad confiere inmunidad permanente, la persona infectada no volverá a contraerla.^{200,201}

Conclusiones: La parotiditis es una enfermedad relativamente inofensiva cuando se padece en la niñez.²⁰² Las complicaciones de esta enfermedad son poco comunes pero pueden ser mucho más graves al ser padecidas por adolescentes y adultos.²⁰³⁻²⁰⁵ Por ejemplo, la orquitis (inflamación de los testículos) se produce en aproximadamente el 20% de los casos de parotiditis en hombres post-pubescentes.²⁰⁶ Esto ha causado que algunas autoridades sostengan que las paperas pueden causar esterilidad en el hombre. Sin embargo, la orquitis generalmente afecta sólo un testículo; la esterilidad producto de la enfermedad resulta muy rara.^{207,208}

Las paperas también se han asociado a la meningitis transitoria, pérdida temporal de la audición e inflamación de los ovarios.²⁰⁹ La recuperación completa y sin complicaciones toma normalmente unos días.²¹⁰ Las parotiditis o paperas raramente deja secuelas permanentes y los fallecimientos producto de esta enfermedad son poco comunes.²¹¹ Por ejemplo, en 1991 se reportó un fallecimiento a causa de paperas.²¹²

Una Guía de Inmunización para Padres 37

Durante la década del 80, había alrededor de 4.000 casos por año.²¹³ En 1995, había menos de 1.000 casos documentados en los Estados Unidos.²¹⁴ Sin embargo, la inmunidad artificial conferida por la vacuna contra las paperas no perdura. Los estudios muestran un número considerable de casos de parotiditis en personas previamente vacunadas contra la enfermedad. Por ejemplo, en 1987 se produjo un brote de paperas en las escuelas de Minnesota, 632 de los 769 casos (82%) se dio en alumnos vacunados previamente.²¹⁵ Ese mismo año, 119 corredores de bolsa en la Bolsa de futuros de Chicago contrajeron paperas tras un esfuerzo intensificado por obtener la vacuna contra la enfermedad.²¹⁶⁻²¹⁷ Y en 1991, se produjo un brote de paperas en escuelas de Tennessee; 67 de los 68 casos (99%) se dio en alumnos previamente vacunados.²¹⁸

Antes de la introducción de la vacuna contra las paperas, muchos niños menores de 10 años de edad la contraían.²¹⁹ Sin embargo, la vacuna contra ésta cambió las tasas de incidencia de los niños pequeños, adolescentes y adultos. Las paperas en los niños pequeños es una enfermedad leve, benigna. Se trata de una enfermedad más grave cuando la contraen grupos de adultos mayores.²²⁰

De 1967 a 1971, antes de que se dispusiera la vacuna contra las paperas como de uso general, el 92% de todos los casos se produjo en personas de 14 años de edad o menores. Sólo el ocho por ciento de los casos ocurrió en adolescentes de 15 años de edad o mayores.²²¹ En 1987, varios años después de que la vacuna se administrara a escala nacional, el 38% de todos los casos se produjo en estos grupos de adultos mayores.²²²

La compañía farmacéutica que produce la vacuna contra las paperas publica una extensa lista de enfermedades conocidas que se han producido después la administración de la vacuna contra las paperas o MMR (sarampión, paperas y rubéola). Estas incluyen meningitis aséptica, encefalitis, orquitis, diabetes mellitus, parotiditis (el nombre técnico para las paperas), anafilaxia y muerte.²²³

En 1986, los investigadores publicaron datos sobre varios niños que desarrollaron diabetes 2 a 4 semanas después de haber sido vacunados contra la paperas.²²⁴ En 1990, se reportaron varios nuevos casos de diabetes a 30 días de haber recibido la vacuna.²²⁵ En 1991, los científicos informaron un caso de diabetes tipo 1 a cinco meses de haberse recibido la vacuna contra la paperas.²²⁶ Ese mismo año, otros investigadores documentaron varios casos de diabetes y pancreatitis tras haberse recibido la vacuna contra la paperas.²²⁷ En 1992, 180 médicos europeos señalaron conjuntamente que la vacuna contra la paperas puede disparar la diabetes,

38 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

que sólo se manifiesta meses después de la vacunación.²²⁸ Ese mismo año, el *New England Journal of Medicine* publicó datos que confirman que los virus son capaces de desencadenar diabetes.²²⁹ En la actualidad, el gobierno de EE.UU. continúa recibiendo informes de diabetes tras la aplicación de la vacuna MMR.²³⁰

En 1993, *Lancet* publicó datos que confirman la meningitis aséptica como una complicación bien conocida de la vacuna contra las paperas, típicamente aparece de 15 a 35 días después de recibir la vacuna.²³¹ Ese mismo año, Japón retiró la vacuna MMR del mercado, ya que estaba causando encefalitis en 1 de cada 1044 personas vacunadas.²³² En 1994, el U.S. Institute of Medicine Reconoció ser capaz de aislar e identificar la cepa de la vacuna-virus de la parotiditis de los pacientes con daño neurológico después de la vacunación. La meningitis aséptica fue reconocida oficialmente como el resultado de la vacuna contra la parotiditis.²³³

RUBÉOLA

La rubéola (o sarampión alemán) es una enfermedad contagiosa causada por un virus. Los síntomas incluyen fiebre leve, sarpullido, dolor de garganta y secreción nasal. Los ganglios linfáticos en la parte posterior de la cabeza, detrás de las orejas y en la parte del cuello pueden llegar a sensibilizarse. En algunos casos, las articulaciones pueden doler e hincharse. El tratamiento consiste principalmente de permitir que la enfermedad siga su curso. Rara vez es necesaria la intervención médica. Los síntomas por lo general desaparecen en unos pocos días. La mayoría de los casos confieren inmunidad permanente; la rubéola rara vez infecta a la misma persona dos veces.²³⁴

Conclusiones: La rubéola es una enfermedad esencialmente dócil cuando se contrae en la infancia. La enfermedad suele ser tan leve que escapa de la detección o pasa por un resfriado. Sin embargo, si una mujer embarazada desarrolla la enfermedad durante el primer trimestre, su bebé puede nacer con malformaciones.²³⁵

En 1969, la primera vacuna contra el virus de la rubéola en vivo fue autorizada en los Estados Unidos. Varios países europeos, Canadá y Japón también introdujeron las vacunas contra la rubéola durante este período. En 1979, los fabricantes de vacunas empezaron a producir y distribuir la cepa Wistar RA27/3 del virus de la rubéola en vivo adaptado y propagado en fibroblastos pulmonares diploides humanos WI-38.²³⁶ En

Una Guía de Inmunización para Padres 39

términos comunes, esta vacuna se originó a partir de líneas celulares obtenidas a partir del tejido de fetos abortados.²³⁷⁻²⁴¹ Esta vacuna está todavía en uso en la actualidad.

La compañía farmacéutica que produce la vacuna contra la rubéola publica una extensa lista de enfermedades conocidas que se han producido a raíz de la vacuna contra la rubéola (o MMR). Estas incluyen artritis, artralgia, mialgia, síndrome de Guillain-Barré, polineuritis, polineuropatía, anafilaxia y muerte.²⁴² Varios estudios han documentado estos y otros males tras la vacunación contra la rubéola. Por ejemplo, los estudios independientes en *Lancet* y el *Journal of Infectious Diseases* documentaron la rubéola asociada a artritis y artritis crónica en las mujeres tras la vacunación.²⁴³⁻²⁴⁵ Otro estudio en *Annals of the Rheumatic Diseases* mostró que el 55% de las mujeres vacunadas contra la rubéola desarrolló artritis o dolor en las articulaciones a las cuatro semanas (Figura 11).²⁴⁶

Varios investigadores han documentado correlaciones entre la vacuna contra la rubéola y desórdenes neurológicos.²⁴⁷⁻²⁵² Otros han encontrado una conexión con la diabetes.²⁵³⁻²⁵⁶ Otros estudios han vinculado la vacuna contra la rubéola con el síndrome de la fatiga crónica, un desorden debilitante del sistema inmune.²⁵⁷⁻²⁵⁸ De acuerdo con el autor de un estudio, en los países que rutinariamente inmunizan a los niños con la nueva vacuna contra la [rubéola], los adultos pueden verse persistentemente re-expuestos a los antígenos más provocativos de la nueva vacuna debido a las secreciones respiratorias.²⁵⁹ En otras palabras, el virus de la rubéola persiste en los niños recientemente vacunados y puede extenderse a los adultos hipersensibles. La reinfección produce múltiples anticuerpos virales resultantes en los síntomas característicos, en mujeres adultas que están excesivamente representadas en la población de pacientes.²⁶⁰ Por consiguiente, el posible rol de la vacuna contra la rubéola en la etiología de los síndromes de fatiga crónica merece más estudio.²⁶¹

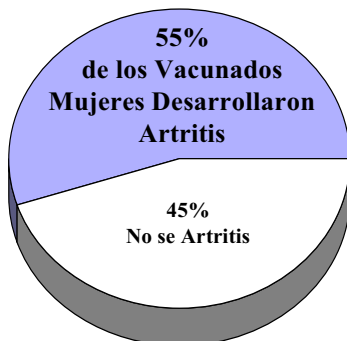
Los siguientes extractos tipifican las posibilidades adversas:

“Soy una estudiante de enfermería. Al cabo de tres semanas de recibir la vacuna MMR empecé a sentirme débil, cansada y lenta. Posteriormente experimenté entumecimiento en manos y pies. He desarrollado el síndrome de Guillain-Barré y fui hospitalizada durante dos meses. No podía caminar, tenía dificultad para mover mis extremidades superiores, sufría problemas urinarios y abdominales, parálisis facial parcial, y he perdido una cantidad considerable de peso. Antes, era una mujer activa y saludable. Mis médicos no saben cómo he desarrollado este síndrome”.

40 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 11:

La vacuna contra la rubéola y la Artritis



Copyright © NZM

En un estudio de mujeres adultas que habían recibido la vacuna contra la rubiola, el 55% desarrolló artritis o dolor en las articulaciones dentro de las cuatro semanas. Fuente: *Annals of the Rheumatic Diseases* 1986; 45:110-114.

“Mi hijo contrajo la rubéola dos semanas después de recibir la MMR”.

“Tras el nacimiento de mi hija, mi ginecólogo me recomendó que me aplicara la vacuna MMR ya que no tenía anticuerpos. Una semana después de la inyección, experimenté una erupción por todo el cuerpo. Dos semanas más tarde, experimenté dolor severo de las articulaciones, que alternaba de la rodilla hasta el tobillo y la muñeca. El dolor en las articulaciones duró siete días, y luego fatiga severa cedió. Mi médico dijo de inmediato que esto no se relacionaba con la vacuna”.

“Soy una enfermera matriculada de 57 años de edad, como condición de empleo, se me exigió la aplicación de la MMR. Unos 14 días después desarrollé una erupción con lesiones en el ojo derecho, fiebre y dolor en las articulaciones. Mi dolor de las articulaciones no se ha ido, sino que se ha hecho crónico, y a veces insoportable. Me han administrado una gran variedad de fármacos, a los que he tenido reacciones terribles y he sido hospitalizada como consecuencia. Me he encontrado incapacitada para trabajar. Presenté un reclamo de compensación de trabajador, que están tratando de negarme”.²⁶²

Una Guía de Inmunización para Padres 41

Antes de la introducción de la vacuna contra la rubéola en 1969, miles de casos de rubéola circularon por toda la sociedad. La mayoría de los niños contraían la enfermedad y desarrollaban la protección permanente. Como resultado, aproximadamente el 85% de la población adulta fue, naturalmente inmune.²⁶³⁻²⁶⁵ Tras la introducción de la vacuna, los investigadores empezaron a darse cuenta de que se estaban produciendo casos de la enfermedad en las poblaciones vacunadas. De hecho, las encuestas serológicas han confirmado que cerca del 15% de la población adulta, incluyendo las mujeres en edad fértil, todavía no están protegidas de la enfermedad — el mismo porcentaje que antes de las vacunaciones.²⁶⁶⁻²⁶⁸

De 1966 a 1968, *antes* de que la vacuna contra la rubéola fuera autorizada, el 77% de todos los casos ocurrieron en personas de 14 años de edad o menores. Sólo el 23% de todos los casos se produjo en personas de 15 años de edad o mayores.²⁶⁹ Para 1990, sin embargo, el 81% de todos los casos de rubéola se dieron en el grupo de 15 años o más, con los mayores aumentos en las personas de 15 a 29 años, los años de mayor fertilidad.²⁷⁰ De 1994 a 1997 esta tendencia se mantuvo, con un 85% de todos los casos de esta enfermedad produciéndose en personas de 15 años o mayores.²⁷¹

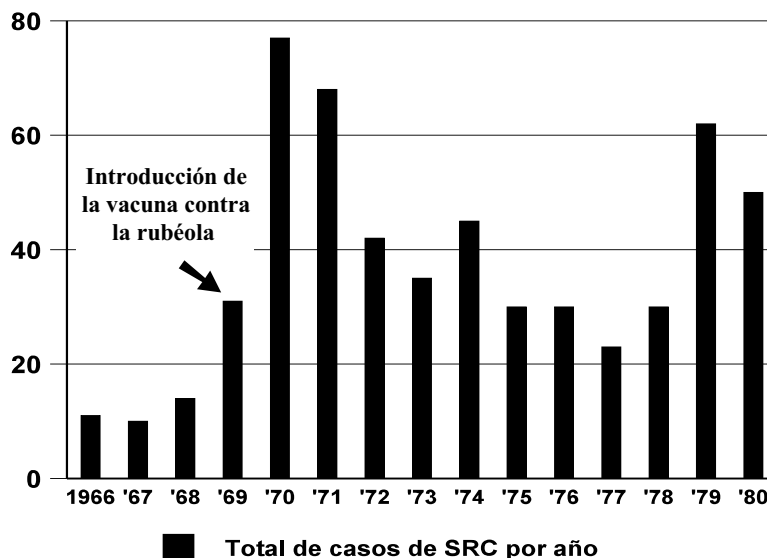
Desde 1969, cuando se introdujo la vacuna contra la rubéola, el número de casos de rubéola ha disminuido constantemente. Por ejemplo, en 1970 se registraron más de 56.000 casos en Estados Unidos, 3.904 en 1980, 1.125 en 1990, sólo 152 en 2000.²⁷²⁻²⁷³ Las autoridades utilizan esto como evidencia de la eficacia de la vacuna y su beneficio para la sociedad. Sin embargo, la capacidad de la vacuna de reducir el número de casos de rubéola es intrascendente si no es capaz de proteger al feto de adquirir defectos de nacimiento.²⁷⁴ De hecho, cuando se analizan los datos, se hace evidente que todo lo contrario es cierto. Las estrategias de vacunación equivocadas que desviaron los casos de rubéola a grupos de edad de mayor riesgo, aparentemente provocaron un aumento en la cantidad de defectos de nacimiento relacionados con el síndrome de rubéola congénita (SRC).²⁷⁵

En 1966, el año en que el gobierno comenzó a llevar estadísticas sobre el síndrome de la rubéola congénita, hubo 11 casos reportados en los Estados Unidos. En 1967, sólo hubo 10 casos, con 14 más reportados el año siguiente. Sin embargo, en 1969 se introdujo la vacuna contra la rubéola y el CDC registró 31 casos de SRC. En 1970, los casos de SRC se dispararon a 77, un aumento superior al 600% sobre las cifras pre-vacunales. En 1971, hubo 68 casos. Estas cifras se mantuvieron altas en los años siguientes (Figura 12).²⁷⁶ Los ajustes basados en las variaciones anuales de la población

42 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 12:

Síndrome de Rubéola Congénita (Casos Totales)



Copyright © NZM

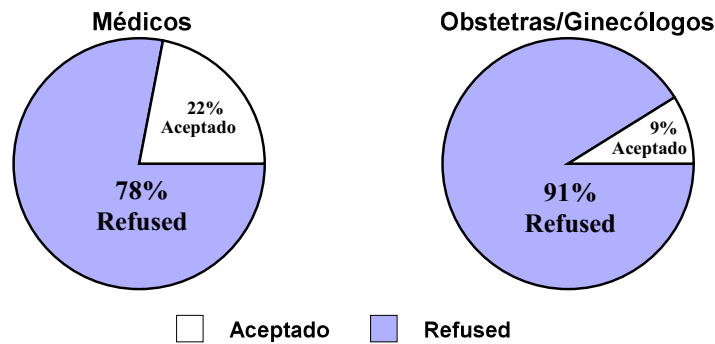
Los casos documentados del síndrome de rubiola congénita (CRS) *aumentaron* después de que se presentó la vacuna contra la rubiola. Fuente: CDC. *MMWR* (25 de Octubre de 1996).

no alteran los resultados.²⁷⁷ En 1991, sólo hubo 1.401 casos de rubéola, pero el CDC registró 47 casos de SRC. En 1992, los casos de rubéola se redujeron a 160, y hubo sólo 11 casos — el número exacto registrado por el CDC más de 25 años antes en 1966 *antes* de que la vacuna se introdujera.²⁷⁸

El *New England Journal of Medicine* informó que un tercio de todos los empleados del hospital se rehusaron a vacunarse contra la rubéola, el 81% de los médicos se negó a recibir la vacuna, y los médicos del personal de alto nivel tuvieron una tasa de participación aún más baja.²⁷⁹ Poco después, la *Revista de la Asociación Médica Americana* informó que el 47% de todos los empleados de la Universidad del Centro Médico del Sur

Figura 13:

Médicos se niegan la vacuna contra la rubéola



Copyright © NZM

En un estudio, el 78% de los médicos y el 91% de los obstetras y ginecólogos (que trabajan a diario con mujeres embarazadas) se negaron a aplicarse la vacuna contra la rubiola. Fuente: *Journal of the American Medical Association*; 245(7):711-13.

de California no cumplió con una campaña de vacunación contra la rubéola; el 78% de los médicos no consentiría las aplicaciones mientras que el 91% de los obstetras y ginecólogos (que trabajan a diario con embarazadas) se negaron a participar (Figura 13).^{280,281} Tal reticencia por parte de los médicos llevó al Dr. Robert Mendelsohn la plantear la siguiente pregunta ética: si los médicos tienen miedo de la vacuna, ¿por qué debería exigir la ley que usted y otros padres les permitan administrárselas a sus hijos?²⁸²

DIFTERIA

La difteria es una enfermedad bacteriana contagiosa de las vías respiratorias superiores. Se transmite principalmente por la tos y los estornudos de personas infectadas. Los primeros síntomas aparecen de dos a cinco días después de la infección. Estos incluyen dolor de garganta, dolor de cabeza, tos, fiebre y ganglios linfáticos inflamados en el cuello. A medida que la enfermedad progresa, una gruesa membrana se forma

44 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

en la superficie de las amígdalas y la garganta y puede extenderse hacia la tráquea y los pulmones. Esta membrana puede interferir con la respiración y la deglución. En casos severos, puede bloquear completamente las vías respiratorias y causar la muerte si no se trata. Otras complicaciones incluyen inflamación del músculo cardíaco y la parálisis respiratoria.²⁸³ La difteria requiere la atención médica, pero es tratable con antibióticos comunes como la penicilina. La insuficiencia cardíaca se trata con medicamentos, mientras que se utiliza un respirador para ayudar en la respiración.²⁸⁴ Una antitoxina diftérica se lanzó en 1895 y todavía se utiliza hoy en día. Se puede administrar a las personas con bajos niveles de anticuerpos de difteria o inmediatamente después de la exposición a la enfermedad.²⁸⁵ Una vacuna contra la difteria se introdujo en la década de 1920. El uso generalizado de este toxoide modificado se inició en la década de 1940, cuando se combinó con la del tétanos y tos ferina (DPT).²⁸⁶⁻²⁸⁷

Conclusiones: La difteria fue una enfermedad común a fines del siglo XIX. Por ejemplo de 1891 a 1895, Nueva York promedió 7.200 casos por año.^{288,289} La tasa de letalidad fue de aproximadamente el cinco por ciento.^{290,291} En los EE.UU. durante la década de 1940, el número de casos de difteria fluctuó entre 15.000 y 30.000 por año.²⁹² Sin embargo, en 1980 surgió un nuevo patrón, con sólo unos pocos casos cada año.²⁹³ De 1990 a 2000 (un período de 11 años), se registraron 25 casos de difteria. Tres de estos casos fueron fatales.²⁹⁴⁻²⁹⁵

La tasa de mortalidad por difteria cayó mucho antes de que se introdujera la vacuna. En los Estados Unidos, de 1900 a 1930, las muertes por difteria disminuyeron en más del 85%.²⁹⁶ De hecho, la mortalidad por la enfermedad se redujo de 7,2 muertes por cada 10.000 en 1911 a 0,9 muertes por cada 10.000 en 1935 — una disminución del 88%.²⁹⁷

En 1975, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) concluyó que el toxoide de la difteria no es tan eficaz como agente de inmunización como podría anticiparse. Las autoridades confesaron que la difteria puede ser contraída por los individuos vacunados contra ella, y señaló que la permanencia de la inmunidad inducida por el toxoide aún se encuentra en duda.²⁹⁸

En 1979, las autoridades cambiaron la definición médica de la difteria. Antes del cambio, se contaban casos de la enfermedad por vía “cutánea” y por “inhalación.” Después del cambio, sólo los casos de inhalación fueron etiquetados como la difteria original. Como resultado, las

Una Guía de Inmunización para Padres 45

estadísticas oficiales muestran un 95% de disminución inmediata en los casos en el año siguiente (y una reducción de 99.3% desde 1970 hasta 1980). El número de casos de difteria se mantuvo bajo cada año de allí en más.²⁹⁹

Durante la década de 1990, hubo brotes de difteria en Europa oriental y los nuevos Estados independientes de la antigua Unión Soviética. Muchos de los casos ocurrieron en personas que fueron debidamente vacunadas. Como resultado, las autoridades cuestionaron los méritos de los programas de vacunación contra la difteria.³⁰⁰⁻³⁰¹

En 1999, la FDA anunció que las vacunas contra la difteria dadas a los niños durante el año anterior eran “demasiado débiles” como para protegerlos contra la difteria.³⁰² Sin embargo, como la difteria es muy poco frecuente en los Estados Unidos y otros países desarrollados, los funcionarios no recomendaron nuevas vacunas para los niños que recibieron las que eran de valorar.³⁰³

TOS FERINA

La tos ferina es una enfermedad contagiosa causada por una bacteria que afecta el sistema respiratorio. A veces llamada tos convulsa, esta enfermedad debe su nombre al ruido ferino agudo que hacen los enfermos al tratar de recuperar el aliento tras ataques severos de tos. Los síntomas progresan a través de tres etapas. En la primera etapa, que suele durar una o dos semanas, los enfermos tienen dificultad para respirar y pueden desarrollar tos y fiebre. En la segunda etapa, que suele durar dos o tres semanas, los ataques de tos graves ocurren durante la noche, y más tarde durante el día y la noche. Los ataques pueden provocar una oxigenación inadecuada, lo que puede causar convulsiones. Durante esta etapa puede producirse el deceso. En la etapa final, la tos disminuye y la recuperación comienza. La recuperación total puede tomar de dos a tres meses.

La enfermedad raramente es fatal.³⁰⁴ Sin embargo, cuando los bebés menores de seis meses contraen tos ferina, esto puede ser grave y potencialmente mortal. No existe un tratamiento específico para la tos ferina. Se han utilizado antibióticos y supresores de la tos, pero con poco efecto, y por lo general no se recomiendan. Una vacuna contra la tos ferina ha estado disponible desde 1936 (y fue puesta en uso general durante la década de 1940).

46 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Conclusiones: La incidencia y severidad de la tos ferina había comenzado a declinar mucho antes de que la vacuna contra esta enfermedad fuese introducida.³⁰⁵ De 1900 a 1935, la tasa de mortalidad en los Estados Unidos e Inglaterra ya había disminuido por sí sola en un 79% y 82%, respectivamente (Figura 14).³⁰⁶

Un estudio publicado en el *Journal of Pediatrics* muestra que la vacuna contra la tos ferina puede ser sólo 40-45% efectiva.³⁰⁷ Otra evidencia indica que la inmunidad no se mantiene. La susceptibilidad a la tos ferina 12 años después de la vacunación completa puede ser elevada como un 95%.³⁰⁸ Por ejemplo, se reportaron 1.300 casos en Kansas.

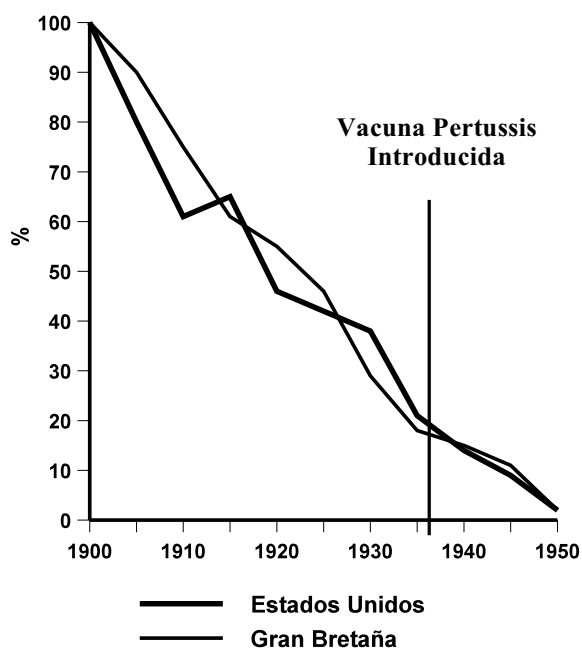
De los pacientes con antecedentes de vacunación conocidos, el 90% fueron “adecuadamente vacunados”.³⁰⁹ Durante un brote de tos ferina en Ohio, el 82% de los niños menores afectadas por la enfermedad había recibido dosis regulares de la vacuna (Figura 15).³¹⁰ En 2012, hubo 178 casos confirmados de tos ferina en niños de Vermont entre las edades de seis meses y 18 años. De ese número, el 80% había recibido al menos cinco dosis de la vacuna contra la tos ferina.³¹¹

Las vacunas contra la difteria, el tétanos y la tos ferina generalmente se mezclan en una sola fórmula (DTP o DTaP). La vacuna DTaP actual para niños de 6 semanas a 7 años de edad sigue en uso a partir de 2013, esta contiene antígenos de tos ferina acelular, toxoide tetánico y diftérico desarrollado en un extracto bovino. Este caldo vacuno no tiene riesgo “indebido” de encefalopatía espongiforme bovina (BSE).³¹² Esta vacuna también contiene aluminio, formaldehído residual y polisorbato 80.³¹³

Estados Unidos nunca llevó a cabo sus propias pruebas clínicas para determinar si la vacuna contra la tos ferina es segura y eficaz. En su lugar, se basa en los datos recogidos por Gran Bretaña durante la década de 1950 en los niños de entre seis meses y un año y medio de edad. A pesar de que 42 de estos niños experimentaron convulsiones dentro de 28 días de la aplicación, el 80% de los niños tenía 14 meses de edad o más y las pruebas fueron diseñadas para medir la eficacia (no la seguridad) de la vacuna, las autoridades de salud de Estados Unidos utilizan estos resultados como evidencia de que la vacuna es segura para dar a los bebés de tan sólo seis semanas de edad. De hecho, un bebé de dos meses de edad que pese menos de diez libras recibe la misma dosis de la vacuna contra la tos ferina que un niño de 50 libras que ingresa a pre-escolar.³¹⁴

Figura 14:

La tasa de mortalidad de la tos ferina disminuyó *antes* de que se introdujera la vacuna



Copyright © NZM

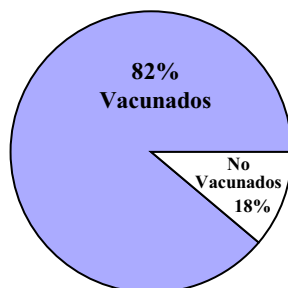
Desde 1900 hasta 1935, *antes* de que la vacuna contra la tos ferina se presentara, el índice de mortalidad a causa de la tos ferina en Estados Unidos e Inglaterra ya había descendido por sí solo a 79% y 82%, respectivamente. Fuente: *Estadísticas Internacionales de Mortalidad* (1981) por Michael Alderson.

La vacuna contra la tos ferina se utilizó en experimentos con animales para ayudar a producir shock anafiláctico, y causar una encefalomiелitis autoinmune (encefalitis alérgica).³¹⁵ La encefalitis postvacunal aguda puede ser la mayor causa de discapacidades del desarrollo y el aprendizaje en el país hoy en día.³¹⁶ Los científicos también desarrollaron una prueba indirecta para determinar la eficacia y seguridad de la vacuna de la tos

48 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 15:

Brote de tos ferina: 82% fueron vacunados



Copyright © NZM

Durante un brote de tos ferina en Ohio, el 82% de jóvenes afectados con la enfermedad habían recibido dosis regulares de la vacuna. Fuente: *New England Journal of Medicine* (7 de Julio de 1994):16-20.

ferina. Si rindió la inmunidad en ratones, se ha considerado eficaz en niños. Si los ratones no perdieron peso, se presume que es no-tóxica.³¹⁷

La vacuna contra la tos ferina puede causar fiebre de hasta 41°C, dolor, hinchazón, diarrea, vómitos explosivos, somnolencia excesiva, gritos agudos (no muy diferente a la llamada crisis encefálica o grito encefálico asociado con daños en el sistema nervioso central), episodios de llanto inconsolable, ataques, convulsiones, colapso, shock, problemas respiratorios, daño cerebral y síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS).^{318,319} En un informe, las reacciones graves (incluyendo la epilepsia tónico-clónica y encefalopatía), demostraron ser tan altas como uno de cada 600.³²⁰ En otro estudio, se informó que de las 15.752 vacunas administradas a los niños, se produjeron sólo 18 reacciones graves (shock-colapso o convulsiones) (1 en 875). Sin embargo, cada niño en el estudio recibió de cuatro a cinco aplicaciones. Por lo tanto, aproximadamente uno de cada 200 niños que recibieron la serie completa de DPT sufrieron graves reacciones.³²¹

En 1994, el *Journal of the American Medical Association* publicó datos que muestran que los niños diagnosticados con asma tenían cinco veces más probabilidades de haber recibido la vacuna contra la tos ferina que los niños sanos.³²² En 2000, un nuevo estudio confirmó conclusiones

Una Guía de Inmunización para Padres 49

anteriores de que los niños que reciben vacunas DPT y contra el tétanos son significativamente más propensos a desarrollar un historial de asma u otros síntomas respiratorios relacionados con alergias que los que no estaban vacunados.³²³

Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL): Los bebés mueren a un ritmo siete veces mayor de lo normal en un término de tres días tras recibir la vacuna contra la tos ferina.^{324,325} Las tres dosis primarias de la tos ferina se les da a los bebés a los dos, cuatro y seis meses. Aproximadamente el 85% de los casos de SMSL se produce en el período de uno a seis meses, con el pico de incidencia en la edad de dos a cuatro meses.³²⁶

En un reciente estudio científico de los SIDS, se midieron los episodios de apnea (cese de la respiración) y hipoapnea del sueño (respiración anormalmente superficial) antes y después de la vacunación contra la tos ferina. Se utilizó un *Cotwatch* (un sofisticado microprocesador colocado debajo del colchón del bebé para medir los patrones de respiración precisos) y se analizaron los impresos generados por la computadora (en las integrales de la densidad de la apnea-hipoapnea). Los datos muestran claramente que la vacuna causó un aumento extraordinario en los episodios donde la respiración estuvo cerca del cese o cesó por completo (Figura 16). Estos episodios continuaron durante meses después de la vacunación. La Dra. Viera Scheibner, autora del estudio, concluyó que la vacunación es la causa más frecuente y más evitable de muertes infantiles.³²⁷⁻³²⁹

En otro estudio de 103 niños que murieron de SIDS, el Dr. William Torch descubrió que más de dos tercios habían sido vacunados contra la tos ferina antes del deceso. De éstos el 6,5 murió dentro de las 12 horas de la vacunación; 13% dentro de 24 horas; 26% dentro de los tres días, y 37, 61, y 70% dentro de una, dos y tres semanas respectivamente (Figura 17). También se descubrió que las frecuencias de los SIDS tienen una mayor incidencia bimodal a los dos y cuatro meses de edad — las mismas edades en las que las dosis iniciales de vacunas contra la tos ferina se administran a los menores.³³⁰

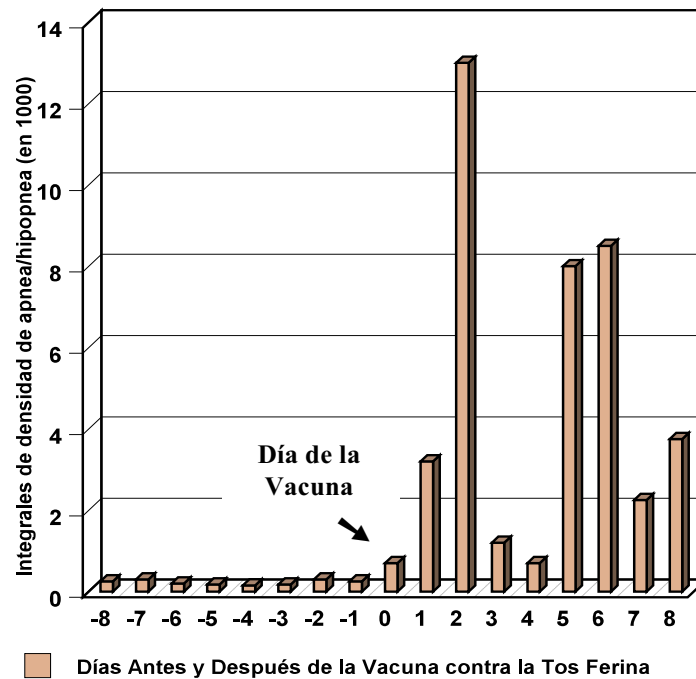
El siguiente extracto pertenece a una declaración hecha por una abuela angustiada que testifica ante el Congreso en relación a las indemnizaciones por accidentes de vacunas:

Mi nombre es Donna Gary. Nuestra familia debería haber celebrado el cumpleaños de nuestra primera nieta el mes pasado. En su lugar, vamos a conmemorar el aniversario de su muerte a finales de este mes.

50 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 16:

La vacuna contra la tos ferina y patrones de respiración inducida por el estrés: ¿Un enlace a la muerte súbita?



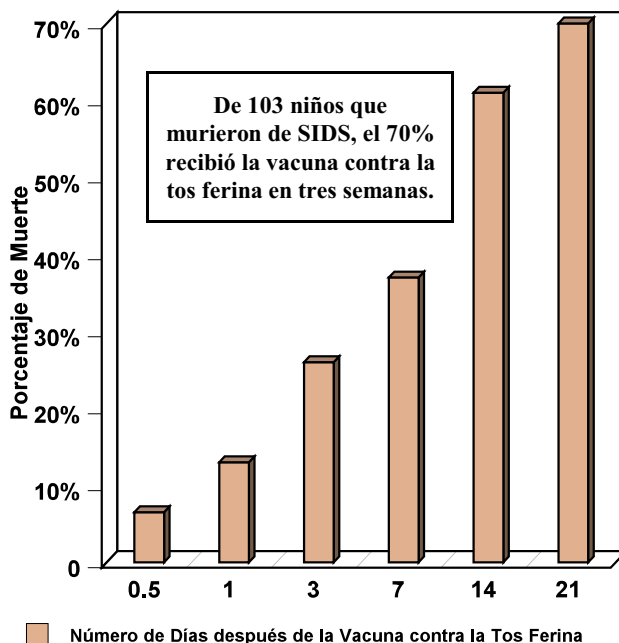
Copyright © NZM

Este gráfico representa el registro de 17 días de los patrones de respiración de un niño antes y después de recibir la vacuna contra la tos ferina. Los valores superiores a 1000 indican respiración inducida por estrés agudo. El autor de este estudio concluyó que la vacunación es la única causa más persistente y previsible de muerte infantil. Fuente: *Vaccination: 100 Years of Orthodox Research...* del Dr. Viera Scheibner (Blackheath, Australia, 1993): 59-70, 225-235.

Nuestra nieta, Lee Ann, era tan sólo ocho semanas de edad cuando su madre la llevó al médico para hacerse un chequeo de rutina. Esto incluye, por supuesto, su primera inoculación DPT y la vacuna oral contra la poliomielitis.

Figura 17:

La vacuna contra la tos ferina y el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante



Copyright © NZM

En un estudio de 103 niños que murieron a causa de SIDS, más de dos tercios había recibido la vacuna contra la tos ferina antes del fallecimiento. El 6,5% falleció dentro de las doce horas después de recibir la vacuna; el 13% dentro de las 24 horas; el 26% dentro de los tres días y el 37, 61 y 70% dentro de una, dos o tres semanas respectivamente. Fuente: Academia Americana de Neurología, Encuentro anual número 34: *Neurología* 32(4).

En sus ocho semanas de vida este adorable bebé, nunca había producido un grito que me helara la sangre tal como el que emitió en el momento de la inyección. Ni siquiera su madre nunca antes la había visto arquear su espalda tal y como lo hizo mientras gritaba. Estaba inconsolable. Incluso su padre no podía entender los inusuales gritos y llantos de Lee Ann.

52 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Cuatro horas más tarde Lee Ann falleció. Murió en su cuna, el médico dijo que se trataba de muerte súbita o SIDS. “¿Podría encontrarse esto relacionado con la vacuna”? Sus padres le suplicaron que el médico les informara. “No”, el doctor dijo. “Pero ella acababa de recibir su primera vacunación contra la DPT esa tarde. ¿Podría haber alguna conexión con dicha aplicación”? “No, ninguna conexión en absoluto,” dijo el médico de urgencias definitivamente.

Mi marido y yo nos apresuramos al hospital la mañana siguiente después de la muerte de Lee Ann para hablar con el forense antes de la autopsia. Queríamos asegurarnos de que hubiese sido alertado acerca de la inoculación DPT tan brevemente antes del fallecimiento, sólo por si había algo más que pudiera buscar para realizar la conexión. Él no estaba disponible para hablar con nosotros. Esperamos dos horas y media. Por último, tuvimos que hablar con otro médico tras haberse completado la autopsia. Se concluyó en que se trataba de SIDS.

Los meses previos al nacimiento de Lee Ann yo regularmente hablaba con un amigo y le preguntaba sobre el estado de salud de su nieto. El niño tiene casi un año y medio más que Lee Ann. Durante su primera inoculación DPT se desmayó frío durante 15 minutos, en el consultorio del pediatra. Según el pediatra, se trató de una reacción normal en algunos niños. Los padres estaban asustados, pero sabían que estaban junto a un buen médico que tenían. Confiaron en su juicio. Cuando llegó el momento de la segunda aplicación le preguntaron: “¿Está seguro de que está todo bien? ¿Es realmente necesaria”?

El pediatra nuevamente los tranquilizó. Les contó cuán horrible había sido la experiencia de ver a uno de sus pacientes lactantes luchar contra la tos ferina. El bebé había muerto.

Ese día le efectuó una segunda aplicación de DPT. El niño contrajo una lesión cerebral.

La semana pasada tuve la oportunidad de leer de copias impresas de las audiencias de este comité. Estoy consternada al saber que esta misma charla ha estado sucediendo desde hace años y nada ha progresado a incorporar lo que parece tan obvio y necesario para evitar la muerte de más hijos y para compensar económicamente a los que ya han sido dañados de por vida.

Cuán exactas son nuestras estadísticas sobre las reacciones adversas a las vacunas cuando se les ha dicho a los padres y aún se les dice, “¿No hay conexión con la vacuna, ninguna conexión en absoluto”?

¿Y qué me pueden decir de la madre con la que he hablado recientemente que tiene un hijo con daño cerebral de cuatro años de edad? En sus tres inoculaciones contra el DPT tuvo una convulsión en presencia del pediatra. No hay conexión, el pediatra aseguró.

Una Guía de Inmunización para Padres 53

Hablé con un padre en un pueblo vecino, cuyo hijo murió a la edad de nueve semanas, varios meses antes que nuestra propia nieta. Fue el día después de su inoculación DPT. SIDS es consta en el acta de defunción.

¿Son las estadísticas que a los médicos les encanta citar, “No existe ninguna conexión precisa”, o se basan en diagnósticos o un historial deficiente?

¿Qué se está haciendo para proporcionar una vacuna más segura? ¿Quién está supervisando? ¿Serán los mismos científicos y médicos que ha supervisado en el pasado? ¿Cómo son los médicos y las clínicas que van a ser responsables de ver que los padres estén informados de las posibles reacciones? ¿Y qué características tienen los niños que no deben recibir la vacuna para ser identificados antes de que resulten dañados o muertos?

Hoy es el Día Nacional de la Oración. Mi plegaria se eleva para que este comité sea un instrumento en hacer lo que se debe y pronto. No pasará otro año con mayor número de niños afectados, y muertos, porque los que pueden se niegan a hacer la conexión correcta.³³¹

TOS FERINA ACELULAR (DTaP)

En 1981, Japón comenzó a administrar a su población infantil una nueva vacuna contra la tos ferina acelular. Se decía que era menos tóxica y más eficaz que la vacuna básica de células enteras utilizada en los Estados Unidos. Muchas autoridades de este país, aceptaron, pero afirmaron que el costo adicional de producir la vacuna, y la logística que implicaba no justificaba efectuar el cambio.³³²

Conclusiones: Japón reportó una caída significativa en las reacciones graves tras el uso de la vacuna celular. Sin embargo, en 1975, pocos años antes de la introducción de la nueva vacuna contra la tos ferina en Japón, las autoridades elevaron la edad de vacunación a los dos años. En los EE.UU., las vacunas contra la tos ferina se inician a los dos meses, y se prolongan durante los primeros meses y los más riesgosos del niño. Por lo tanto, ha sido difícil determinar si la vacuna celular es verdaderamente segura.³³³

En 1987, 66 víctimas de la vacuna contra la tos ferina japonesa obtuvieron enormes indemnizaciones de su gobierno. El tribunal reconoció que las autoridades negaban reacciones y los demandantes damnificados

54 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

fueron víctimas, por lo que “el interés público por la prevención de enfermedades contagiosas” menos se acabaría.³³⁴

En 1988, Estados Unidos probó la vacuna contra la tos ferina acelular en niños suecos. La eficacia con un régimen de dos dosis fue del 69%. Varios niños murieron durante el estudio. Irónicamente, los funcionarios de salud estadounidenses fueron indiferentes a la búsqueda de alternativas a su vacuna de células enteras imperfecta que anduvieron con evasivas, pidiendo más investigación sobre las muertes, a pesar de que se produjeron hasta cinco meses después de la vacunación, entre las causas se encuentra una intoxicación con heroína, y los funcionarios suecos concluyeron en que no estaban relacionadas con las vacunas. Las muertes que se producen en cuestión de horas o días después de una vacuna de células enteras en los EE.UU. se desestiman rápidamente y rara vez se investigan.³³⁵⁻³³⁶

En 1989, *Pediatrics* publicó un estudio que muestra que la vacuna acelular causó menos reacciones de tipo leve que la vacuna DPT estándar. Sin embargo, las reacciones graves, tales como la encefalitis, se produjeron a una velocidad más alta que con la vacuna estándar. La inflamación cerebral se produjo a un ritmo de uno cada 106 niños vacunados.³³⁷

En 1992, la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomendó la sustitución de la vacuna contra la tos ferina de células enteras estándar (DPT) con la vacuna acelular (DTaP) para la cuarta y quinta dosis solamente.³³⁸ En 1996, las autoridades estadounidenses sustituyeron la DPT con la vacuna DTaP para las cinco dosis a pesar de la afirmación por parte de algunos investigadores de que la mayoría de las reacciones leves y graves que se han reportado tras la vacunación con DPT también se han reportado tras la vacuna DTaP.³³⁹

Las siguientes reacciones adversas son típicas de los correos electrónicos no solicitados que recibe el *Thinktwice Global Vaccine Institute*. (Para obtener más información, visite www.thinktwice.com)

“Mi hijo tiene un año. En su visita de los nueve meses, recibió la aplicación de la vacuna DTaP. Los dos días siguientes estuvo haciendo una extraña especie de movimiento repentino con su cara que yo nunca había visto antes. Se veía como una mini convulsión. Su cuerpo se endurecía cuando esto ocurría”.

“Ahora me preocupa administrarle la próxima dosis de DTaP. Mi hija menor tuvo una leve reacción a la vacuna DPT. Su fiebre duró tres o cuatro días, y estuvo de mal humor durante unas semanas. Mi doctor me sugirió 2 dosis para la siguiente ronda, ella no tuvo ninguna reacción.

Una Guía de Inmunización para Padres 55

Luego nos mudamos y su nuevo pediatra nos dijo que 2 dosis no se encontraban reconocidas como una vacuna válida, y nos sugirió la DTaP. En cuestión de horas empezó a tener fiebre alta, diarrea negra y vomitó. Llamé al médico de inmediato, quien afirmó que era una reacción normal. Sin embargo, al cabo de un mes su cabello comenzó a caerse. La llevé de nuevo al médico que me dijo que dejara de atarle el pelo con colas de caballo, que le estaba tirando mucho del cabello. Bueno, han pasado dos años desde entonces, y su pelo por fin ha vuelto a crecer lo suficiente para muy pequeñas coletas. No la voy a volver a vacunar”.

“Le administraron a mi hija la DTaP a los tres meses tras decirme que no existía efecto secundario conocido. Me opuse a que la vacunaran y me dijeron que iban a llamar a Servicios de Protección Infantil si me negaba a que ella recibiera la vacuna. Al ser un padre adolescente el temor de perderla me acechaba las 24 horas del día y no quería que se transformara en una realidad. Por lo tanto acepté que la vacunaran. A los pocos minutos de llegar a casa, empezó a gritar como nunca la había oído antes. Me asustó. Gritó durante aproximadamente 16 horas, sin descanso. El médico juró que ella estaba bien y que sólo eran ‘cólicos’. Tras gritar durante 16 horas se sumió en un letargo. Ni siquiera levantaba la vista cuando yo decía su nombre como siempre lo había hecho antes. Ella sufrió una convulsión y terminó en la sala de emergencias. Mi hija ahora sólo recibe la vacuna DT, y aunque las enfermeras de los pediatras se enojan conmigo, insisto en ver la etiqueta de la botella de la vacuna antes de administrarle inyecciones”.³⁴⁰

HEPATITIS B

La hepatitis B es una infección viral. Los síntomas pueden ser similares a los de la gripe, incluyendo debilidad, pérdida de apetito, diarrea, dolor en la parte superior derecha del abdomen e ictericia (color amarillento de los ojos y la piel). En algunos casos, las personas que contraen esta enfermedad pueden ser portadores del virus y aun así exhibir pocos o ninguno de estos síntomas. La Hepatitis B aguda generalmente sigue su curso en el término de un año. Las infecciones prolongadas o crónicas pueden progresar y tornarse en insuficiencia hepática, coma y muerte.

En 1981, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) autorizó una vacuna derivada de plasma contra la hepatitis B. Contenía antígenos de la hepatitis B (materia de la enfermedad) extraídos de los individuos infectados con la enfermedad. Esta vacuna fue posteriormente retirada del mercado porque las vacunas derivadas de la sangre humana pueden transmitir virus imprevistos y potencialmente peligrosos. (Varios

56 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

estudios investigaron la probabilidad de que los destinatarios de la vacuna contra la Hepatitis B derivada del plasma hubiesen recibido vacunas contaminadas con el virus del VIH, un precursor del SIDA.)^{341,342} En 1986, la primera de varias vacunas diseñadas genéticamente (recombinante sintético) fue autorizada para su uso en la población general.

Conclusiones: Los grupos con mayor riesgo de contraer hepatitis B son usuarios de drogas intravenosas, prostitutas y hombres homosexuales sexualmente activos. Los bebés y niños rara vez desarrollan esta enfermedad. De hecho, menos del uno por ciento de todos los casos se presenta en niños menores de 15 años.³⁴³ En Norteamérica, Europa y Australia, los verdaderos portadores del virus representan sólo una décima parte del uno por ciento de la población.³⁴⁴

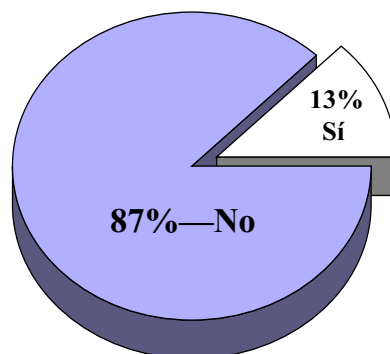
Los bebés nacidos de madres infectadas con hepatitis B tienen una mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad. Sin embargo, los niños tienen muy pocas probabilidades de contraer la hepatitis B si la madre no está infectada. Las mujeres embarazadas pueden ser revisadas en busca de la enfermedad, si les preocupa esto.³⁴⁵

Los estudios afirman que la vacuna contra la hepatitis B proporciona inmunidad frente a la enfermedad durante cinco a diez años, pero esta conclusión contradice los datos. Por ejemplo, en un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine*, después de cinco años los niveles de anticuerpos (que presuntamente se correlacionan con la inmunidad) se redujeron drásticamente o ya no existían en el 42% de los receptores de la vacuna. Además, 34 de los 773 pacientes (¡4,4%!) se infectaron con el virus.^{346,347} En otro estudio, menos del 40% de los que recibieron la vacuna tuvieron niveles de anticuerpos protectores después de cinco años.³⁴⁸ Un estudio similar mostró que el 48% de los receptores de la vacuna tuvieron niveles de anticuerpos insuficientes después de sólo cuatro años.³⁴⁹ De hecho, según la Organización Mundial de la Salud, hasta el 60% de los adultos perderá todo anticuerpo detectable a la vacuna contra la hepatitis B en un lapso de 6 a 10 años.³⁵⁰ La literatura médica contiene otros estudios de casos que documentan las fallas de la vacuna.^{351,352}

En 1991, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomendaron que todos los niños recibiesen la vacuna contra la hepatitis B. Hoy en día, la mayoría de los estados exige la vacuna. Sin embargo, las encuestas realizadas en las revistas médicas indican que

Figura 18:

**La vacuna contra la hepatitis B:
¿Los médicos piensan que es necesario?**



Copyright © NZM

Las encuestas de las publicaciones médicas indican que hasta el 87% de los pediatras y los profesionales relacionados no creen que sus pacientes recién nacidos necesiten la vacuna contra la hepatitis B. Fuente: *Pediatrics* 1993; 91:699-702. *Journal of Family Practice* 1993; 36:153-57.

hasta un 87% de los pediatras y médicos de familia no creen que sus pacientes recién nacidos requieran esta vacuna (Figura 18).^{353,354} Sin embargo, debido a que los grupos de alto riesgo son difíciles de alcanzar, o han rechazado esta vacuna, y ya que los niños son “accesibles”, muchos ahora reciben la serie completa desde el nacimiento. Debido a la menguante eficacia o a la inmunidad parcial, los niños mayores se ven obligados a recibir dosis de refuerzo también.

Las autoridades a menudo afirman que los empleados hospitalarios son propensos a contraer y propagar la hepatitis B. Ellos usan esto como una justificación para exigir la aplicación de la vacuna. Sin embargo, en un estudio realizado a 624 trabajadores de la salud, el riesgo de contraer la hepatitis B se asoció con la frecuencia del contacto con la sangre, pero no se correlacionó con la frecuencia del contacto con los pacientes. Los autores concluyeron en que los trabajadores de la salud pueden inmunizarse naturalmente en lugar de infectarse a través de la exposición continua a niveles bajos de hepatitis B.³⁵⁵

58 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Las reacciones adversas tras la aplicación de vacunas contra la hepatitis B derivadas del plasma y de recombinantes sintéticos se han observado en la literatura científica. Entre las reacciones se encuentran la diabetes, la esclerosis múltiple, síndrome de Guillain -Barré, parálisis de Bell, Parálisis de Rolf, neuropatía del plexo braquial y ocular, neuritis óptica, desmielinización del sistema nervioso central, reticulopatía lumbar, mielitis transversa, reacciones autoinmunes, púrpura trombocitopénica, anafilaxia, artritis, fiebre, dolores de cabeza, dolor, vómitos, vértigo, herpes zóster, y convulsiones. Muchas de estas reacciones se produjeron tras una sola dosis de la vacuna.³⁵⁶⁻³⁷¹

Esta sección contiene informes sobre reacciones adversas no solicitadas asociados con la vacuna contra la hepatitis B. Son típicos de los e-mails diarios recibidos por el *Thinktwice Global Vaccine Institute*.³⁷²

“Nuestra hija nació sana, pero permitimos que recibiera la vacuna contra la hepatitis B y a los tres años de edad empezó a tener convulsiones. Después de una semana en el hospital local infantil, rodeada de los mejores médicos y enfermeras nos dijeron que había sufrido un accidente cerebrovascular”.

“Soy madre de tres niños de seis y cuatro años y uno de casi siete meses. Pero el problema con mi familia es que ya no tenemos a nuestro bebé de siete meses. Hemos perdido a nuestro querido bebé cuando tenía casi dos meses. ¡Falleció tras recibir una sola dosis de la vacuna contra la hepatitis B”!

“Mi hijo recibió la vacuna contra la hepatitis B. A los pocos días tuvo síntomas de resfriado y de gripe. Rápidamente se convirtió en una fiebre alta con ronchas rojas que picaban en todo el cuerpo, con dolor en las articulaciones e inflamación severos. Fue hospitalizado a los 10 días de la inyección. Ahora se le ha diagnosticado artritis reumatoide juvenil y se encuentra tomando varios medicamentos. Antes de la inyección era un niño muy sano, activo que practicaba deportes”.

“Después de que la enfermera inyectara a mi hija de 11 años de edad, con la segunda dosis de la vacuna contra la hepatitis B, esta se levantó, casi se tropieza en la habitación de al lado, y cayó de bruces al suelo. La levanté sin saber lo que había pasado y cuando la levanté ella estaba inánime y luego su cuerpo empezó a temblar. Fue muy aterrador. Ella se había desmayado y cuando cayó al suelo su barbilla estaba sangrando y le pusieron seis puntos de sutura. El doctor dijo que ella sólo se había desmayado, pero me preocupa el modo en que tembló. Tengo muchísimo miedo de inyectarla por tercera vez”.

Una Guía de Inmunización para Padres 59

“Mi hija de 14 años tuvo una reacción tóxica a sus vacunas contra la hepatitis B. Antes de las vacunas, mi hija compitió en la Olimpiada Nacional Júnior y siempre ha sido una alumna brillante. Esto ha cambiado. Actualmente padece fatiga crónica, mareos, pérdida de memoria y dolor en las articulaciones. La hemos sometido a una serie de evaluaciones médicas. Ella presenta signos de enfermedad auto-inmune. La recomendación es tratarla con fármacos inmunosupresores o gammaglobulina intravenosa. Se trata de su vida. Estoy muy preocupado. Me rompe el corazón Escribo esto con lágrimas en los ojos. Por favor, ayúdenme”.

“Desde que recibí la vacuna de la hepatitis B he experimentado debilidad y pesadez en las piernas, entre otros síntomas. He visto a varios doctores y me he sometido a muchas pruebas para determinar cuál era mi problema. Caigo en la categoría de los síntomas similares a los de la esclerosis múltiple”.

“Me vi obligado a recibir la vacuna contra la hepatitis B, ya que mi trabajo me pone en un alto riesgo. En un primer momento experimenté síntomas extraños, luego se desarrolló esclerosis múltiple”.

VARICELA

La varicela es una enfermedad contagiosa causada por un virus. El nombre técnico de este virus es la varicela-zoster, un miembro de la familia del virus del herpes. La varicela es considerada por muchos expertos como una enfermedad de la infancia relativamente inofensiva.³⁷³ Entre los síntomas se encuentra la fiebre, secreción nasal, dolor de garganta, y un sarpullido con picazón en la piel que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. La erupción y la enfermedad por lo general desaparecen después de una o dos semanas. La enfermedad confiere inmunidad permanente, el niño no la contraerá de nuevo.

Una vacuna contra la varicela ha estado disponible desde la década de 1970, pero las autoridades se mostraron reacias a conceder licencias y promoverla, porque la enfermedad no suele ser peligrosa y confiere inmunidad de por vida. Sin embargo, en 1995 la vacuna contra la varicela fue licenciada para su uso en los EE.UU. y se ha añadido a la lista de obligatoria en varios estados.

Conclusiones: La varicela puede causar picazón y molestias durante unos días. Los problemas graves son poco frecuentes. De hecho, antes de la introducción de una vacuna contra la varicela, los médicos solían

60 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

recomendar la exposición de su hijo al virus y los padres organizaban fiestas de varicela porque las tasas de complicación aumentan cuando la enfermedad es contraída por adolescentes o adultos.³⁷⁴ Cada año, de los millones de personas que contraen esta enfermedad, aproximadamente 50 mueren por complicaciones relacionadas.³⁷⁵ Muchas de ellas se encuentran en los adultos que no tuvieron varicela de niño o en niños previamente enfermos con sistemas inmunitarios ya debilitados por otras enfermedades, como el SIDA, leucemia, o cáncer.³⁷⁶

Antes de la concesión de licencias de la vacuna contra la varicela, un importante estudio concluyó en que una campaña nacional de vacunación contra la varicela desplazaría la distribución por edades de los casos de varicela de los niños, que no son propensos a experimentar problemas con esta enfermedad, a los adolescentes y adultos, que tienen mayores tasas de complicación.³⁷⁷ Sin embargo, esto no impidió que las autoridades autorizaran y exigieran esta vacuna, ya que EE.UU. podría ahorrar cinco veces lo que gastaría en esta aplicación al evitar los costes incurridos por las mamás y los papás que se quedan en casa para cuidar a sus hijos enfermos.³⁷⁸

Las tasas de eficacia de la vacuna contra la varicela no se han establecido de forma fiable. La vacuna no es eficaz en niños menores de 12 meses, y en todos los ensayos de pre- autorización algunos niños vacunados contrajeron la varicela.^{379,380} Los fracasos de la vacuna y / o el desarrollo de una erupción prácticamente indistinguible a la de la varicela, dan cuenta de muchos reclamos documentados (e indocumentados) asociados a esta vacuna.³⁸¹⁻³⁸³ De acuerdo con un informe de la FDA, aproximadamente 1 de cada 10 niños vacunados desarrollan enfermedad tras la exposición a la varicela.³⁸⁴ Las cifras reales son peores, porque algunas personas no reportan sus reacciones, y porque los niños vacunados que contraen herpes o alguna otra enfermedad como consecuencia de la vacuna no figuran como beneficiarios de una vacuna ineficaz o fallida.

Cuando la vacuna contra la varicela fue autorizada por primera vez, los prospectos de un fabricante de vacunas contra la varicela contenían una advertencia de que las personas vacunadas podían transmitir el virus de la vacuna a los contactos cercanos, y que los receptores de la vacuna debían evitar contacto estrecho con personas de alto riesgo susceptibles, tales como los recién nacidos, las mujeres embarazadas, y personas inmunodeprimidas.³⁸⁵ Un estudio reciente publicado en el *Journal of Pediatrics* confirmó que los niños vacunados pueden transmitir la

Una Guía de Inmunización para Padres 61

enfermedad.³⁸⁶ Los datos federales recientemente publicados incluyen numerosos casos de estas “exposiciones no intencionales”. Como resultado, el CDC y FDA tuvieron que admitir que puede haber “transmisión secundaria” del virus.³⁸⁷ Hoy en día, las etiquetas del producto para la vacuna contra la varicela advierten sobre una “transmisión secundaria” del virus de la vacuna como un conocido efecto adverso.^{388,389} En otras palabras, los niños vacunados con la vacuna de la varicela son móviles portadores del virus y pueden contagiar esta enfermedad altamente contagiosa de todas las personas susceptibles con las que entran en contacto.

La FDA y los CDC estudiaron recientemente 6.574 informes de reacciones adversas a la vacuna contra la varicela y publicaron sus conclusiones en la revista de la American Medical Association.³⁹⁰ He aquí un resumen de sus conclusiones: Las reacciones adversas de los receptores de la vacuna contra la varicela se produjeron a una tasa de 67.5 informes por cada 100.000 dosis vendidas. Aproximadamente el cuatro por ciento de los informes describe “reacciones adversas graves”. Por definición de la FDA, reacciones graves se refieren a muertes, eventos que amenazan la vida, hospitalización, discapacidad persistente o significativa, y otros incidentes de importancia médica. Por ejemplo, los datos analizados en esta revisión incluyeron numerosos casos de trastornos neurológicos, daño del sistema inmunológico, trastornos de la sangre, inflamación del cerebro, convulsiones y muerte.³⁹¹

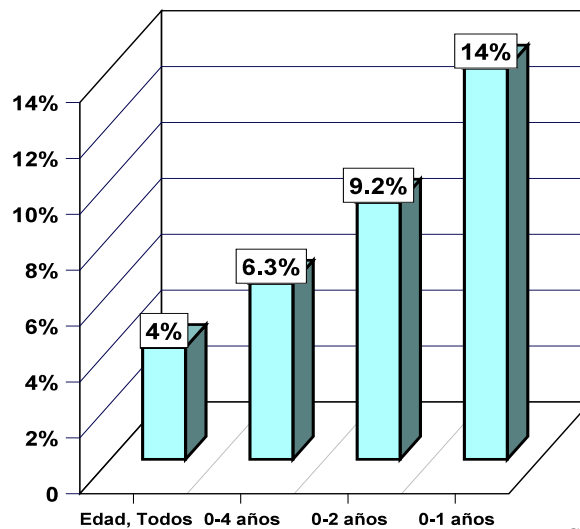
Si tomamos el análisis de la FDA en su valor nominal, las reacciones graves a la vacuna contra la varicela golpearon a un ritmo de cuatro por ciento. Esto incluye a las víctimas de todas las edades sin embargo, los niños de hasta cuatro años de edad tuvieron reacciones graves a una tasa del 6,3%, los niños de hasta dos años de edad tuvieron reacciones graves a una tasa del 9,2%, y los niños vacunados (por error) entre el nacimiento y el primer año de vida tuvieron reacciones graves a una velocidad impresionante de ¡14%! (Figura 19)³⁹²

Las conclusiones de la FDA y los del CDC incluyeron historiales de casos. Por ejemplo, un niño de 18 meses de edad, sano sin antecedentes de alergia o cualquier evento adverso postvacunal previo antes de recibir la vacuna contra la varicela (y otras), fue admitido en la unidad de cuidados intensivos cuatro días después con un bajo recuento de plaquetas. “Comenzó a sangrar por la boca... y murió dos días después de una hemorragia cerebral”.

62 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 19:

Las adversas reacciones graves: Vacuna contra la varicela



Copyright © NZM

Los índices de reacciones adversas severas (entre ellos los numerosos casos de trastornos neurológicos, los daños al sistema inmunológico, los trastornos en la sangre, la inflamación cerebral, las convulsiones y el fallecimiento) sufrieron un dramático incremento en grupos de jóvenes que recibieron la vacuna contra la varicela. Fuente: *JAMA*, 13 de Septiembre de 2000.

Otro niño sin convulsiones previas tuvo un ataque tres días después de recibir la vacuna contra la varicela. Tras una segunda dosis un mes después, reaccionó con dos convulsiones tónico-clónicas. Los investigadores llegaron a la conclusión de que “La re exposición positiva de este paciente a la actividad convulsiva aumenta la sospecha de que la vacuna contra la varicela puede ser más que un factor de coincidencia en las observaciones de convulsiones posvacunales”.³⁹³

Las conclusiones de la FDA y los CDC también incluyeron numerosos informes de personas vacunadas que desarrollaron herpes zóster, o una erupción cutánea dolorosa que puede durar varias semanas. Esta afección puede ocurrir una y otra vez, meses o años después de la vacunación.

Una Guía de Inmunización para Padres 63

Una vez que el virus de la varicela se inyecta en el cuerpo, permanece allí indefinidamente y puede reactivarse cuando la inmunidad declina. Según el Dr. Dennis Klinman del Centro para Evaluación e Investigación Biológica de la FDA, y autor de un estudio del año 2000 publicado en la revista *Nature Medicine*, la reactivación de la infección latente puede ocurrir después de la vacunación con el virus vivo atenuado de la varicela zoster (vacuna contra la varicela). “A medida que la inmunidad declina, el virus latente se despierta”.^{394,395} Estudios previos, incluyendo uno publicado en el *New England Journal of Medicine*, ya demostraron este vínculo entre la vacuna de la varicela y el herpes zoster.^{396,397}

Se puede contar con información adicional sobre el herpes inducido por la vacuna en las siguientes historias personales típicas del correo electrónico no solicitado que recibe el *Thinktwice Global Vaccine Institute*:

“Tomé la tonta decisión de vacunar a mi hija contra la varicela. A los pocos días tuvo un brote de viruela. Ahora, un año más tarde, tiene otro brote pero no puedo convencer al médico ya que ella es supuestamente inmune debido a la inyección”.

“Mis gemelos fueron inmunizados con la vacuna contra la varicela. Desde que recibieron la vacuna, han tenido una erupción recurrente que se parece a la varicela. En primer lugar, apareció tres días después de la vacunación. Nada funciona para el tratamiento de las protuberancias. Las protuberancias se concentran en un área, típico del herpes. Nuestros médicos lo niegan, así que básicamente sólo tenemos que lidiar con esto. Ojalá nunca los hubiese vacunado contra la varicela. Mis otros hijos contrajeron varicela naturalmente y nunca padecieron daño alguno. Por favor pasen esta carta a otros que están considerando esta vacuna para que puedan tomar una mejor decisión”.³⁹⁸

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (HIB)

El *Haemophilus influenzae* tipo b, o Hib (sin relación con la gripe), es una infección bacteriana grave que puede causar meningitis, neumonía, inflamación de la garganta y otras complicaciones de la enfermedad. El Hib se transmite a través de los estornudos, la tos y las secreciones de una persona infectada. El tratamiento consiste principalmente en antibióticos administrados por vía intravenosa. También se pueden requerir terapia de oxígeno y otras tácticas médicas.

64 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

En 1985, la primera de varias vacunas contra el Hib fue autorizada para su uso en los EE.UU. Esta vacuna no fue eficaz en niños menores de dos años, por lo que se recomendó de forma rápida para todos los niños de dos años o mayores. Aunque el 75% de todos los casos de Hib ocurren antes de los dos años.³⁹⁹⁻⁴⁰³ De 1987 a 1990, se autorizaron varias nuevas vacunas conjugadas contra el Hib. Para 1991, se recomendó el uso de vacunas contra el Hib en bebés a partir de los dos meses.⁴⁰⁴⁻⁴⁰⁶

Conclusiones: Durante los años 1970 y 1980, se produjeron de 16.000 a 20.000 infecciones por Hib por año en los EE.UU.^{407,408} En casi la mitad de los casos se produjo Meningitis (inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal).⁴⁰⁹ Alrededor del 25% de todos los infecciones por Hib causó pérdida auditiva, problemas neurológicos o neumonía.⁴¹⁰⁻⁴¹² La inflamación de la garganta representó casi el 15% de los casos.⁴¹³ La tasa de mortalidad fue de alrededor de cuatro por ciento.⁴¹⁴⁻⁴¹⁵

Las infecciones por Hib se produjeron a un ritmo mucho menor durante los años 1940 y 1950. De hecho, las tasas de Hib subieron un 400% entre 1946 y 1986⁴¹⁶⁻⁴¹⁸ —un período que coincidió con el uso masivo de la vacuna DPT. Varios factores parecen implicar a esta vacuna de combinación altamente reactiva.⁴¹⁹⁻⁴²³ A comienzos de la década de 1990, las tasas se desplomaron con sólo 329 casos de Hib en niños estadounidenses menores de cinco años de edad en 1994, 259 casos en 1995 y 144 casos en 1996 y 1997 combinados.⁴²⁴⁻⁴²⁶

El sesenta por ciento de todos los casos de Hib ocurren en niños menores de 12 meses de edad, el 90% ocurre en niños menores de cinco años.⁴²⁷ Los indios nativos americanos, los niños esquimales, los afroamericanos y los niños de familias de bajo nivel socioeconómico se encuentran todos en mayor riesgo de contraer Hib.⁴²⁸⁻⁴²⁹ En los EE.UU., los niños afroamericanos tienen cuatro veces más probabilidades de contraer Hib que los niños blancos.⁴³⁰

Los niños están en riesgo de contraer la enfermedad del Hib tras vacunarse contra esta enfermedad. Los médicos han sido advertidos por el CDC de que se pueden producir casos después de la vacunación, antes de la aparición de los efectos protectores de la vacuna.⁴³¹ Los estudios advierten acerca de una susceptibilidad aumentada a la enfermedad durante los primeros siete días después de la vacunación.⁴³² La Academia Americana de Pediatría ha advertido a los médicos que deben buscar signos de la enfermedad en los niños después de la vacunación.⁴³³ De

Una Guía de Inmunización para Padres 65

hecho, varios estudios hallaron que los niños vacunados contra el Hib tienen hasta seis veces más probabilidades que los niños no vacunados contra la enfermedad, a contratar esta Hib durante la primera semana tras la vacunación.⁴³⁴⁻⁴³⁸ En un estudio de niños que contrajeron el Hib al menos tres semanas después de la vacuna, más del 70% desarrolló meningitis.⁴³⁹ Otras investigaciones han confirmado que los niveles de anticuerpos disminuyen en lugar de aumentar inmediatamente después de vacunarse contra el Hib.^{440,441} —aún con las nuevas vacunas conjugadas contra esta enfermedad⁴⁴²—lo que pone al niño en mayor riesgo de una enfermedad invasiva.

Esta es la carta de una madre angustiada que confirma un aumento de la susceptibilidad a la enfermedad tras la vacunación:

“Mi hija nació sana y estaba progresando muy bien. Entonces recibí un recordatorio de la vacuna en el correo. Hice una cita, se las apliqué y una semana más tarde, mi hija estaba muerta. El informe de la autopsia declaró: *Haemophilus influenzae*. Ella no estaba enferma de ninguna manera, pero ahora mi bebé está muerto. Ellos siguen diciendo que no puede suceder algo así, pero ¿qué más pruebas necesitan? Mi bebé murió de la enfermedad contra la que se suponía que lo estaba inmunizando”.⁴⁴³

Las vacunas contra el Hib se dan a menudo simultáneamente con otras vacunas. Algunas compañías farmacéuticas que combinan la vacuna Hib con la vacuna DTaP. Por lo tanto, cuando un niño tiene una reacción adversa a la vacuna, a menudo es difícil determinar qué componente de la vacuna (o de las varias vacunas administradas simultáneamente) fue el responsable. Sin embargo, la literatura médica contiene numerosos informes que confirman probables correlaciones entre la vacuna Hib y dolencias graves, incluyendo síndrome de Guillain-Barré, mielitis transversa (parálisis de la médula espinal), meningitis aséptica, enfermedad neumocócica invasiva, trombocitopenia (disminución de las plaquetas sanguíneas dando lugar a una hemorragia interna), eritema multiforme, fiebre, erupción cutánea, urticaria, vómitos, diarrea, convulsiones, convulsiones y síndrome de muerte súbita del lactante.⁴⁴⁴⁻⁴⁵¹

La vacuna contra el Hib también puede relacionarse con las nuevas epidemias de diabetes. Los fuertes aumentos de la diabetes mellitus insulino-dependiente han sido registrados en los EE.UU., Inglaterra y otros países europeos después de las campañas de inmunización masiva con la vacuna contra el Hib.^{452,453} En un estudio publicado en el *British*

66 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Medical Journal, más de 200.000 niños finlandeses se dividieron en tres grupos.^{454,455} El primer grupo no recibió dosis alguna de la vacuna contra el Hib. El segundo grupo recibió una dosis de la vacuna contra el Hib (a los 24 meses de edad). El tercer grupo recibió cuatro dosis de la vacuna contra el Hib (a los 3, 4, 6, y 18 meses de edad). En las edades de siete y diez, se anotó el número total de casos de diabetes tipo 1 en los tres grupos.

Resultados: A los siete años, hubo 54 casos más por cada 100.000 niños, en el grupo que recibió cuatro dosis de la vacuna contra el Hib, en comparación con el grupo que no recibió dosis, un 26% de aumento.^{456,457} A los diez años, hubo 58 casos más por cada 100.000 niños en el grupo que recibió cuatro dosis de la vacuna contra el Hib, en comparación con el grupo que no recibió dosis (Figura 20).⁴⁵⁸ En base a una tasa anual de nacimiento de unos 4 millones de niños, sólo en los EE.UU. esto se traduce en 2.300 casos adicionales (y evitables) de diabetes cada año.⁴⁵⁹ (Cada caso de diabetes insulino dependiente tiene un costo estimado de más de \$1 millón en gastos médicos y pérdida de productividad).⁴⁶⁰ Por el contrario, se espera que la vacuna contra el Hib prevenga contra un número mucho menor de discapacidades graves.⁴⁶¹ Estas cifras muestran diferencias significativas y según algunos expertos que analizaron los datos, se sostiene una relación causal entre la vacuna contra el Hib y la diabetes tipo 1.⁴⁶² Además, “el riesgo incrementado de diabetes en el grupo vacunado supera el riesgo reducido esperado de complicaciones por meningitis producto del Hib”.⁴⁶³ Así, estos expertos emitieron una advertencia al público de que, en su estimación, “el riesgo potencial de la vacuna supera el beneficio potencial”.⁴⁶⁴

Las historias personales de los padres en cuestión confirman que la vacuna puede ser más perjudicial que beneficiosa:

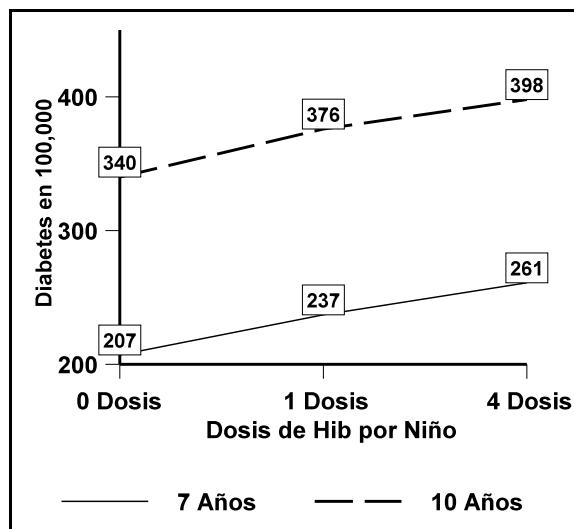
“Tengo un hijo que fue diagnosticado con diabetes seis meses después de su primera vacuna. Dos de sus amigos también fueron diagnosticados seis meses después de su primera vacuna contra el Hib. No hay antecedentes de diabetes en ninguna de estas familias”.

“Nuestra hija de 10 años de edad, hija fue diagnosticada con diabetes unos meses después de recibir su vacuna contra el Hib”.

“Mi hija recibió una vacuna contra el Hib unos meses antes de ser diagnosticada con diabetes tipo 1”.⁴⁶⁵

Figura 20:

La vacuna contra Hib y aumento de la diabetes Precios



Se compararon más de 200.000 niños vacunados y no vacunados contra la Hib. Un grupo no recibió dosis; el otro grupo recibió una dosis; el tercer grupo recibió cuatro dosis contra la Hib. De los 7 a los 10 años, el número de casos de con diabetes tipo 1 en los tres grupos coincidió. Entre los niños de 7 años, hubo 54 casos más cada 100.000 niños en el grupo que recibió cuatro dosis de la vacuna contra la Hib vs. El grupo que no recibió ninguna dosis sufrió y hubo un incremento del 26 %. Entre los niños de 10 años, hubo 58 casos más cada 100.000 niños en el grupo que recibió cuatro dosis vs el grupo que no recibió ninguna dosis. Según algunos expertos, el riesgo potencial de la vacuna excede el beneficio potencial. Fuente: *British Medical Journal*, 23 de Octubre de 1999.

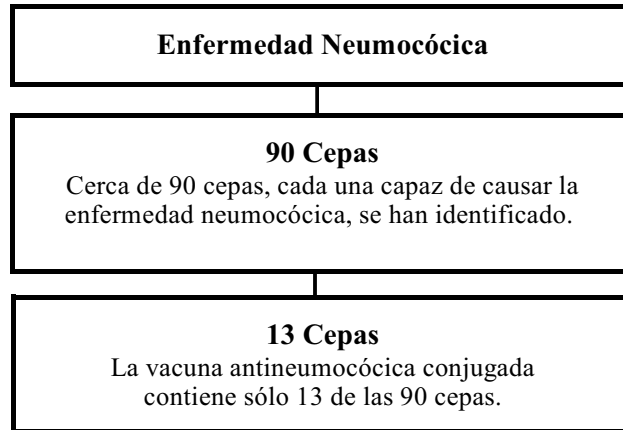
Copyright © NZM

ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA

El *Streptococcus pneumoniae*, o la enfermedad neumocócica, es una enfermedad bacteriana grave que puede causar meningitis, neumonía, infecciones del oído, sinusitis y bacteriemia (infección de la sangre).

68 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 21:



La vacuna neumocócica conjugada contiene solo 13 de las casi 90 cepas neumocócicas capaces de causar enfermedades neumocócicas. Fuente: Información del envase del fabricante de la vacuna.

Copyright © NZM

El patógeno neumocócica se compone de aproximadamente 90 cepas diferentes, incluyendo los serogrupos 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 18C, 19A, 26, 51, 54, 68, y así sucesivamente.^{466,467}

Una vacuna que contiene 23 cepas del microbio neumocócico ha estado disponible durante muchos años. Las autoridades la recomiendan a personas mayores y niños de alto riesgo mayores a dos años.^{468,469} Aunque los estudios muestran que es ineficaz para prevenir infecciones.⁴⁷⁰⁻⁴⁷²

En 2010, la FDA aprobó la nueva vacuna Prevnar 13 para niños menores de seis años.⁴⁷³⁻⁴⁷⁴ Esta contiene sólo 13 de las aproximadamente 90 cepas neumocócicas más 125 mcg de aluminio y se administra como una serie de cuatro dosis a partir de los dos meses de edad (Figura 21).⁴⁷⁵

Conclusiones: La mayoría de los niños sanos no está en riesgo de esta enfermedad. De hecho, según el Informe sobre el Informe del Libro Rojo de la Comisión de Enfermedades Infecciosas publicado por la Academia Americana de Pediatría, “[Las infecciones neumocócicas en niños] tienen más probabilidades de ocurrir cuando existen factores predisponentes, incluyendo deficiencia de inmunoglobulina, enfermedad

Una Guía de Inmunización para Padres 69

de Hodgkin, inmunodeficiencia congénita o adquirida (incluyendo el VIH), síndrome nefrótico, algunas infecciones virales de las vías respiratorias superiores, disfunción esplénica , esplenectomía y trasplante de órganos”.⁴⁷⁶

La eficacia del predecesor discontinuado de esta vacuna se evaluó en base a un estudio en el que los bebés inyectados con Prevnar 7 se compararon con bebés inyectados con otras vacunas.^{477,478} Nunca se llevó a cabo un verdadero estudio controlado que comparaba bebés vacunados con el neumococo con bebés no vacunados.

En términos prácticos, será casi imposible decir qué tan bien funciona la vacuna neumocócica ya que su eficacia sólo se determina en base a su protección contra la enfermedad bacteriana causada por el número limitado de cepas incluidas en la vacuna. Esta vacuna no protege contra la enfermedad neumocócica causada por ninguna de las varias docenas de otras cepas de *Streptococcus pneumoniae*. Esta vacuna tampoco protege contra las infecciones bacterianas causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) o meningococcus.⁴⁷⁹

Esta vacuna antineumocócica conjugada es relativamente nueva. Nadie sabrá a ciencia cierta qué tan segura (o insegura) hasta que haya sido probada en millones de niños. Según la Academia Americana de Pediatría (AAP), “los datos disponibles sugieren que la PCV7 (Prevnar7) puede llegar a ser entre la vacuna más reactogénica de las que se usan en la actualidad”.⁴⁸⁰

En los prospectos producidos por el fabricante de la vacuna, se enumeran varias reacciones adversas que se produjeron tras ensayos de la vacuna. Aunque el fabricante no admite una relación causal entre la vacuna y muchas de estas reacciones, los padres que están considerando esta vacuna pueden desear sopesar las consecuencias. Tales reacciones incluyen: asma, convulsiones, neumonía, diabetes, enfermedades autoinmunes, infecciones del oído, neutropenia, trombocitopenia, sibilancias, crup y síndrome de muerte súbita del lactante.⁴⁸¹

Las historias personales confirman un probable vínculo a reacciones adversas.⁴⁸²

“Mi bebé de 6 meses de edad recibió Prevnar hace dos días. Ella vomitó esa noche. El sitio de la inyección está muy inflamado. Se parece a una quemadura [y] tiene un gran nódulo debajo de él... que se extiende desde el sitio como un dedo”.

70 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

“Mi hijo de 10 meses de edad, recibió Prevnar hace cuatro días. Desde entonces, ha estado vomitando y desarrolló una erupción en su cuerpo. No voy a dejar que reciba la vacuna de nuevo”.

“Mi hija de 12 meses de edad, acaba de recibir Prevnar [y otras vacunas]. Ella vomitó durante tres horas y tuvo diarrea. Mi bebé fue ingresado en el hospital y se le diagnosticó neumonía”.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

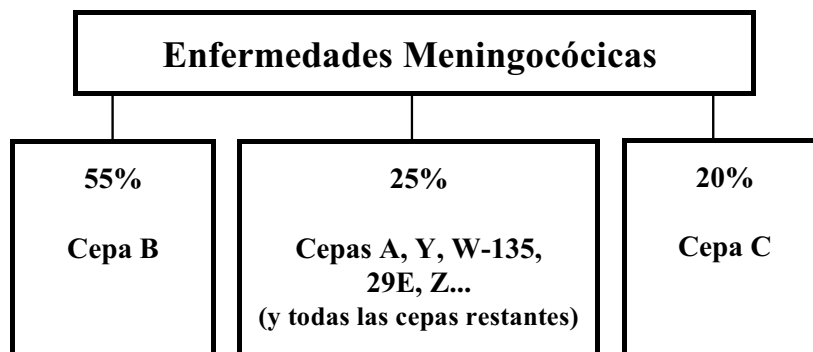
La *Neisseria meningitidis* o enfermedad meningocócica, es una enfermedad bacteriana grave que puede causar meningitis y meningococcemia o septicemia (envenenamiento de la sangre). El patógeno meningocócico consiste en al menos 13 cepas diferentes, incluyendo los serogrupos A, B, C, Y, W-135, 29E, y Z.⁴⁸³ El serogrupo C (alternativamente referido como *Meningococcus C*, MenC, o Meningitis C), representa aproximadamente el 20% de todos los casos de enfermedad meningocócica en los Estados Unidos y el 40% de todos los casos en el Reino Unido (Figura 22).^{484,485}

Por lo menos tres nuevas vacunas meningocócicas fueron recientemente desarrolladas y recomendadas para bebés desde los dos meses.

Conclusiones: Los bebés menores de un año de edad corren el mayor riesgo de contraer meningococo. Los niños de 1-5 años son el grupo de riesgo más alto que le sigue. Los adolescentes de entre 15 y 19 son más susceptibles a esta enfermedad también.⁴⁸⁶ En 1998, Australia informó 421 casos de la enfermedad, Canadá tuvo sólo 126 casos y Japón hizo sólo seis notificaciones.⁴⁸⁷ En los Estados Unidos se ha reportado brotes de enfermedad meningocócica del grupo C.⁴⁸⁸ El CDC estima que entre 100 y 125 casos de meningitis se producen entre los estudiantes universitarios de Estados Unidos cada año y causan de 5 a 15 muertes.⁴⁸⁹ Sin embargo, no se hace mención del patógeno específico (un virus, Hib, neumococo, o meningococo) responsable de estos casos estimados de meningitis, ni el CDC presenta la documentación para confirmar sus métodos para hacer tales estimaciones. El Departamento de Salud británico admite que la infección meningocócica es relativamente rara, que afecta aproximadamente a 5 de cada 100.000 personas al año en el Reino Unido.⁴⁹⁰

Nadie puede saber a ciencia cierta qué tan segura es la vacuna contra el meningococo hasta después que se haya encontrado en el mercado durante varios años. Una hoja de datos producida por el Departamento

Figura 22:



El 80% de todas las enfermedades meningocócicas en Estados Unidos son causadas por los serogrupos que no son de cepa C. Fuente: Vademecum, 53^a edición.

Copyright © NZM

de Salud británico afirma rotundamente que la vacuna no ha producido efectos adversos.⁴⁹¹ Sin embargo, menos de un año después de iniciada una campaña nacional de vacunación contra la meningitis C, el Comité Británico de Seguridad de Medicamentos (CSM) había recibido 7742 informes de tarjeta amarilla de “efectos adversos sospechosos” tras la administración de esta vacuna, incluyendo al menos 12 fallecimientos.⁴⁹² El gobierno británico trató de convencer al público de que la mayoría de las muertes fueron causadas por síndrome de muerte súbita del lactante.⁴⁹³

La vacuna contra la meningitis C está diseñada para proteger contra la enfermedad bacteriana causada por la cepa C del patógeno C del meningococo, sólo el 20% de todos los casos en los EE.UU. y el 40% en el UK.⁴⁹⁴ La vacuna no contiene la cepa B del meningococo, la causa más frecuente de la enfermedad (Figura 22).⁴⁹⁵ Tampoco es posible que esta vacuna proteja contra la enfermedad bacteriana causada por el neumococo, haemophilus influenzae tipo b, o cepas atípicas de nueva aparición.⁴⁹⁶ Por lo tanto, cuando una persona se vacuna y aun así contrae la enfermedad bacteriana, será difícil determinar si la vacuna ha fallado o si la enfermedad fue causada por la vacuna, por otra cepa, o por un patógeno bacteriano completamente diferente.

La siguiente experiencia tipifica las posibilidades: Cuando estaba en la secundaria mis padres me vacunaron contra la meningitis. Tras la

72 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

vacunación, terminé en el hospital con una infección grave que atacó todas las áreas de mi sistema. Mis padres me dijeron que durante los dos primeros días que estuve hospitalizado ni siquiera los reconocía. Los médicos me realizaron una punción lumbar. Este procedimiento implicó la congelación de mi sección media para poder insertar una aguja grande en la boca de mi médula espinal para extraer fluido para la prueba. Su diagnóstico fue de meningitis. Permanecí hospitalizado durante tres semanas. No querían considerar siquiera que mi vacunación contra la meningitis podría haber causado mi enfermedad que fue casi fatal.⁴⁹⁷

La posición de la Academia Americana de Pediatría es que “la vacunación universal [con la vacuna meningocócica] no es necesaria”.^{498,499} El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización federal llevó a cabo un análisis económico de la vacunación para todos los estudiantes universitarios y se determinó que no es probable que sea rentable para la sociedad en su conjunto porque el riesgo general de la enfermedad meningocócica entre los estudiantes universitarios es bajo y los estudiantes de primer año de la universidad se encuentran sólo en un riesgo modestamente incrementado de enfermedad meningocócica en relación con otras personas de su edad.⁵⁰⁰

HEPATITIS A

La hepatitis A es una enfermedad hepática contagiosa transmitida generalmente a través de agua o alimentos contaminados. Los síntomas pueden ser similares a la gripe, con fiebre, escalofríos y fatiga. La ictericia es común. En 1995, una vacuna contra la hepatitis A fue autorizada en los Estados Unidos.

Conclusiones: Según el CDC, la incidencia global de la hepatitis A ha disminuido en los Estados Unidos durante las últimas décadas, principalmente como resultado de mejores condiciones higiénicas y sanitarias.⁵⁰¹ A principios de 1990, se reportaban unos 12.000 casos cada año en los EE.UU.⁵⁰² Los signos y síntomas suelen durar menos de dos meses.⁵⁰³ La recuperación completa es típica.⁵⁰⁴ Sin embargo, el CDC estima que en los EE.UU. cerca de 100 personas mueren cada año producto de la enfermedad.⁵⁰⁵ Aun así, la tasa de letalidad entre las personas de todas las edades con hepatitis A aguda es sólo 0.3% (menos de un tercio del uno por ciento).⁵⁰⁶ Más del 70% de todas las muertes por hepatitis A se producen en adultos mayores de 50 años de edad.⁵⁰⁷

Una Guía de Inmunización para Padres 73

Los grupos con mayor riesgo de contraer hepatitis A son las personas que viajan a regiones del mundo donde la enfermedad es endémica, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y usuarios de drogas intravenosas. Los niños no se encuentran entre los grupos de mayor riesgo.⁵⁰⁸ Sin embargo, las autoridades creen que “la vacunación infantil de rutina es la manera más efectiva de reducir la incidencia de hepatitis A en todo el país”.⁵⁰⁹ En otras palabras, los niños serán sometidos a todos los riesgos potenciales de un vacuna cuestionable, con poco beneficio propio, como parte de una estrategia global de inmunización para proteger a grupos de alto riesgo, cuyos miembros son de difícil acceso o que pueden optar por rechazar la vacuna.

La vacuna de hepatitis A se propaga en los “fibroblastos humanos” originados a partir de tejido fetal abortado. Contiene formaldehído (un conocido carcinógeno), hidróxido de aluminio, y 2-fenoxietanol, una sustancia química tóxica comparable a un anticongelante.⁵¹⁰

La vacuna contra la hepatitis A está ahora amparada por el Programa Nacional de Compensación de Daños por Vacunas. Muchos efectos adversos graves relacionados con la vacuna se han reportado al fabricante. Estos incluyen: anafilaxia, síndrome de Guillain-Barré, neuropatía del plexo braquial, mielitis transversa, encefalopatía, meningitis, eritema multiforme, y esclerosis múltiple.⁵¹¹ Además, el Sistema de Informe de Efectos Adversos producto de las Vacunas (VAERS), operado por el CDC y la FDA, recibe numerosos informes de Síndromes aneurológicos, hematológicos y autoinmunes vinculados con esta vacuna.⁵¹²

La duración de la protección “se desconoce en la actualidad”.⁵¹³ Además, el período de incubación (el tiempo entre la exposición y la aparición de los síntomas) de la hepatitis A puede ser de 50 días. Por lo tanto, cuando un niño recibe la vacuna y contrae la enfermedad poco después, la vacuna no se implicado como defectuosa o causal. En cambio, el niño va a ser culpado de albergar a una condición preexistente.⁵¹⁴

VIRUS RESPIRATORIO (VRS)

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la causa más común de bronquiolitis y neumonía en lactantes y niños menores de un año de edad.⁵¹⁵ También provoca enfermedades respiratorias graves en los ancianos.⁵¹⁶ El RSV es muy contagioso. Los síntomas son inicialmente similares a los de la gripe común y luego empeorar cuando la persona infectada desarrolla fiebre, sibilancias y dificultad para respirar. La mayoría de los niños saludables se recupera en una o dos semanas.^{517,518.}

74 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Sin embargo, durante su primera infección por VRS, el uno por ciento de los bebés requerirá hospitalización.⁵¹⁹ Algunas personas mueren a causa de complicaciones producto de la enfermedad.⁵²⁰

El tratamiento de la infección grave por VRS es principalmente de apoyo: terapia de oxígeno, hidratación y nutrición.⁵²¹ No existe aún una vacuna. Los investigadores se han visto obstaculizados por la naturaleza mutable del organismo, y los tempranos intentos [de desarrollo de una vacuna] han logrado de hecho que la enfermedad empeorara generando una infección posterior.⁵²² Sin embargo, la FDA autorizó dos agentes preventivos. En 1996, Respigam, un tratamiento de inmunoglobulina a partir de plasma humano se lanzó al mercado.⁵²³ En 1998, Synagis®, un anticuerpo monoclonal producido en los genes humanos y de ratón, ingresó al mercado.^{524,525}

Conclusiones: En 1956, el virus respiratorio sincitial (VRS) fue descubierto en chimpancés.⁵²⁶ Según el doctor Viera Scheibner, que estudió más de 30.000 páginas de documentos médicos relacionados con la vacunación, los virus VRS generaron contaminantes prominentes en vacunas contra la polio y pronto se detectaron en los niños.⁵²⁷ Estos causaron síntomas graves parecidos a los del resfriado en lactantes y bebés que recibieron la vacuna contra la poliomielitis.⁵²⁸ En 1961, la *Revista de la Asociación Médica Americana* publicó dos estudios que confirman una relación causal entre el VRS y una enfermedad de las vías respiratorias inferiores relativamente grave.^{529,530} El virus fue encontrado en el 57% de los bebés con bronquiolitis o neumonía y en el 12% de los bebés con una enfermedad respiratoria febril leve. Los bebés infectados permanecieron enfermos durante tres a cinco meses.⁵³¹ El RSV también resultó ser contagioso, y pronto se extendió a los adultos, relacionándose con la gripe común.⁵³² En la actualidad, los niños que están en mayor riesgo de complicaciones graves por VSR son los lactantes nacidos prematuramente o con enfermedad pulmonar crónica, problemas del sistema inmunológico, trastornos neuromusculares, enfermedad cardíaca congénita, y otras condiciones preexistentes.⁵³³

Synagis se administra en una serie de cinco inyecciones mensuales, al comienzo y durante la temporada de VSR (generalmente Noviembre a Abril). Es muy costosa, cada inyección puede costar \$900 o más.⁵³⁴ Una madre denunció que se le cobró \$7.000 por una sola dosis y \$2600 por cada dosis subsiguiente. Su seguro no pagó.⁵³⁵

Synagis se encuentra indicada para la prevención de infecciones graves de las vías respiratorias inferiores provocadas por el VRS. Los estudios

Una Guía de Inmunización para Padres 75

demuestran que no alterará la incidencia ni la duración media de una hospitalización por enfermedad respiratoria no relacionada con el VRS ni tampoco impedirá infecciones del tracto respiratorio superior.^{536,537} De hecho, los estudios clínicos indican que los niños que recibieron Synagis son *más propensos* a experimentar infecciones de las vías respiratorias superiores que aquellos que no la recibieron.⁵³⁸ Además, algunos niños desarrollarán VRS a pesar de haber recibido Synagis. Los datos sugieren que sus enfermedades no serán menos severas que las de los niños que desarrollan VRS sin Synagis.⁵³⁹

En un estudio clínico controlado, se descubrió que Synagis aumenta la probabilidad de desarrollar otitis media (infección del oído), rinitis, faringitis, sarpullido, dolor y hernia.⁵⁴⁰ Otros eventos adversos informados en los niños que reciben este elemento biotecnológico “preventivo” del mercado son: fiebre, tos, sibilancias, bronquiolitis, neumonía, bronquitis, asma, laringitis, disnea, sinusitis, apnea, diarrea, vómitos, disfunción hepática, infección viral, dermatitis por hongos, eczema, seborrea, conjuntivitis, anemia, síndrome gripal y falta de crecimiento.⁵⁴¹

Más Vacunas

Las vacunas infantiles previamente cubiertas representan sólo algunas de las muchas que ya existen o se encuentran en las etapas de desarrollo. Por ejemplo, los científicos médicos están trabajando en vacunas contra el cáncer, el SIDA, las enfermedades venéreas, los venenos, toxinas ambientales, e incluso el resfriado común. Los científicos también están experimentando con una vacuna contra el embarazo, vacunas mestizas en nuestro suministro de alimentos, y una “súper vacuna” de liberación gradual que contiene materia de enfermedad de numerosos males remotos.^{542,543}

Si los principios detrás de la teoría de las vacunas son deficientes, las futuras vacunas probablemente están condenadas al fracaso también. Por ejemplo, según el Dr. Richard Moskowitz, las personas que más necesitan una vacuna contra el sida ya se encuentran “seriamente inmunocomprometidas”. Administrar una vacuna supresora a todo el mundo aumentaría las probabilidades de desarrollar el SIDA para los que ya están en alto riesgo. Esto debilitaría a la población también.^{544,545}

Este capítulo contiene información sobre el VPH, el rotavirus, el herpes zóster, vacunas contra el ántrax, la viruela y la gripe. También incluye una sección sobre las múltiples vacunas administradas simultáneamente.

76 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

VPH (Cáncer Cervical)

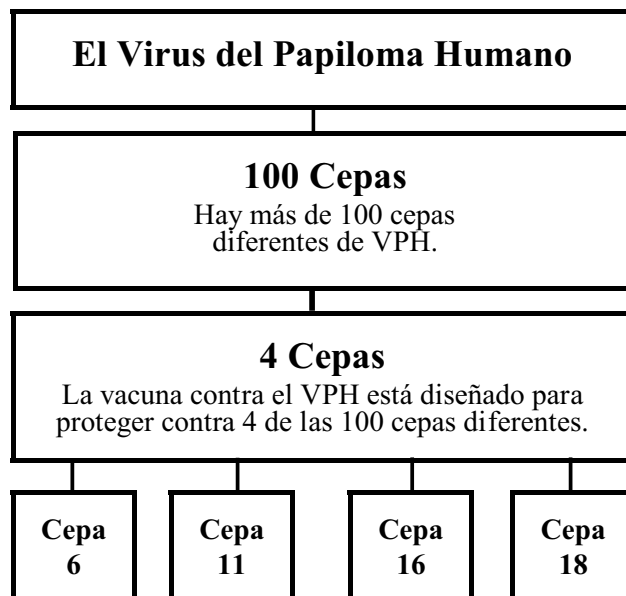
El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una enfermedad de transmisión sexual relativamente común que se contagia a través del contacto genital, u otro tipo de relaciones sexuales. Hay más de 100 subtipos de VPH. Algunas formas del virus pueden causar verrugas (papilomas), que pueden aparecer en el cuello uterino, la vagina o la vulva en una mujer. Otras formas del virus pueden causar el crecimiento de células anormales en el revestimiento del cuello uterino “displasia cervical” que más tarde puede convertirse en cáncer. Sin embargo, en más del 90% de los casos las infecciones son inocuas y desaparecen sin tratamiento. El propio sistema inmune del cuerpo expulsa el virus. A menudo, las mujeres no experimentan signos, síntomas o problemas de salud.^{546,547}

El 8 de Junio de 2006, la Food and Drug Administration de EE.UU. (FDA) aprobó una nueva vacuna contra el VPH “Gardasil” para las niñas y mujeres de 9 a 26 años de edad.⁵⁴⁸ Unas semanas más tarde, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) del CDC votó a favor de recomendar que todas las niñas de entre 11 y 12 años recibieran la nueva vacuna de Merck.⁵⁴⁹ Gardasil está diseñada para proteger contra cuatro de los más de 100 tipos de VPH diferentes (Figura 23).^{550,551} Se administra como una serie de tres dosis, cada una cuesta 120 dólares o \$360 para toda la serie completa de vacunas.⁵⁵²

Conclusiones: Las tasas de incidencia y de mortalidad de cáncer de cuello uterino han disminuido constantemente en los últimos 30 años. En 1975, 14,8 mujeres (de cada 100.000 personas en los EE.UU.) contrajeron la enfermedad y 5,6 (de 100.000) murieron a causa de ella. Para el año 2004, estas cifras se habían reducido en más de la mitad: una tasa de incidencia de 7,0 y un índice de mortalidad de 2.4.^{553,554} Estas cifras son aún más bajas en mujeres menores de 50 años de edad: una tasa de incidencia de 5,4 y una tasa de muerte de 1,3.⁵⁵⁵ Algunos expertos atribuyen esta tasa de mortalidad en declive al uso generalizado de la prueba de Papanicolaou, que detecta las anomalías del cuello uterino antes de tiempo. Cuando se detecta a tiempo, el cáncer invasor del cuello uterino es uno de los cánceres más exitosamente tratados.⁵⁵⁶⁻⁵⁵⁸

La edad promedio de las mujeres cuando se les diagnostica inicialmente cáncer de cuello uterino es de 48 años.⁵⁵⁹ Alrededor del 85% de todos los nuevos casos se presentan en mujeres de 35 años de edad y mayores. Más de la mitad de todas las muertes por cáncer de cuello uterino ocurren

Figura 23:



La vacuna contra el VPH, Gardasil, se creó para la protección contra 4 de las más de 100 diferentes cepas capaces de provocar infección por VPH. Las cepas 6 y 11 están asociadas con los genitales; las cepas 16 y 18 están asociadas con las lesiones premalignas. Fuente: Información del envase del fabricante de la vacuna.

Copyright © NZM

en mujeres de 55 años de edad y mayores. Son poco frecuentes los nuevos casos de cáncer cervical y de fallecimiento como consecuencia de él son poco frecuentes por debajo de la edad de 35 años y casi inexistente antes de los 20.^{560,561}

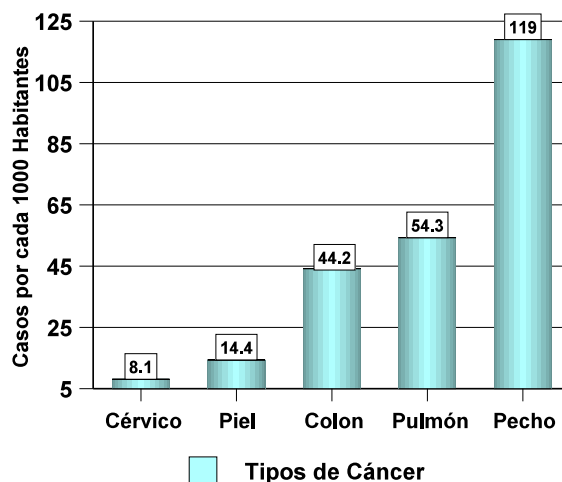
El cáncer cervicouterino no es tan común como otros tipos de cáncer. Por ejemplo, en 2003 se produjeron 14,4 casos de cáncer de piel por cada 100.000 habitantes, casi el doble de la tasa de cáncer de cuello uterino. Las tasas de cáncer de colon, cáncer de pulmón y cáncer de mama fueron aún mayores. De hecho, las mujeres tienen casi 15 veces más probabilidades de padecer cáncer de mama que cáncer de cuello uterino (Figura 24).⁵⁶²

Por la fecha de 1° de Enero de 2014, aproximadamente siete años después que la vacuna contra el VPH fuera autorizada en los Estados Unidos, 29.549 notificaciones de reacciones adversas sobre Gardasil

78 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Figura 24:

Comparación de tasas con otros tipos de cáncer



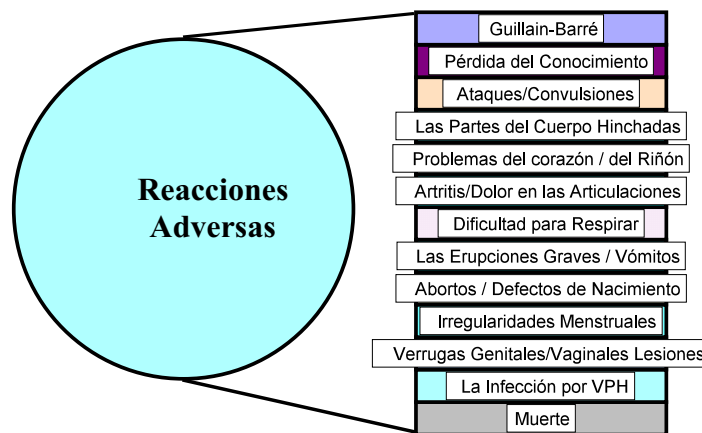
Fuente: CDC — EE.UU. Estadísticas sobre el cáncer.

Copyright © NZM

se presentaron con el gobierno federal, un promedio de 11 informes por día. A través de la Freedom of Information Act, se puso a disposición el contenido de estos informes.^{563,564} Según Tom Fitton de Judicial Watch, una organización de vigilancia del gobierno, “se leen como un catálogo de horrores”.⁵⁶⁵ En los informes de casos presentados a la FDA, 134 muertes se produjeron a partir de coágulos de sangre, enfermedades del corazón y otras causas. Además, muchos de los receptores de la vacuna contrajeron incapacidades graves de riesgo de vida, incluyendo el síndrome de Guillain-Barré, mialgia, parestesia, pérdida del conocimiento, convulsiones, ataques, hinchazón de partes del cuerpo, dolor de pecho, irregularidades cardíacas, insuficiencia renal, disturbios de la visión, artritis, dolor en las articulaciones, dificultad para respirar, erupciones cutáneas severas, vómitos persistentes, abortos involuntarios, irregularidades menstruales, complicaciones del aparato reproductor, verrugas genitales, lesiones vaginales e infección por VPH, la principal razón para vacunarse (Figura 25).⁵⁶⁶ Más de 10.000 adolescentes y jóvenes las mujeres fueron trasladadas al hospital producto de enfermedades debilitantes tras

Figura 25:

Reacciones Adversas: Vacuna contra el VPH



Fuente: Sistema de informe de reacciones adversas a las vacunas (VAERS) de la FDA.

Copyright © NZM

las aplicaciones de Gardasil. (Cabe señalar que, aunque los informes parecen implicar a la vacuna contra el VPH en una variedad de reacciones adversas, la causalidad definitiva no se ha establecido. Contrariamente, cabe señalar también que un estudio confidencial realizado por un fabricante importante de vacunas indicó que es probable un informe de efectos adversos “cincuenta veces menor”.⁵⁶⁷ En otras palabras, tal vez se reveló sólo el dos por ciento de todas las reacciones adversas. Por lo tanto, aproximadamente 1 millón de niñas adolescentes y mujeres jóvenes podrían haber resultado lesionadas por Gardasil durante el período de 7 años y medio entre el 8 de Junio de 2006 y el 1° de Enero 2014.) Aquí hay algunos informes de casos tomados directamente de la Vacuna Adverse Event Reporting System de la FDA (VAERS):⁵⁶⁸

277114: Una joven adolescente de 16 años de edad, se cayó, experimentó debilidad, pérdida de la sensibilidad en las extremidades y no pudo caminar después de recibir Gardasil. Su reacción adversa fue catalogada como una discapacidad grave, permanente y requirió una estadía prolongada en el hospital.

80 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

262242: Una niña de 14 años de edad, recibió Gardasil, perdió el conocimiento, cayó y se golpeó la nariz con un cajón. Fue trasladada al hospital producto de una fractura de su nariz.

277167: Un médico informó que su paciente adolescente femenina tuvo una convulsión casi inmediatamente después de recibir Gardasil. Sus ojos se pusieron en blanco. Ella requirió atención de emergencia.

275250: Un médico informó que su hija de 18 años de edad, recibió Gardasil. Tres días después, le comenzaron a doler sus piernas y sus rodillas y tobillos comenzaron a dolerle también. Ella no pudo asistir a la escuela porque ya no podía caminar normalmente y “caminaba como una anciana” con dolor en sus extremidades. Su condición fue reportada como una discapacidad grave y permanente que requirió atención hospitalaria.

274718: Una madre informó que después que su hija de 11 años de edad, fue vacunada con Gardasil, su próxima menstruación fue más abundante de lo normal, que duró seis días (en lugar de tres días). Además, fue muy espesa y con olor fétido.

274612: Una niña de 12 años de edad desarrolló un quiste ovárico que rompió diez días después de recibir la primera dosis de Gardasil. Su condición fue reportada como una discapacidad grave y permanente.

276147: Una adolescente de 15 años de edad sexualmente inactiva, desarrolló “lesiones en los labios” poco después de recibir la vacuna contra el VPH.

275705: Un ginecólogo informó que su paciente de 17 años de edad, desarrolló herpes genital simple severo y una “superinfección” tras haber recibido la vacuna contra el VPH. La paciente experimentó pústulas bulbares e inflamación vaginal. Esta condición se considera grave y la joven tuvo que ser hospitalizada.

276236: Una mujer de 24 años de edad, recibió su primera dosis de la vacuna contra el VPH. Diez días más tarde, desarrolló lesiones en la vagina, diagnosticadas como verrugas genitales.

La vacuna Gardasil está siendo promovida como “100% eficaz”. Sin embargo, esta es una evaluación engañosa de su verdadera capacidad de proteger contra el cáncer de cuello uterino. Los primeros estudios mostraron que Gardasil es eficaz frente a *sólo dos cepas de VPH que causan cáncer* (las incluidas en la vacuna).⁵⁶⁹ Los investigadores han identificado al menos 15 cepas generadoras de VPH que causan cáncer.⁵⁷⁰ Además, la vacuna sólo es efectiva contra estas dos cepas *en mujeres sin evidencia de exposición previa a estas dos cepas*.⁵⁷¹ La vacuna no previene la infección contra los tipos no vacunales de cepas de VPH que causan cáncer.⁵⁷² Tampoco tiene *ninguna eficacia* en mujeres que ya han

Una Guía de Inmunización para Padres 81

sido expuestas a las dos cepas generadoras de cáncer incluidas en la vacuna.⁵⁷³ De hecho, estas mujeres pueden tener un *mayor riesgo* de desarrollar cáncer cervical.⁵⁷⁴

ROTAVIRUS

El rotavirus es una causa común de diarrea y vómitos en los niños. Se presenta con mayor frecuencia en los meses de invierno. Los síntomas suelen durar de 3 a 8 días y pueden incluir fiebre y dolor abdominal. En la mayoría de los casos, el rotavirus es tan leve que los padres pueden cuidar a sus hijos en casa. Sin embargo, en casos graves se puede dar deshidratación y muerte. Más del 80% de todas las muertes por rotavirus ocurren en países pobres donde los bebés están desnutridos y hay acceso limitado a la atención médica avanzada. En los Estados Unidos, cerca de 20 muertes por año se atribuyen a esta enfermedad.⁵⁷⁵⁻⁵⁸² El tratamiento consiste principalmente en la prevención de la deshidratación administrando líquidos hasta que la enfermedad sigue su curso. En los casos graves, los vómitos frecuentes hacen que la hidratación oral sea ineficaz. Los niños que no pueden retener los líquidos corren el riesgo de morir de deshidratación y requieren la administración intravenosa de fluidos.⁵⁸³

El 3 de Febrero de 2006, la FDA aprobó una nueva vacuna RotaTeq con virus vivos administrada por vía oral contra el rotavirus para los lactantes menores de 32 semanas de edad.⁵⁸⁴ En Abril de 2008, Rotarix[®] fue aprobada.

Conclusiones: Más de 71.000 niños fueron evaluados en tres ensayos clínicos controlados con placebo que se utilizaron en última instancia para autorizar RotaTeq. Diarrea, vómitos, infecciones del oído medio, broncoespasmos y nasofaringitis fueron las reacciones adversas que ocurrieron en tasas estadísticamente más altas entre los bebés que recibieron la vacuna RotaTeq en comparación con los bebés que recibieron un placebo.^{585,586} Las convulsiones reportadas como reacciones adversas graves también ocurrieron en tasas más altas en los receptores vacunados. Por ejemplo, el doble de los bebés que recibieron RotaTeq (en comparación con los bebés que recibieron el placebo) tuvo convulsiones dentro de los siete días posteriores a cualquier dosis.⁵⁸⁷

El fabricante de la vacuna RotaTeq advierte a los padres a estar atentos a la posibilidad de invaginación intestinal (una obstrucción intestinal grave) en sus bebés después de la administración de esta vacuna: si su

82 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

hijo presenta dolor abdominal repentino, vómitos, sangre en las heces u otros cambios en sus deposiciones, puede ser una señal de un problema grave. Usted debe llamar al médico inmediatamente.⁵⁸⁸

La nueva vacuna contra el rotavirus está diseñada para proteger solamente contra cuatro cepas de rotavirus, pero se han identificado varias cepas. Por lo tanto, un niño puede recibir la vacuna contra el rotavirus y aun así infectarse con el rotavirus. En tales casos, todos los síntomas de rotavirus, incluyendo la diarrea severa y la deshidratación, son posibles.⁵⁸⁹ Esta vacuna tampoco lo protegerá contra la diarrea resultante de astrovirus, calicivirus o las muchas otras causas posibles.^{590,591}

CULEBRILLA

El herpes zóster (HZ), comúnmente conocido como culebrilla, es una reactivación del virus de la varicela (varicela zoster). El HZ solo puede ocurrir en personas que previamente estuvieron infectadas de varicela. Aunque la mayoría de las personas recupera su salud después de contraer varicela, el virus que causa la enfermedad nunca abandona el cuerpo. Cuando las personas envejecen, el virus puede reactivarse y reaparecer como culebrilla.^{592,593}

La culebrilla aparece como una erupción, o un conjunto de ampollas, en un lado del cuerpo. La erupción genera picazón, ardor, hormigueo y dolor. Por lo general, tiene una duración de dos a cuatro semanas. Sin embargo, una vez que esta fase inicial se termine, algunas personas padecen de una neuralgia postherpética grave, dolor del nervio debilitante que puede durar semanas, meses o años.^{594,595}

En 2006, la FDA aprobó la vacuna contra la culebrilla, Zostavax, para su uso en personas de 60 años de edad o más.⁵⁹⁶

Conclusiones: En el estudio clínico principal para justificar la concesión de licencias de la vacuna contra la culebrilla, se notificaron reacciones adversas y reacciones adversas graves con una frecuencia significativamente mayor en los receptores de la vacuna que en los receptores de placebo.⁵⁹⁷ Por ejemplo, un mayor número de receptores de la vacuna tuvo eventos cardiovasculares, incluyendo insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar.⁵⁹⁸ Infecciones respiratorias, trastornos respiratorios, trastornos de la piel, síndrome de la gripe, rinitis, astenia y diarrea, todos ocurrieron con más frecuencia también en el grupo que recibió la vacuna.⁵⁹⁹

Una Guía de Inmunización para Padres 83

De acuerdo con el fabricante de la vacuna, Zostavax es un 51% eficaz para reducir el riesgo de desarrollar herpes zóster en comparación con un placebo. Sin embargo, entre personas mayores de 70 a 79 años de edad, la eficacia se reduce a un 41%. La eficacia se desploma a un 18% en personas mayores de 80 años de edad o más.⁶⁰⁰

ÁNTRAX

El ántrax es una enfermedad bacteriana grave que afecta principalmente a los animales de sangre caliente, especialmente al ganado. Los seres humanos también se pueden infectar. La enfermedad es causada por la bacteria *Bacillus anthracis*, la cual produce esporas que pueden permanecer en estado latente durante años en el suelo y en los productos de origen animal, como el cuero, la lana, el pelo o los huesos.⁶⁰¹

El ántrax es raro; entre 1900 y 1976 solo se reportaron 18 casos del tipo inhalado en los Estados Unidos.⁶⁰² Sin embargo, los militares se vieron obligados a tomar una vacuna contra el ántrax. Es poco probable que las nuevas vacunas contra el ántrax proporcionen una sólida defensa contra agentes biológicos conocidos y es aún menos probable que proporcione una defensa contra los nuevos agentes genéticamente diseñados.⁶⁰³

VIRUELA

La viruela es una enfermedad altamente contagiosa causada por el virus *variola*. Por lo general se transmite por la inhalación de gotitas provenientes de la nariz y la boca de una persona infectada.⁶⁰⁴ La viruela también puede transmitirse a través de mantas, ropa de cama y prendas de vestir infectadas.⁶⁰⁵

Los síntomas comienzan 12 días después de la exposición al virus: fiebre, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor de espalda y dolores musculares. Se desarrolla un sarpullido en todo el cuerpo. Al comenzar la recuperación, la fiebre y otros síntomas disminuyen. Se forman cascaritas en las pústulas las cuales puede dejar cicatrices. La enfermedad generalmente confiere inmunidad permanente, la persona infectada no la contraerá de nuevo.⁶⁰⁶

Los medicamentos antivirales y otros medicamentos no sirven para reducir la duración o aliviar los síntomas de la viruela. El tratamiento se centra en proporcionar nutrición, aumentar la comodidad y reducir

84 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

las infecciones secundarias. Además, generalmente se aísla al paciente del público para prevenir la propagación del virus.⁶⁰⁷

Una vacuna contra la viruela, a menudo promovida como linfa pura vacuna, está disponible desde principios del siglo XIX.⁶⁰⁸ El Congreso recientemente liberó los fondos para que los fabricantes desarrollen y produzcan una nueva vacuna contra la viruela. Es probable que se haga a partir de un sustrato de células diploides (embrión humano) o de cultivos de células de tejidos animales.⁶⁰⁹⁻⁶¹²

Conclusiones: Durante el siglo XVIII, la viruela era común en toda Europa. En Suecia, entre 1774 y 1798, la tasa de incidencia anual varió de 3 a 10 casos cada 1.000 personas (alrededor de un medio por ciento a un uno por ciento de la población). En Londres, entre 1685 y 1801, el número de casos de viruela varió de 3 a 24 casos cada 1.000 personas (alrededor de un medio por ciento a cerca de 2,5% de la población). En Copenhague, entre 1750 y 1800, los casos de viruela variaron de 9 a 18 casos cada 1.000 (aproximadamente uno por ciento al dos por ciento de la población). Muertes viruela during este período fueron entre 1 por cada 5.000 casos y 4 por cada 1000 casos (Figura 26).^{613,614}

La viruela ya había dejado de infectar a las personas en más de 8 de 10 países en todo el mundo, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició una campaña vacunación en todo el mundo contra la viruela en 1967.⁶¹⁵ En ese momento, solo se notificaron 131.000 casos.⁶¹⁶ Sin embargo, las autoridades dan crédito a su iniciativa global con la eliminación de la enfermedad. Algunos historiadores médicos cuestionan la validez de esta afirmación. La plaga también infectó a millones de personas. Nunca se desarrolló una vacuna para esta enfermedad, aunque la misma desapareció.⁶¹⁷

Varios historiadores de renombre dan crédito a *múltiples* reformas de saneamiento y nutrición de actividades de salud pública con la reducción de la incidencia y gravedad de las enfermedades tempranamente problemáticas, como la viruela, la peste, la disentería, la escarlatina, la fiebre tifoidea y el cólera. A finales del siglo XVIII y principios del XIX, la etiología de la enfermedad era en gran parte desconocida y los criaderos de la enfermedad no fueron descubiertos.⁶¹⁸ Con el advenimiento de la revolución industrial, cantidades de personas dejaron el campo para buscar trabajo en las ciudades. Condiciones insalubres y de hacinamiento contribuyeron a la propagación de la enfermedad.⁶¹⁹ Las medidas de protección se aplicaron inconsistentemente ante las iniciativas comunitarias coordinadas de las autoridades de salud para: 1) limpiar las calles, los patios y los establos, 2) eliminar la basura, construir sistemas

Figura 26:

**Viruela en la Europa del siglo XVIII:
Tasas de incidencia anual**

<u>Ubicación</u>	<u>Años</u>	<u>Casos/1000</u>	<u>Población %</u>
Suecia	1774-1798	3-10	0,3-1,0
Londres	1685-1801	3-24	0,3-2,4
Copenhague	1750-1800	9-18	0,9-1,8

Viruela Muerto

Variada de 1 muerte por cada 5.000 casos (0,0002)
a 4 muertes por cada 1.000 casos (0,004).

Cada año en Europa durante el siglo 18, el número de casos de viruela varió de 3 a 24 casos por cada 1.000 personas (aproximadamente la mitad de un por ciento a 2.5% de la población). Muertes viruela during este periodo fueron entre 1 por cada 5.000 casos y 4 por cada 1000 casos. Fuente: *Annals of Internal Medicine* (15 de Octubre de 1997).

Copyright © NZM

de alcantarillado y disponer adecuadamente de los desechos humanos, 3) drenar los pantanos, las ciénagas y las aguas estancadas, 4) purificar el suministro de agua, 5) mejorar los caminos para que la comida pueda ser transportada rápidamente a las ciudades y distribuida en estado fresco y nutritivo.^{620,621}

A lo largo del siglo XIX, varios países establecieron leyes de vacunación obligatoria. En 1807, la vacunación fue declarada obligatoria en Baviera. En 1810, las inyecciones se volvieron obligatorias en Dinamarca.⁶²² Inglaterra ordenó la vacunación contra la viruela en 1853.⁶²³ Antes de la legislación de vacunación obligatoria, los brotes de viruela eran regionales y auto limitados. Las epidemias más graves se produjeron tras las inyecciones obligatorias. En Inglaterra, desde 1870 hasta 1872, después de más de 15 años de inmunizaciones y un índice de vacunación de un 98%,⁶²⁴ la mayor epidemia de viruela jamás registrada mutiló y mató a miles de personas. La mayor parte de la población había sido vacunada y revacunada.⁶²⁵ Según el Dr. William Farr, compilador de Estadísticas de la Secretaria General de Londres, “la viruela alcanzó su máxima mortalidad *tras* la introducción de la vacunación. La mortalidad promedio anual de

86 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

10.000 habitantes desde 1850 hasta 1869 se produjo a una tasa de 2,04, mientras que en 1871 la tasa de mortalidad fue de 10,24 y en 1872 la tasa de mortalidad fue de 8,33; y esto después de los esfuerzos más loables para extender la vacunación mediante decretos legislativos”.⁶²⁶

Otra corroboración de los fracasos de la vacuna proviene del Sr. Thomas Chambers, funcionario de salud de Londres: “De las 155 personas que ingresaron al Hospital de la Viruela en la parroquia de St. James, Piccadilly, 145 habían sido vacunados.” Los registros del hospital Marylevere indican que el 92% de los casos de viruela había sido vacunado. Un funcionario del hospital Highgate confesó: “De los 950 casos de viruela [en 1871], 870 (92%) habían sido vacunados.” Y los registros del hospital de Hempstead muestran que hasta el 13 de Mayo de 1884, de 2.965 admisiones por la viruela, 2.347 (79%) habían sido vacunadas.⁶²⁷

Las cifras fueron similares en muchos otros países donde se establecieron leyes obligatorias. Por ejemplo, en 1870 y 1871, más de un millón de alemanes contrajeron viruela después de que Alemania ejecutó la vacunación obligatoria; miles de personas murieron. El noventa y seis por ciento de las víctimas había sido vacunado.^{628,629} De acuerdo con el canciller alemán, las esperanzas depositadas en la eficacia del virus de la viruela bovina como preventivo de la viruela se desvanecieron por completo.⁶³⁰ De 1887 a 1889, un sinnfin de ciudadanos italianos contrajo viruela después de que Italia aplicó las inyecciones obligatorias; miles de personas murieron.^{631,632} Según el Dr. Charles Rauta, Profesor de Higiene y Materia Médica en la Universidad de Perugia, “Italia, es uno de los mejores países vacunados en el mundo... Durante 20 años antes de 1885, nuestra nación había sido vacunada en una proporción de un 98,5%... Las epidemias de viruela que hemos tenido [1887-1889] han sido tan terribles que nada antes de la invención de la vacunación podría igualarlas”.⁶³³ De 1886 a 1908, cientos de miles de ciudadanos japoneses contrajeron viruela después de que Japón aplicara inyecciones obligatorias cada cinco años; miles de personas murieron.⁶³⁴ Y en 1918 y 1919, la peor epidemia de viruela que se haya registrado en Filipinas se produjo después de que los EE.UU. tomaran el control de las islas y ordenaran la vacunación obligatoria. Toda la población había sido completamente vacunada; miles de personas murieron.^{635,636} Un informe de 1920 del Servicio de Salud de Filipinas señaló: “La epidemia de 1918 se ve a primera vista como un fracaso flagrante de la vacunación clásica”.⁶³⁷ Claramente, existe una correlación inversa entre el porcentaje de bebés vacunados y el número de muertes por viruela: cuanto mayor sea el número de vacunados, mayor será la pérdida. Las muertes a causa

Figura 27:

Las muertes por la viruela disminuyeron después de que la gente se negó a la Vacuna

<u>Períodos de Diez Años:</u>	<u>% de bebés Vacunados:</u>	<u>Muertes (Promedio Anual):</u>
1872-1881	96,5	3708
1882-1891	82,1	933
1892-1901	67,9	437
1902-1911	67,6	395
1912-1921	42,3	12
1922-1931	43,1	25
1932-1941	39,9	1

Fuente: Estadísticas oficiales de Inglaterra y Gales.

Copyright © NZM

de viruela se desplomaron después de que la gente comenzó a rechazar las inyecciones (Figura 27).⁶³⁸

Varios países prohíben la vacunación y promulgaron nuevas leyes para rescindir las regulaciones obligatorias. Por ejemplo, según el Secretario de la Junta de Gobierno de Dublín, Irlanda, el virus de la viruela obtenido de un ternero transmitiría esa enfermedad al ser humano y sería así una fuente fértil de propagación de la enfermedad, y, además, el operador estaría sujetos a enjuiciamiento según la ley que prohíbe la inoculación con viruela.⁶³⁹ A finales del siglo XIX, Australia abolió la vacunación obligatoria y reportó solo tres casos de viruela en 15 años.⁶⁴⁰

A lo largo de la historia de las vacunas contra la viruela, las personas inteligentes de todas las clases sociales se pronunciaron en contra de la empresa de vacunación no científica y peligrosa. Por ejemplo, el gran líder espiritual, Mahatma Gandhi, dijo una vez: “Hace años que soy un anti-vacunacionista confirmado... No tengo la menor duda en mi mente de que la vacunación es un proceso sucio que termina siendo perjudicial”.⁶⁴¹

Numerosos médicos y funcionarios de la salud a finales del siglo XIX y principios del siglo XX fueron fuertes opositores de las vacunas obligatorias.⁶⁴²⁻⁶⁴⁵

88 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

He practicado la medicina en Boston por 33 años. He estudiado la cuestión de la vacunación a conciencia durante 45 años. En cuanto a la vacunación como medida preventiva de enfermedades, no hay ni una pizca de evidencia a su favor. La inyección del virus en el torrente sanguíneo de las personas no previene la viruela, sino que tiende a aumentar sus epidemias y hace que la enfermedad sea más mortal. De esto tenemos pruebas irrefutables. En nuestro país (EE.UU.), la mortalidad por cáncer ha aumentado de 9 por 100.000 a 80 por 100.000 o un incremento completo de un 900% en los últimos 50 años, y ninguna cosa imaginable pudo haber causado este incremento, más que el envenenamiento universal de la sangre que ahora existe.

—*Dr. Charles E. Page, médico en Boston*

La vacunación no detiene la propagación de la viruela, ni la modifica en quienes la contrajeron después de ser vacunados. Pero sí inserta contaminación en sistema y, por lo tanto, contribuye a la propagación de la tuberculosis, el cáncer e incluso la lepra. Tiende a hacer que las epidemias sean más virulentas y más extensas. Hizo justo lo que la inoculación causó, la propagación de la enfermedad.

—*Dr. Walter M. James, medico en Philadelphia*

El cáncer era prácticamente desconocido hasta que la vacuna de la viruela comenzó a ser introducida. Tuve que tratar 200 casos de cáncer y nunca vi un caso de cáncer en una persona no vacunada.

—*Dr. W. B. Clark, médico en Nueva York*

Estoy convencido de que un 80% de estas muertes por cáncer son causadas por las vacunas [viruela] a las que han sido sometidos. También se sabe que causan enfermedades cardíacas graves y permanentes.

—*Dr. Herbert Snow, cirujano, London Cancer Hospital*

Erradiquen la vacunación y cortarán a la mitad la tasa de muertes or cáncer.

—*Dr. F. P. Millard, médico en Toronto*

Las vacunas son principalmente las responsables del aumento de esas dos enfermedades tan peligrosas, el cáncer y las enfermedades cardíacas.

—*Dr. Benchetrit, médico*

Estoy convencido de que el aumento del cáncer se debe a la vacunación.

—*Dr. Forbes Laurie, Director Médico del Metropolitan Cancer Hospital, Londres*

Una Guía de Inmunización para Padres 89

Estoy firmemente convencido de que la vacunación ha sido una maldición en lugar de una bendición para la raza. Cada médico sabe que las enfermedades cutáneas (incluyendo el cáncer) han aumentado en frecuencia, gravedad y variedad a un grado alarmante. La difusión generalizada de esta clase de enfermedades no está tan relacionada a ningún medio de transmisión como a la vacunación.

—*B. F. Cornell, M.D., médico*

He extirpado cánceres de brazos vacunados exactamente donde se inyectó el veneno.

—*Dr. E. J. Post, médico en Michigan*

No tengo duda alguna en afirmar que, a mi criterio, la condición de predisposición más frecuente para el desarrollo canceroso se infunde en la sangre por medio de vacunación y revacunación.

—*Dr. Dennis Turnbull, 30 años de investigación contra el cáncer*

Nunca en la historia de la medicina se ha producido una teoría tan falsa y tales suposiciones fraudulentas, tales resultados desastrosos y demoleedores como tras la práctica de la vacunación; es la última thule (extremidad) de charlatanería docta y carencias, y siempre le ha faltado la más mínima sombra de una base científica. Los temores de la gente se basan en los peligros de la viruela y la promesa de una prevención segura mediante la vacunación, hasta que casi todo el mundo civilizado se haya corrompido físicamente por su práctica.

—*Dr. E. Ripley, médico en Connecticut*

Ahora tengo muy poca fe en la vacunación, incluso en cuanto a la modificación de la enfermedad, y nada de fe como protección de epidemias virulentas. Personalmente, contraí la viruela menos de seis meses después de una vacunación más intensiva.

—*Dr. R. Hall Bakewell, Vacunador General en Trinidad*

La vacunación es la infusión de contaminar elementos en el sistema y, después de dicha contaminación, nunca se puede estar seguro de recuperar la antigua pureza del cuerpo. El consumo (tuberculosis) se da tras la vacunación, así de seguro como que el efecto se da tras la causa.

—*Dr. Alexander Wilder, profesor de patología, Medical College de Nueva York, EE. UU.*

Al observar la historia de la vacunación para la viruela, me asombro al enterarme de las terribles muertes a causa de la vacunación, que requirió

90 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

de la amputación de brazos y piernas, y causó el tétanos, la fiebre aftosa, la septicemia (envenenamiento de sangre) y la meningitis cerebro-espinal.

—Dr. R. C. Carter, médico

Varios estudios y declaraciones oficiales confirman que las vacunas contra la viruela eran peligrosas e ineficaces. Por ejemplo, en 1915 el Departamento de Agricultura de EE.UU. rastreó varias epidemias de fiebre aftosa a la vacuna de la viruela.^{646,647} En Julio de 1926, el *Journal of the American Medical Association* encontró correlación entre la vacunación contra la viruela y los trastornos neurológicos. Los autores señalaron: En regiones en las que no hay vacunación organizada en la población, la parálisis general es rara. En los pacientes con parálisis general... había siempre cicatrices de la vacunación.⁶⁴⁸ En Septiembre de 1926, *Lancet* publicó datos que confirman la encefalomiелitis tras las vacunas contra la viruela. Los autores declararon: No hay duda alguna de que la vacunación es un factor causal definitivo.⁶⁴⁹ En Octubre de 1926, *Lancet* reportó de nuevo numerosos casos de encefalitis tras la vacunación contra la viruela. Muchas de las víctimas murieron. Los autores concluyeron: La vacunación era un factor causal definitivo y no una coincidencia.⁶⁵⁰ Y en 1928, el *British Medical Journal* confesó que las personas vacunadas contra la viruela tenían cinco veces más probabilidades de morir de la enfermedad que las que no fueron vacunadas.^{651,652}

A finales de 1950 y 1960, varias publicaciones médicas y científicas, incluyendo al *British Medical Journal* and *Pediatrics*, documentaron numerosos casos de encefalomiелitis post-vacunación tras la vacunación contra la viruela. Las reacciones neurológicas variaron entre encefalitis a epilepsia, polineuritis, esclerosis múltiple y muerte. En algunas regiones del mundo, una de cada 63 personas vacunadas fue dañada por la inyección.⁶⁵³⁻⁶⁵⁹

En 1987, el *New England Journal of Medicine* informó sobre un recluta militar que contrajo SIDA después de haber sido vacunado contra la viruela. Los médicos que examinaron el caso escribieron: La inmunización principal contra la viruela de las personas con VIH subclínico plantea un riesgo de enfermedad inducida por la vacuna y varias vacunas pueden acelerar el progreso de la enfermedad del VIH. Este caso plantea una preocupación en cuanto a la máxima seguridad de vacunas basada en vaccinias en los países en vías de desarrollo, donde la infección del VIH está aumentando.⁶⁶⁰

Dos meses después, el *London Times* publicó un informe convincente indicando que la epidemia del SIDA pudo haber sido provocada por la campaña de vacunación masiva contra la viruela.⁶⁶¹ La exposición del *Times* fue escrita en respuesta a un consejo de un asesor de la Organización

Una Guía de Inmunización para Padres 91

Mundial de la Salud que fue asignado por la OMS para investigar la sospecha de que su ambicioso programa de vacunación en África había causado la epidemia del SIDA. El asesor de la OMS realizó su estudio, llegó a la conclusión de que la vacuna contra la viruela fue un desencadenante del SIDA y presentó su informe ante la OMS. Cuando enterraron su informe, se puso en contacto el *Times*.⁶⁶²

La mayor concentración de SIDA coincidió con las regiones donde el programa de vacunación de la viruela fue más intenso: Zaire, Zambia, Tanzania, Uganda, Malawi, Ruanda y Burundi. Brasil fue el único país sudamericano incluido en la campaña de vacunación y tuvo la mayor incidencia de SIDA en ese continente. Haití también tenía una alta incidencia de la enfermedad. Varios miles de haitianos estaban en una misión de las Naciones Unidas en África Central cuando la OMS realizó su campaña de vacunación masiva; ellos recibieron inoculaciones de viruela.^{663,664}

El asesor de la OMS le dijo al *Times*: Pensé que era una coincidencia hasta estudiamos los últimos descubrimientos sobre las reacciones que pueden ser causadas por la vacuna. Ahora creo que la teoría de la vacunación de la viruela es la explicación del SIDA.⁶⁶⁵ El Dr. Robert Gallo, reconocida autoridad sobre el SIDA, también acepta la posibilidad: He estado diciendo desde hace algunos años que el uso de vacunas vivas como las utilizadas para la viruela puede activar una infección latente como el VIH.⁶⁶⁶ Esto ha generado que algunos teman que un intento para controlar una enfermedad, la viruela, haya transformado a otra enfermedad, el SIDA, de una enfermedad endémica de menor importancia del tercer mundo en una pandemia actual.⁶⁶⁷

El 11 de Septiembre del 2001, 19 terroristas secuestraron cuatro aviones comerciales estadounidenses y los volaron contra edificios ocupados matando a unas 3.000 personas. Unas semanas más tarde, los bioterroristas enviaron por correo ántrax letal a los políticos y el personal los medios de comunicación de Estados Unidos. Centenares de personas fueron expuestas al germen; varias murieron.⁶⁶⁸⁻⁶⁷⁰ Estas acciones suscitaron la inquietud inmediata sobre cómo proteger a gente inocente de las amenazas biológicas. Sin embargo, a pesar de que funcionarios gubernamentales de salud han identificado varias enfermedades que podrían causar estragos si los terroristas distribuyeran con éxito los gérmenes, incluyendo el botulismo, el ébola, la tularemia y la peste,⁶⁷¹ las autoridades decidieron concentrar sus recursos en el desarrollo de una nueva y mejorada vacuna contra la viruela.

En Junio del 2001, tan solo tres meses antes del ataque terrorista, un equipo de especialistas en bioterrorismo, dirigido por el centro de la

92 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Universidad Johns Hopkins para los estudios de la biodefensa civil, desarrollaron/realizaron un ejercicio cifrado Dark Winter (infierno oscuro, en español) que simulaba un brote de viruela en Estados Unidos. Dentro de los dos meses después de que comenzó la epidemia, se infectaron tres millones de personas. Dark Winter terminó con el colapso del comercio interestatal, las personas peleando en las calles y la nación a punto de una ley marcial.⁶⁷² Sin embargo, al igual que en cualquier ejercicio teórico, las conclusiones se sacan en base a las suposiciones. Una suposición esencial era que cada persona con viruela infectaría al menos 10 personas y que esas 10 personas infectarían, cada una, al menos 10 personas más y así sucesivamente.⁶⁷³ Pero una investigación reciente del Centro de Control de Enfermedades (CDC, en inglés) publicado en *Emerging Infectious Diseases (Enfermedades Infecciosas Emergentes)* considera que esos índices de infección son completamente irreales. Los autores de la investigación del CDC buscaron información de numerosos brotes de viruela e informaron que, en promedio, menos de una persona se contagió de otra persona infectada. En todos los brotes, algunas personas infectadas no transmiten la enfermedad a otra persona. Los investigadores incluso presentaron evidencia de 12 personas no vacunadas que habían tenido contacto frente a frente con una persona infectada; ninguna de las 12 personas enfermó de viruela. Los investigadores del CDC concluyeron que la probabilidad de que el índice de transmisión promedio sea mayor a dos no puede demostrarse...^{674,675} Por lo tanto, el simulacro Dark Winter fue realmente defectuoso. Más allá de esto, los líderes de equipo instaron a las autoridades a que apoyen un incremento inmediato en la producción y entrega de vacunas contra la viruela.⁶⁷⁶

Los investigadores no tienen evidencia de que las nuevas vacunas contra la viruela causarían menos reacciones adversas que la vacuna anterior. Según Franklin Top, un experto en biotecnología que fue comandante del Instituto de Investigación del Ejército Walter Reed, la reactogenicidad A será un problema.⁶⁷⁷ Según el Dr. Frank Fenner, una de las autoridades más reconocidas en el mundo respecto de este tema, el riesgo de vacunación contra la viruela más común (en países con índices altos de VIH) significaría un peligro.⁶⁷⁸ Él no cree que volver a insistir con la vacunación proporcionará una solución sencilla. El Dr. Mark Buller, un virólogo que investiga tratamientos seguros contra la viruela en la Universidad de St. Louis, es aún más sincero: “Es más probable que voy a tener un accidente de camino al trabajo en lugar de obtener la viruela en mi vida”.⁶⁷⁹ Es posible que los científicos no pueden crear una vacuna para proteger contra cepas mutadas del virus. Ya existen docenas de cepas.⁶⁸⁰ Los terroristas podrían desarrollar

Una Guía de Inmunización para Padres 93

nuevas combinaciones del microbio variola y al mismo tiempo hacer que la vacuna sea ineficaz y que aquellas personas que la recibieron corran riesgos por reacciones adversas severas sin obtener el beneficio esperado.⁶⁸¹

El 23 de Octubre del 2001, el CDC reveló la nueva legislación propuesta: *Ley Modelo de Poderes de Salud en Emergencia de Estado (Model State Emergency Health Powers Act)*⁶⁸² que otorga a los oficiales de la salud pública y a los gobernadores de estado la autoridad para arrestar, vacunar, medicar y poner en cuarentena a cualquier persona que consideren en riesgo o una amenaza de propagación de enfermedades infecciosas.⁶⁸³ La policía local y el ejército de Estados Unidos, a modo de Guardia Nacional, haría cumplir la ley.^{684,685} Las leyes anteriores que permitían exenciones médicas, religiosas o filosóficas serían derogadas.⁶⁸⁶

El proyecto de ley propuesto también amenaza con el aprovechamiento de la propiedad privada por parte del estado, para controlar el acceso a las comunicaciones y limitar los recursos legales. De hecho, una vez que se declara la emergencia de salud pública, la Constitución de Estados Unidos, las Cartas de Derechos y las libertades civiles se suspenden. Además, esta legislación modelo exime al Estado, la policía, la milicia y las autoridades de la salud pública de cualquier responsabilidad sobre sus actos. Si un individuo que se opone a recibir la vacuna muere en el intento por vacunarla a la fuerza, los que llevan a cabo esta acción no pueden ser procesados.⁶⁸⁷

GRIPLE

La influenza, o gripe, es una infección respiratoria contagiosa causada por un virus. Generalmente aparece en invierno. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, secreción nasal, dolor de garganta, tos, dolor de cabeza, dolor muscular, fatiga y disminución del apetito. Normalmente, los cuadros mejoran en dos o tres días. El tratamiento consiste principalmente en dejar que la enfermedad continúe su curso. Los antibióticos no contrarrestan al virus de la gripe. A menudo, se recomienda reposo y beber mucho líquido.

La gripe puede tener complicaciones, como neumonía, en grupos de personas de alto riesgo, principalmente en pacientes mayores y con enfermedades cardíacas, respiratorias o con disfunciones renales, diabetes, anemia o sistemas inmunológicos comprometidos. En algunos casos, las complicaciones severas en personas de alto riesgo pueden llevar a la muerte.

Existen tres tipos principales de virus de la gripe. Cada tipo puede mutar, o cambiar, de año a año. Esto hace que sea difícil desarrollar inmunidad a la enfermedad.⁶⁸⁸ Así, todos los años, los funcionarios de salud producen

94 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

una nueva vacuna contra la gripe que contiene los tres tipos de virus de la gripe. Por ejemplo, durante la época de gripe de 2013-2014, las vacunas contra la gripe contenían A/California/7/2009 (H1N1), A/Victoria/361/2011 (H3N2) y B/Massachusetts/2/2012-like virus (B/Yamagata).⁶⁸⁹ La vacuna contra la gripe de 2007-2008 contenía cepas del virus A/Salomon Islands, A/Winscosin y B/Malaysia.⁶⁹⁰

Conclusiones: Para producir una vacuna contra la gripe, se inoculan embriones de pollo con los virus de la gripe esta mezcla se cultiva por varias semanas. Luego, cada cepa de gripe, se inactiva con formaldehído y se preserva con timerosal, un derivado del mercurio.^{691,692} Después, las tres cepas virales se combinan en una sola vacuna, que adquiere la licencia de la FDA y se distribuye mediante los fabricantes de vacunas. No se requieren pruebas científicas de grupos de control para verificar la seguridad y eficacia.⁶⁹³

Algunas reacciones normales a la vacuna de la gripe incluyen síntomas similares a los de la gripe que pueden extenderse varios días, fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga.^{694,695} Los doctores afirman que no es posible contraer la gripe mediante la vacuna contra la gripe. Pero esto contradice las experiencias vividas por muchas personas. Además, las vacunas se producen para estimular el sistema inmunológico al actuar como la enfermedad en cuestión.

Algunas reacciones severas a la vacuna de la gripe incluyen alergia a los componentes de la vacuna, que puede implicar riesgo de vida, y el síndrome de Guillen-Barré (GBS, en inglés), una enfermedad parálitica severa.⁶⁹⁶⁻⁶⁹⁹ El GBS puede aparecer varias semanas después de la vacunación y es mortal en 1 de cada 20 víctimas.⁷⁰⁰ Además de la GBS, numerosos estudios investigaron y/o documentaron otras reacciones adversas severas a la vacuna de la gripe, como la encefalopatía, la encefalitis de Bickerstaff, la polineuritis, la artritis y la trombocitopenia (un trastorno severo en la sangre).⁷⁰¹⁻⁷³⁶

El instituto *Thinktwice Global Vaccine Institute* recibe informes no solicitados de reacciones adversas a la vacuna de la gripe:⁷³⁷

“Me dieron la vacuna de la gripe en Noviembre y en Enero comencé a tener una erupción en todo el cuerpo. Siento dolor en el brazo que recibí la vacuna y en el cuello. Creo que la vacuna puede ser la causa de mis afecciones”.

“A mi esposa le diagnosticaron linfoma subcutáneo de células T después de recibir la vacuna de la gripe”.

Una Guía de Inmunización para Padres 95

“Un amigo que recibió la vacuna de la gripe el día lunes, enfermó al otro día. Después de varios exámenes los médicos le dijeron que no era una reacción a la vacuna de la gripe. Su diagnóstico fue mononucleosis reactivada, a pesar de que nunca antes había tenido mononucleosis. He escuchado a muchas personas convencidas de que jamás volverían a darse la vacuna contra la gripe. Ahora entiendo por qué”.

“La hermana de un conocido murió repentinamente antenoche. Tenía unos 40 años y no padecía afecciones. Ese día había recibido la vacuna de la gripe; volvió a su casa y dijo no sentirse bien. Murió esa noche, en su casa, sin aviso, más que repentinamente. ¿Podrían decirme si esto es una coincidencia poco usual o un patrón recurrente”?

“Necesito información para curar a un amigo que recibió la vacuna de la gripe hace cinco semanas y ahora sufre de dolor en los brazos, piernas y cuello, con parálisis. Los doctores no lo ayudan.”

“Mi abuela recibió la vacuna contra la gripe e inmediatamente contrajo neumonía severa. Estuvo tan grave que casi muere. Ahora continúa con dolor severo en las articulaciones desde que se aplicó la vacuna.”

“La tía de mi esposo, que gozaba de muy buena salud antes de darse la vacuna contra la gripe, enfermó después de dársela, estuvo cuatro semanas enferma y luego murió.”

“Dos semanas atrás, uno de nuestros pacientes murió tres días después de recibir la vacuna de la gripe. El día siguiente a la aplicación de la vacuna, su hija vino a nuestra clínica a pedir disculpas porque su madre no podía asistir a su cita con nosotros, ya que había tenido una reacción adversa a la vacuna contra la gripe. Esto sucedió el día viernes. El lunes siguiente, estábamos leyendo el obituario de esta adorable señora. No se reconoció que su fallecimiento fue consecuencia de la vacuna contra la gripe”.

Es complejo y poco fiable especificar los índices de efectividad de la vacuna contra la gripe, porque las cepas de la gripe cambian todo el tiempo. Según el CDC, en general, la efectividad de la vacuna varía de un año a otro, dependiendo del grado de similitud entre las cepas del virus de la gripe contenidas en la vacuna y la cepa o cepas que circulan durante la época de gripe.⁷³⁸ Además, a pesar de que muchos médicos y otras autoridades de salud sostienen que la vacuna contra la gripe no puede provocarla, el CDC reconoce que es posible que aquellas personas que recibieron la vacuna (contra la gripe) manifiesten una infección por gripe.⁷³⁹

Para comprender por qué las vacunas son tan problemáticas, es importante saber cómo las autoridades intentan controlar este virus impredecible. La producción de cada vacuna contra la nueva gripe, a distribuir en otoño, generalmente comienza en el mes de Enero. Lo tanto,

96 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

los funcionarios deben suponer un año antes qué cepas mutadas del virus de la gripe van a circular entre las personas.⁷⁴⁰ Si están en lo cierto, se cree que la vacuna puede tener un 35% de efectividad en la prevención temporaria para ese año en personas mayores.^{741,742} Si no están en lo cierto, como sucede a menudo, o las cepas que circulan vuelven a mutar entre Enero y finales de año, lo que es probable, la vacuna puede carecer de efecto alguno.^{743,744} Por ejemplo, en 1994, los expertos en gripe predijeron que las cepas Shandong, Texas y Panamá prevalecerían ese año, y entonces millones de personas recibieron vacunas contra la gripe que contenían estas cepas. Sin embargo, cuando llegó el invierno, las cepas en circulación eran las de Johannesburgo y Beijing. En 1995, los funcionarios de salud modificaron sus predicciones y crearon una vacuna contra la gripe que contenía las cepas de Texas, Johannesburgo y Beijing. Nuevamente, millones de personas recibieron la vacuna. Sin embargo, cuando llegó el invierno, predominó la cepa Wuhan.⁷⁴⁵ Durante la época de gripe de 1997-1998, los funcionarios una vez más tuvieron que admitir que la vacuna contra ésta no podía controlar los casos de gripe porque las cepas incluidas en la vacuna no correspondían con aquellas que en realidad circulaban ese año.⁷⁴⁶ La vacuna tuvo cero por ciento de efectividad (Figura 28).

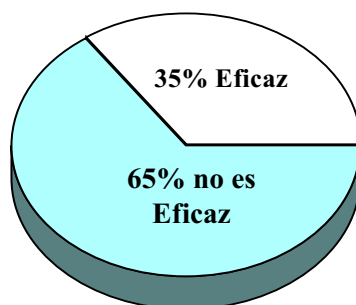
Más recientemente, la vacuna contra la gripe de 2003-2004 se produjo para contrarrestar la cepa Panamá. Sin embargo, durante la época de gripe de ese año prevaleció la cepa Fujian. Un estudio del CDC concluyó que la vacuna tenía baja efectividad, en el mejor de los casos.⁷⁴⁷ De hecho, las autoridades supieron varios meses antes que lo más probable era que la cepa Fujian prevaleciera ese año, y que su vacuna contra la gripe Panamá no sería efectiva para el control de dicha cepa. Por el contrario, atemorizaron a las personas y predijeron una época de gripe fatal para luego explotar a las masas con su vacuna de efectividad cero.⁷⁴⁸

Aun cuando existe una buena correspondencia entre las cepas virales en una vacuna contra la gripe y el virus de la gripe que circula ese año, la inmunidad provista por la vacuna no es a largo plazo, porque los niveles de anticuerpo comienzan a descender en meses y normalmente son bajos un año después de la vacunación.⁷⁴⁹ La inmunidad permanente a una cepa de gripe específica es posible solo si se contrae la enfermedad en forma natural. Se puede encontrar más evidencia respecto de índices de efectividad muy bajos de la vacuna contra la gripe en personas mayores en otras investigaciones.⁷⁵⁰⁻⁷⁵² Por ejemplo, en un brote de gripe que tuvo lugar en un hogar de ancianos de Minnesota, el 95% de los residentes y el 72% de los miembros del personal en contacto directo con pacientes, habían recibido la vacuna 4 a 8 semanas antes del brote. Las autoridades quedaron

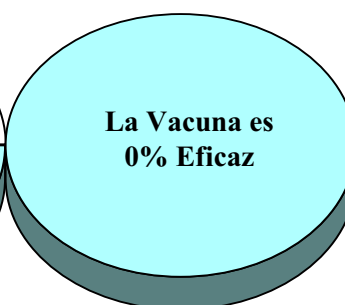
Figura 28:

Eficacia de la Vacuna contra la gripe en la Tercera Edad

Cuando cepas de la gripe de la vacuna es el mismo que las cepas en la Comunidad



Cuando cepas de la gripe en la vacuna no son las mismas que las cepas en la Comunidad



Copyright © NZM

Cada año, los profesionales de la salud deben adivinar que cepas de la gripe circularán en la sociedad. Cuando adivinan y su vacuna contiene cepas de la gripe que coinciden con la gripe en circulación, la vacuna tiene un 35 % de efectividad para prevenir la gripe de ese año en la tercera edad. Cuando no lo logran, la vacuna no proporciona protección contra la gripe. Fuente: Distintos *MMWRs* del CDC.

desconcertadas al enterarse de que la cepa viral aislada del brote era antigénicamente idéntica a la que contenía la vacuna. En otras palabras, la vacuna se correspondía perfectamente con el virus de la gripe que circulaba ese año, sin embargo, no resultó efectiva en absoluto. Los responsables de la investigación concluyeron que, a pesar de la vacunación generalizada, continúan ocurriendo brotes de gripe.⁷⁵³

Otros trastornos respiratorios, intestinales e infecciones en los oídos causadas por bacterias, afecciones causadas por virus de la gripe no incluido en la vacuna o por microorganismos asociados con distintas enfermedades, como resfriados, no se aliviarán mediante una vacuna anual contra la gripe. Cada vacuna contra la gripe está producida para proteger ante las tres cepas virales incluidas en la vacuna contra la gripe de ese año.

En Junio de 2003, FluMist, una vacuna contra la gripe de aplicación nasal, se aprobó para personas de 5 a 49 años, aunque los jóvenes y las personas de la tercera edad son los que corren más riesgos. Se esperan ventas anuales de hasta 1 millón de dólares.⁷⁵⁴ En Septiembre del 2004, el CDC

98 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

recomendó la vacuna contra la gripe inyectable para todos los niños de 6 meses de edad o más.⁷⁵⁵

En años anteriores, el CDC aconsejó firmemente a las personas de la tercera edad que recibieran vacunas contra la gripe anualmente. Recientemente, el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP, en inglés) aconsejó que todos los residentes de los hogares de ancianos y los miembros del personal reciban la vacuna contra la gripe anualmente.⁷⁵⁶ Las recomendaciones del ACIP normalmente derivan en coerción médica e inmunización obligatoria. Por ejemplo, un trabajador de la salud informó: “El hospital en el que trabajo desde hace 15 años está obligando a todos los empleados a que se apliquen la vacuna contra la gripe. No tenemos opción si queremos continuar trabajando. No estoy de acuerdo con esta medida. Están pisoteando mis derechos y libertades”.⁷⁵⁷

Más allá de que se obliga a los trabajadores de la salud a recibir vacunas contra la gripe anualmente para poder continuar trabajando, los estudios han demostrado que aunque los residentes de los hogares de ancianos y los miembros del personal reciban las vacunas, todos corren riesgo de contraer la enfermedad.⁷⁵⁸ A las personas de la tercera edad no les gusta que los obliguen e inyecten. Pero esto es exactamente lo que las autoridades piden. Muchos residentes de larga duración de los hogares de ancianos deben elegir entre la vacuna contra la gripe y encontrar un nuevo lugar para vivir y recibir atención. Incluso, en una encuesta reciente, cerca de 4 millones de personas de la tercera edad se rehusaron a recibir las vacunas de la gripe, *que eran gratuitas*.⁷⁵⁹ Y, a pesar de que los médicos quieren que las personas se apliquen la vacuna anualmente, las encuestas muestran que los médicos y las enfermeras son los que *menos* deciden aplicarse la vacuna. De hecho, más de dos tercios (aproximadamente 70%) de los médicos y las enfermeras NO reciben las vacunas anuales contra la gripe (Figura 29).⁷⁶⁰

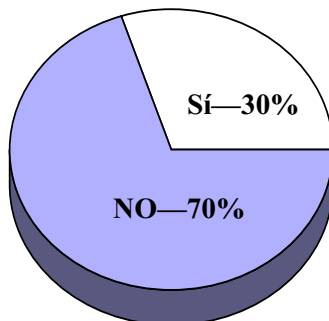
VACUNAS MÚLTIPLES

El calendario de vacunación actual sugerido es tan respetado que los médicos aplican varias vacunas en la misma visita al consultorio, a menudo con resultados desastrosos. Esta sección contiene informes no solicitados de reacciones adversas como consecuencia de la administración de varias vacunas simultáneamente. Estos informes son ejemplos típicos de correos electrónicos recibidos por el *Thinktwice Global Vaccine Institute*.⁷⁶¹

“Mi hijo recibió la vacuna contra la DTP y la vacuna Prevnar. La mañana siguiente tuvo varias convulsiones. Se ponía pálido y revoleaba

Figura 29:

La mayoría de los médicos y enfermeras no reciben la vacuna contra la gripe anual



A pesar de que los médicos quieren que las personas reciban anualmente la vacuna contra la gripe, las encuestas muestran que los médicos y las enfermeras se encuentran entre los que menos tienden a vacunarse. De hecho, casi el 70% de los médicos y las enfermeras no se aplican las vacunas anualmente. Fuente: Prensa asociada (9 de Octubre de 1997).

Copyright © NZM

sus brazos. Estaban rígidos y luego se sacudían. Fijaba su vista hacia adelante y no respiraba. Mi hijo solía decir mami y papi (antes de las vacunas). Ahora solo balbucea. Está muy por detrás en todas las áreas en las que se lo evaluó”.

“Mi hijo tuvo cinco convulsiones desde sus últimas vacunas (DTP, Hib y SPR). Al momento de recibir las vacunas estaba enfermo, pero se las aplicaron de todas formas, y me dijeron que no importaba. ¿Qué puedo hacer”?

“Después de recibir las vacunas contra la DTP, Hib, polio y hepatitis b, mi hijo comenzó con una tos persistente, luego neumonía y una infección en el oído. Esta infección continúa hasta el día de hoy desde hace casi seis semanas”.

“Mi hija se sentía bien hasta que recibió su segunda dosis contra la Hib y la DT. Después de esto enfermó y no podía comprender nada. Pasó de tener cinco meses y comunicarse con las personas a tener siete meses, ser retraída y silenciosa y no reconocer los elementos”.

“Yo experimenté una reacción muy severa a varias vacunas que recibí (MMR, hepatitis A, hepatitis B y fiebre amarilla) antes de viajar al exterior. Aun sufro a diario estos efectos de la enfermedad: fatiga, dolor en las articulaciones, agitación y disfunción cognitiva”.

100 **Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?**

“Luego de recibir las vacunas de los seis meses (DTP, polio oral y Hib) mi bebé padeció, según consideró el médico de guardia, una convulsión febril. Hasta ese momento se encontraba bien. Tres días después el médico dijo que tenía neumonía estreptocócica. Cuando no duerme, se retuerce y llora como si algo le doliera”.

“Mi hijo nació prematuro, solo 3 libras y 3 onzas al nacer. En el chequeo de los dos meses la enfermera dijo que necesitaba sus vacunas. Yo le dije que no estaba de acuerdo pero le aplicó cuatro vacunas. Nunca voy a olvidar la forma en que gritó. Menos de 24 horas más tarde, murió ¡y me acusaron por su muerte”!

“Mi hija de 1 año, que era saludable y llevaba una vida normal, recibió la vacuna contra la hepatitis B, la polio y la varicela. Al otro día, comenzó a vomitar y no se detuvo por dos horas. Se volvió completamente letárgica y terminamos en la guardia del hospital donde le suministraron fluidos por vía intravenosa para mantenerla con vida. Todo el personal médico me dijo que esto no podía ser una reacción a sus vacunas. ¿Ustedes que creen”?

Efectos a Largo Plazo

Se han producido varios intentos para descubrir los efectos a largo plazo por la inyección de proteínas externas y sustancias tóxicas en los cuerpos sanos de niños inocentes. De hecho, recién están comenzando las investigaciones enfocadas en las posibles correlaciones entre las vacunas, las enfermedades autoinmunes y los trastornos de origen neurológico (como la esclerosis múltiple, la parálisis cerebral, el síndrome Guillen-Barré, el cáncer y el SIDA). Por ejemplo, un investigador médico, el Dr. Richard Moskowitz, concluyó en que el proceso no natural de vacunación puede llevar a desacelerar a los virus que se desarrollan en el cuerpo. Esto puede derivar en las enfermedades crónicas más difíciles de curar del presente.⁷⁶² Además, observó que estas enfermedades podrían ser considerablemente más severas que las enfermedades de origen, comprometiendo estructuras más profundas y órganos más vitales.⁷⁶³ Otros investigadores han identificado un descenso de la resistencia del cuerpo proveniente de las vacunas. Nos advirtieron sobre la posibilidad de una propagación y de una desconocida disfunción del sistema inmunológico inducida por la vacuna además, observaron que este efecto generalmente es retrasado, indirecto y cubierto por su propio origen rara vez reconocido.⁷⁶⁴

El sistema inmune: Varios investigadores han observado que las vacunas solo engañan al cuerpo para que se enfoque en un solo aspecto (la producción de anticuerpos) de las muchas estrategias complejas e

Una Guía de Inmunización para Padres 101

integradas normalmente disponibles para el sistema inmunológico. Las enfermedades contraídas naturalmente se filtran mediante una serie de defensas del sistema inmunológico. Pero cuando se inyecta el virus de la vacuna directamente en el torrente sanguíneo del niño, accede a todos los grandes tejidos y órganos del cuerpo *sin la ventaja normal del cuerpo de una respuesta inmune completa*.⁷⁶⁵ Los anticuerpos (Linfocitos T) que sí responden a los gérmenes invasores de la vacuna se encargan de esos gérmenes y no pueden reaccionar ante otros desafíos para la salud del niño.^{766,767}

Las investigaciones indican que el sistema inmune inmaduro de un niño se estimula, fortalece y madura mediante la respuesta a desafíos *naturales*. Cuando el niño se expone a los microorganismos virales y bacteriales del medio ambiente, es probable que se desarrolle con normalidad el sistema inmunológico. Sin embargo, si el sistema inmunológico inmaduro se ve forzado a responder a un bombardeo de vacunas inyectadas directamente en el cuerpo, atravesando las defensas externas del sistema inmunológico, es posible que las maniobras de protección por parte del sistema inmunológico interno no sean suficientes. Cuando se limita la inmunidad natural y el sistema inmune se ve forzado a funcionar en forma no convencional, se duda de su habilidad para proteger al niño a lo largo de su vida.⁷⁶⁸

El sistema inmunológico está creado para ayudar al organismo a diferenciarse de todo lo externo y aquello que represente un riesgo para sí mismo. En condiciones naturales, el sistema inmune ataca a los gérmenes enemigos y los convierte en benignos. Pero los virus externos inyectados en el cuerpo se fusionan con las células sanas y continúan replicándose con esas células.⁷⁶⁹ Esto puede confundir al sistema inmunológico, que ya no puede diferenciar entre las afecciones que dañan y las que no dentro del cuerpo. Bajo estas circunstancias, el sistema inmunológico puede invadir sus propias células (cáncer) o ignorar todas las señales de peligro y dejar vulnerable al organismo ante cualquier número de enfermedades autoinmunes.⁷⁷⁰

Se realizaron autopsias para comparar la glándula timo (responsable de la producción de las células T protectoras) de adultos en países de escasa vacunación con adultos de Estados Unidos. Los investigadores descubrieron que en Estados Unidos, las glándulas timo comienzan a atrofiarse después de la pubertad. Se observó que el deterioro de las glándulas timo en los adultos era mínimo en los países de escasa vacunación. Las anomalías en la glándula timo se asocian con una variedad de enfermedades autoinmunes y enfermedades que producen tumores (por ejemplo, muchos tipos de cáncer, leucemia, lupus erimatoso y artritis reumatoide). Algunos investigadores

102 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

creen que los responsables de esta situación son los programas obligatorios generalizados de vacunación de niños.⁷⁷¹

Mutaciones genéticas: La vacuna contra la polio contiene cultivo de célula de riñón de mono y suero de ternera. Otras vacunas se preparan en el embrión del pollo. El riñón de mono, el suero de ternera y el embrión de pollo son materia biológica que contiene proteínas externas y está compuesta por células animales. Al ser inyectadas directamente en el torrente sanguíneo, pueden cambiar nuestra estructura genética.^{772,773}

Los virus (y vacunas virales) son agentes para la transferencia de impresiones genéticas de un huésped a otro. Al contener material genético puro (ADN y ARN) de un organismo externo, una vez inyectados en un recipiente humano, el nuevo material genético se incorpora en las células invadidas.⁷⁷⁴ Existe mucho material literario que confirma la acción de los virus para generar cambios genéticos en organismos no relacionados.^{775,776} En los años '50, Bárbara McClintock, una genetista norteamericana, describió a los genes que salteaban elementos genéticos móviles.⁷⁷⁷

En los años '60, Joshua Lederberg, del Departamento de Genética de la Universidad de Stanford, notificó al mundo científico que los virus vivos son mensajes genéticos utilizados con el propósito de programar las células humanas. Además, fue muy explícito cuando dijo que ya se practicaba la ingeniería biológica a gran escala mediante el uso de virus en campañas masivas de inmunidad.⁷⁷⁸

Nadie conoce los efectos a largo plazo de manipular los códigos genéticos y las estructuras delicadas del organismo humano. Sin embargo, la invasión física del cuerpo humano por parte del material genético externo puede tener el efecto inmediato de debilitar en forma permanente al sistema inmunológico y poner en movimiento una nueva era de enfermedades autoinmunes.⁷⁷⁹ Por ejemplo, las investigaciones indican que los desórdenes psicóticos pueden estar provocados por infecciones virales.⁷⁸⁰⁻⁷⁸² La incidencia de la esquizofrenia está en aumento comparada con épocas anteriores,⁷⁸³ y los estudios indican que cerca de un tercio de todos los casos son de naturaleza autoinmune.⁷⁸⁴ Algunas autoridades implican a los programas de vacunación de niños.⁷⁸⁵

Deficiencias en el desarrollo: Según el historiador médico, el Dr. Harris L. Coulter, la familia y la sociedad son víctimas de los programas de vacunación y se ven forzados a cumplirlos por orden de las legislaturas de estado que también responden a la opinión médica y a las organizaciones médicas. La generación norteamericana post-guerra, en su totalidad, sufre

Una Guía de Inmunización para Padres 103

de lo que él denomina síndrome de post-encefalitis, el nombre que le da para definir una cantidad de deficiencias inducidas por la vacuna.⁷⁸⁶ Para fundamentar sus afirmaciones, Coulter presentó evidencia que muestra que los efectos a largo plazo de las vacunaciones pueden ser más de los que se cree. Sin embargo, las disfunciones causadas por las vacunas a menudo se disimulaban con distintos nombres: autismo, dislexia, trastorno del aprendizaje, epilepsia, retraso mental, hiperactividad y disfunción cerebral mínima, entre otros. La delincuencia juvenil, un aumento de los crímenes violentos sin precedentes, el abuso de las drogas y el colapso del sistema educativo norteamericano incapaz de contener cerca de un 20 a un 25% de estudiantes mental y emocionalmente deficientes, representan otras afecciones que pueden atribuirse a las vacunas.⁷⁸⁷

Las deficiencias en el desarrollo y otras afecciones mencionadas anteriormente son provocadas frecuentemente por la encefalitis, o inflamación del cerebro. Los profesionales médicos saben que la encefalitis puede ser provocada por una herida severa en la cabeza, una quemadura grave, una enfermedad infecciosa o *por la vacuna contra estas enfermedades: encefalitis post-vacunación.*⁷⁸⁸ *La causa principal de la encefalitis en Estados Unidos y otros países industrializados, hoy en día, son los programas de vacunación de niños.*⁷⁸⁹ Los síntomas de la encefalitis post-vacunación son idénticos a los síntomas de la encefalitis que surge por cualquier otra causa.⁷⁹⁰ Como ningún segmento del sistema nervioso puede verse afectado, cada desviación física, intelectual y de la personalidad, y las combinaciones de ellas, son posibles.^{791,792}

Las autopsias después de la encefalitis post-vacunación muestran pérdida y destrucción de la mielina en el tronco cerebral y la médula espinal. La mielina cubre y protege los nervios como un aislante protege un cable de electricidad. Sin mielina, los impulsos nerviosos entran en cortocircuito y el sistema nervioso permanece sin desarrollar e inmaduro.⁷⁹³

No se requiere una reacción evidente para confirmar el daño al sistema nervioso central a causa de una encefalitis post-vacunación. De hecho, no existe correlación entre el grado de daño cerebral que pueda resultar luego y la severidad de la afección que derivó en una encefalitis en primer lugar.⁷⁹⁴⁻⁷⁹⁸ En otras palabras, las reacciones sutiles y a veces ignoradas a la vacuna (como una febrícula, nerviosismo o somnolencia) pueden ser, y a menudo son, casos de encefalitis capaces de provocar complicaciones neurológicas severas después de meses o incluso años.⁷⁹⁹ Ahora observemos algunas disfunciones específicas que pueden atribuirse a la encefalitis post-vacunación.

104 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Autismo: En 1943, el reconocido psiquiatra infantil, Leo Kanner, anunció su descubrimiento de once casos de un nuevo trastorno mental. El notó que la afección difiere notablemente y en forma única de cualquier otra afección informada hasta el momento...⁸⁰⁰ Esta afección, pronto comenzó a conocerse como autismo. (El autismo es un tipo de daño cerebral. Los niños que lo padecen frecuentemente tienen dificultad para procesar la información, sufren disfunciones inmunológicas y no responden al contacto humano). Estos primeros casos de autismo en Estados Unidos ocurrieron en un momento en que la vacuna contra la tos ferina era cada vez más accesible. En los años '50 y '60, los padres de todo el país buscaban ayuda para sus hijos autistas. La cantidad en aumento de niños que padecían esta nueva enfermedad coincidía directamente con la popularidad en aumento de los programas de vacunación durante estos mismos años. A finales de los '80, ocurrían más de 4500 casos nuevos de autismo por año, solo en Estados Unidos.⁸⁰¹

Las mismas correlaciones entre el autismo y los programas de vacunación infantil pueden encontrarse en otros países también. Cuando Estados Unidos terminó la guerra y ocupó Japón, se estableció un programa de vacunación obligatorio. El primer niño japonés autista nació en 1945.⁸⁰² En la actualidad, se diagnostican cientos de nuevos casos de autismo en niños japoneses por año.⁸⁰³ Europa recibió la vacuna contra la tos ferina en los años '50; los primeros casos de autismo comenzaron a aparecer allí en la misma década. En Inglaterra, la vacuna contra la tos ferina no se comercializó a gran escala hasta finales de los años '50. Poco después, en 1962, se estableció en Inglaterra la Sociedad Nacional para Niños Autistas (National Society for Autistic Children).⁸⁰⁴

Cuando comenzaron a aparecer los primeros casos de autismo, los investigadores estaban desconcertados por la alta incidencia de los niños autistas nacidos en familias con un buen nivel de educación. Más del 90% de los padres eran graduados de escuela secundaria. Cerca de tres cuartos de los padres y un medio de las madres se habían graduado de la universidad. Muchos tenían carreras profesionales. De esta forma, los científicos intentaron relacionar el autismo con factores genéticos en las poblaciones de clase alta.⁸⁰⁵ Mientras tanto, los psiquiatras, que desconocían el origen neurológico de la enfermedad, buscaban explicaciones psicológicas. Se culpaba a las madres por las emociones reprimidas.^{806,807}

En los años '70, las disparidades socioeconómicas comenzaron a desaparecer.⁸⁰⁸ Una vez más, esto desconcertó a los investigadores. Muchos de ellos, simplemente concluyeron en que los estudios anteriores no eran correctos. Pero existe una explicación. Cuando la vacuna contra la tos ferina se presentó inicialmente, solo los padres ricos y bien educados que velaban

Una Guía de Inmunización para Padres 105

por lo mejor para sus hijos y que podían pagar un doctor privado estaban en posición de pedir los últimos avances médicos. La vacunación gratuita en clínicas de salud pública aun no existía. Los programas de vacunación obligatorios todavía estaban en el horizonte. Pero a medida que estos crecieron, los padres de todo el espectro socioeconómico pudieron acceder a estas vacunas. Así, pronto se descubrieron niños autistas dentro de todo tipo de familias, y en cifras alarmantes mayores a las que se podría haber imaginado.⁸⁰⁹

En los años '80 y '90, los casos de autismo aumentaron una vez más. El Departamento de Educación de Estados Unidos informó un incremento del 556% entre 1991 y 1997.⁸¹⁰ Muchos investigadores implicaron a la vacuna contra la MMR, al mercurio y al aluminio y al gran número de vacunas suministradas simultáneamente (sinergia tóxica).⁸¹¹ En el año 2013, un nuevo estudio del CDC confirmó que el autismo prevalece más que nunca, y que afecta a 1 de cada 50 niños en Estados Unidos y 1 de cada 31 son niños.⁸¹²

En 1998, *Lancet* publicó un estudio importante realizado por el Dr. Andrew Wakefield, que relaciona el inicio de los síntomas del autismo con la vacuna contra la MMR.⁸¹³ (A pesar de que este estudio finalmente fue retirado, muchas personas aun apoyan el trabajo del Dr. Wakefield.) Los estudios del Dr. F. Edward Yazbak también muestran una correlación significativa entre MMR y el autismo, especialmente cuando se aplica la vacuna cerca del embarazo.⁸¹⁴⁻⁸¹⁶ El 6 de Abril de 2000, el Congreso reunió a varios expertos, así como también a padres de niños con daños por MMR, para estudiar la relación entre MMR y el autismo. El MMR se implicó como un factor causante.⁸¹⁷ Unos meses después, el Dr. Walter Schilling publicó una investigación independiente que sugería que los niños que reciben todas las vacunas recomendadas son aproximadamente 14 veces más propensos a padecer disfunciones en el aprendizaje y ocho veces más propensos a padecer autismo, en comparación con niños que no reciben las vacunas.⁸¹⁸ Además, desde 2003 hasta 2009, el Dr. Mark Geier publicó varios estudios que mostraron una relación entre el autismo y el mercurio (Timerosal) en vacunas. (Estos estudios y muchos otros se tratan en profundidad en el ***Manual sobre la Seguridad de las Vacunas para las Familias Interesadas y los Profesionales de la Salud*** (*Vaccine Safety Manual for Concerned Families and Health Practitioners*).⁸¹⁹

El *Thinktwice Global Vaccine Institute* recibe grandes cantidades de informes de una relación entre el MMR y el autismo. A continuación, algunos de ellos:⁸²⁰

106 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

“Cuando nuestro hermoso y saludable único hijo tenía 15 meses de edad recibió su vacuna de rutina contra la MMR. Cuatro días más tarde estaba enfrentando a la muerte con meningitis. Ya no podía hablar, caminar, comer o ver. Su comportamiento, en el mejor de los casos, podía describirse como autista”.

“Antes de recibir la vacuna contra la MMR, mi hijo decía un montón de palabras. Ahora habla muy poco y es ligeramente autista. Si pudiera volver el tiempo atrás, lo haría, pero ahora debo vivir sabiendo que no lo protegimos; les permitimos que le provocaran un daño permanente”.

“Mi hijo de 10 años era muy saludable. Nueve días después de recibir la vacuna contra la MMR, cuando tenía 16 meses, eso cambió. Sufrió dos convulsiones febriles y erupción del sarampión. Luego, durante la semana siguiente, perdió el habla”.

“Exactamente 14 días después de aplicarle la vacuna contra la MMR, mi hijo contrajo sarampión y reacciones del tipo paperas. Ahora le diagnosticaron autismo. Además, padece el síndrome del intestino permeable y asma. Mi hijo gozaba de una salud PERFECTA hasta el día de su reacción. Perdió toda la fuerza del habla ese mismo día y nunca más la recuperó”.

“Luego de recibir la vacuna contra la MMR a los 12 meses, el desarrollo y la personalidad de mi hijo cambiaron. Tiene la mirada perdida y no observa nada, ni siquiera el movimiento de mi mano frente a su cara. Su personalidad se convirtió en nada: dejó de decir las palabras que decía y aún continúa así. Es tan difícil ver como mi único hijo pierde su personalidad y su vida por una vacuna”.

Hiperactividad/Disfunción cerebral mínima: En los años ‘50, otro trastorno se propagó rápidamente entre los niños que asistían a la escuela y obtuvo prominencia en la ciencia médica y en la literatura médica: la hiperactividad (Trastorno de hiperactividad y déficit de atención. ADHD, en inglés). En 1963, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos detalló docenas de síntomas asociados con la hiperactividad y cambió su nombre oficialmente a disfunción cerebral mínima (MBD, en inglés). En los años ‘70, algunas autoridades directivas observaron que este trastorno parecía originarse en la raíz de casi todos los tipos de problemas conductuales de la niñez, y se había convertido en la enfermedad más comúnmente diagnosticada por los consejeros de niños.⁸²¹ En 1988, el *Journal of the American Medical Association (Publicación de la Asociación Médica Americana)* reconoció que la disfunción cerebral mínima se había convertido en la disfunción más importante, según informes de escuelas primarias, y uno de los problemas más comunes por los que se derivaba a los niños a clínicas psiquiátricas”.⁸²² En algunos distritos escolares, hasta el 13%

Una Guía de Inmunización para Padres 107

de los niños se encuentra inscripto en clases de educación especial”.⁸²³ Pero los niños con daño cerebral mínimo a menudo pasan desapercibidos y algunos investigadores creen que las cifras reales de niños con este trastorno va del 15 al 20%.⁸²⁴

A pesar de que a muchos niños no se los diagnostica como incapaces de aprender o con daño cerebral mínimo, los maestros se quejan de que casi todos sus estudiantes son cognitivamente inferiores y tienen capacidad de atención escasa, al compararlos con los niños a los que ellos enseñaban en los años ‘60.⁸²⁵ Un instructora observa que al dar órdenes muchos los olvidan casi en el momento, aun después de repetirlos varias veces. Miran a su alrededor, se mueven en forma nerviosa y hacen garabatos.⁸²⁶ Otro maestro lamenta que los cerebros de los niños sean distintos en la actualidad.⁸²⁷ De hecho, con sus orígenes en 1964, los puntajes de los exámenes de evaluación escolar (SAT, en inglés) de matemáticas e inglés continúan descendiendo.⁸²⁸ En un intento por calmar a los directivos escolares, a quienes a veces se culpa por los puntajes bajos, y para salvaguardar la verdad, las personas que preparan los exámenes los han estado simplificando desde los años ‘60. Nuestros niños, en la actualidad, realizan exámenes mucho más sencillos que aquellos que se daban décadas atrás.⁸²⁹

Al igual que el autismo, al principio se creía que la disfunción cerebral mínima tenía orígenes psicológicos. Pero estos niños usualmente manifiestan síntomas asociados con el daño neurológico: trastornos convulsivos, tics, temblores, espasmos infantiles, anomalías en el EEG, discapacidad motriz, coordinación motora-visual pobre y parálisis en los nervios del cráneo (capaces de provocar problemas visuales, trastornos oculares e impedimentos auditivos y del habla).⁸³⁰ A continuación se muestran algunos ejemplos breves de los orígenes neurológicos de la disfunción cerebral mínima:

- Harold reaccionó a su segunda aplicación contra la DTP con gritos en niveles altos (el Acro encefálico). Ahora, Harold es ciego.⁸³¹
- Kate tenía cuatro meses cuando recibió la vacuna contra la DTP. Al cabo de 72 horas se retorció de dolor. En la actualidad continúa con convulsiones y no puede hablar.⁸³²
- Wesley reaccionó a la segunda aplicación de la vacuna contra la DTP con ojos vidriosos y convulsiones. Hoy en día tiene hasta 30 convulsiones por día y le diagnosticaron daño cerebral permanente.⁸³³
- Judy tuvo su primera convulsión siete días después de su segunda aplicación contra la DTP. Actualmente, tiene muy poca capacidad de atención y tiende a invertir las letras y a escribir las cosas al revés.⁸³⁴
- Ralph reaccionó a sus primeras tres aplicaciones de la vacuna contra la DTP con llanto continuo y 40° celsius de temperatura. Ahora, tiene

108 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

problemas de percepción visual y no puede leer o escribir correctamente.⁸³⁵

- El cuarto día después de que la niña de 6 años, Cassidy, recibió su vacuna contra el sarampión, enfermó gravemente y colapsó luego de una convulsión. Hoy, tiene un retraso en el desarrollo.⁸³⁶

Crimen violento: Los individuos con daño neurológico cometen una cantidad desmedida de crímenes violentos.⁸³⁷ Por ejemplo, ya por los años '20, los investigadores sabían que los niños que se recuperaban de encefalitis eran más propensos a tener una conducta abusiva, cruel y destructiva. A estos niños se los llamaba apaches.^{838,839} En la actualidad, los llamamos delincuentes juveniles (que padecen hiperactividad o trastornos conductuales), pero sus cifras ahora alcanzan proporciones epidémicas y sus crímenes son más violentos.⁸⁴⁰ La dislexia y otros trastornos del aprendizaje están presentes en casi el 90% de los delincuentes.⁸⁴¹ A los delincuentes juveniles que padecen estos trastornos a menudo se los reclasifica como sociópatas al alcanzar la adultez.⁸⁴²

Los estudios confirman que los niños con trastornos de origen neurológico generalmente manifiestan una conducta criminal violenta en la adolescencia y la adultez. Un estudio reflejó que los niños hiperactivos eran veinte veces más propensos que el resto de la población a terminar en un colegio reformativo.⁸⁴³ En otro estudio, se observó que la mitad de los delincuentes encarcelados tenían un IQ inferior a 85.⁸⁴⁴ Un informe del *Journal of the American Medical Association* afirmó que una cantidad desproporcionada de delincuentes sufría de hiper-actividad (ADHD) durante su juventud.⁸⁴⁵

La epilepsia y los trastornos convulsivos ocurren con frecuencia a continuación de encefalitis post-vacunación. Las investigaciones indican que los epilépticos tienen muchas dificultades para controlar sus impulsos y su agresividad.⁸⁴⁶ En un estudio, se observó que el predominio de prisioneros con un historial de convulsiones superaba diez veces al resto de los internos.⁸⁴⁷ En otra investigación en la que se analizaron 321 individuos en su mayoría caucásicos, de clase media, extremadamente violentos, más del 90% mostró evidencia de daño cerebral, además de un antecedente de epilepsia en la historia clínica.⁸⁴⁸

Abuso de medicamentos: Los psiquiatras y pediatras prescriben distintos medicamentos a niños para controlar la hiperactividad y la MBD. En una investigación, se estimó que el seis por ciento de los niños de Estados Unidos dependen de estos compuestos para ser controlados. En algunas regiones, donde los médicos se especializan en estos trastornos, el porcentaje

Una Guía de Inmunización para Padres 109

es aún mayor.⁸⁴⁹ Muchos de estos medicamentos tienen efectos secundarios adversos que algunos investigadores consideran peores que los síntomas originales. Estos nuevos síntomas a veces son irreversibles.⁸⁵⁰

Muchas personas que han estudiado los problemas mencionados anteriormente creen que el abuso de los medicamentos en niños que asisten a la escuela los predispone a cometer abuso de drogas en las calles, cuando son más grandes.⁸⁵¹ Los adolescentes que padecen disfunción cerebral mínima corren el riesgo de comenzar a fumar, beber y al abuso de sustancias en edades tempranas.⁸⁵² Los adultos con este trastorno también son notablemente susceptibles al alcoholismo y al abuso de drogas.⁸⁵³

Información Adicional

En 1986, el Congreso aprobó la *Ley Nacional de Lesiones por Vacunación Infantil*. Esta ley federal contiene dos elementos principales: disposiciones de seguridad y un programa de compensación federal sin perjuicio. La porción de la reforma de seguridad de la ley requiere que los médicos: a) proporcionen a los padres información sobre las enfermedades infantiles y las vacunas *antes* de su aplicación; b) informen las reacciones a la vacuna a los funcionarios de la salud federal; c) registren las reacciones a la vacuna en un documento permanente del individuo d) lleven el control de la fecha en que se aplicó cada vacuna, el nombre del fabricante y el número de lote, dónde se aplicó la vacuna y el título del profesional (Dr. O enfermera/o) que aplicó la vacuna. Además, ordena al gobierno federal a mejorar las vacunas existentes y a desarrollar vacunas más seguras. La porción de compensación de la ley es una alternativa a la demanda contra fabricantes y médicos, cuando los niños o adultos resultan dañados o fallecen a causa de reacciones a las vacunas obligatorias. Otorga hasta \$250.000 por fallecimiento del individuo y otros montos por dolor y afecciones en el caso de un niño con vida (pero con daño cerebral).⁸⁵⁴

Aunque los médicos, según la ley federal, deben informar a los padres acerca de los riesgos de la vacunación, muy pocos lo hacen. Incluso los fabricantes colocan advertencias en los recipientes de las vacunas para indicar quienes **no deben** aplicarse las vacunas. Los fabricantes, también publican una lista de reacciones adversas posibles. Esta información se encuentra disponible. Para ello, pídale a su médico que le muestre estas etiquetas de advertencia *antes* de recibir las vacunas o visite la biblioteca y consulte el Vademecum o PDR (*Physician's Desk Reference*).

Los especialistas en vacunación no reconocen oficialmente las distintas afecciones que pueden poner en riesgo a su niño, a pesar de la gran cantidad

110 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

de casos de los que se tiene conocimiento y de los textos científicos publicados por investigadores de vacunas en todo el mundo. Por ejemplo, se debe tener especial cuidado si el niño padece alguna enfermedad, como congestión nasal, tos, infección en el oído, diarrea o si se acaba de recuperar de una enfermedad o si es prematuro o con bajo peso.⁸⁵⁵ Es posible que las vacunas estén contraindicadas para algunas personas con afecciones específicas que no se detallaron anteriormente. Si sospecha de que usted o su hijo pueden ser propensos a la reacción a una vacuna, *¡investigue!*

Informar reacciones a las vacunas: Muchos médicos se rehúsan a informar las reacciones a las vacunas más allá del requisito legal que lo requiere. Según Barbara LoeFisher, del Centro Nacional de Información sobre Vacunación (NVIC, en inglés), la voluntad e intención del Congreso al promulgar la Ley Nacional por Lesiones por Vacunación de 1986 es no verse socavado. Esta subversión deriva en una terrible falta de informes de las reacciones a las vacunas y de los fallecimientos por vacunación. Además, existe una escasez de control de registros y/o falta de voluntad por parte de los médicos para divulgar el nombre de los fabricantes y números de lotes, cuando se dan las reacciones.⁸⁵⁶ Una encuesta del NVIC en siete estados reveló que solo 28 de un total de 159 médicos (18 %) afirmaron haber informado al gobierno ante un niño con problema de salud severo a causa de la vacunación (Figura 30).⁸⁵⁷ En Nueva York, solo uno de 40 médicos informó al gobierno casos de reacciones adversas a la vacunación.⁸⁵⁸

Según el NVIC, los médicos a menudo justifican su negativa a informar sobre reacciones a las vacunas simplemente argumentando que la vacuna no tuvo nada que ver con las lesiones del niño o su fallecimiento. Es posible que algunos pediatras realmente creen esto, porque citan a los responsables de formular las políticas de la vacuna de la AAP y el CDC que les dicen que la vacuna es completamente segura.⁸⁵⁹ Sin embargo, el temor a ser demandados por no advertir a los padres ante los posibles peligros y contraindicaciones, puede ser una consideración.

Los pasajes a continuación de padres y parientes de niños con lesiones o daños por vacunación ilustran cómo los doctores pueden eliminar fácilmente las reacciones evidentes y, así, justificar su decisión de no informar al respecto.⁸⁶⁰

“Perdimos a nuestro hermoso y adorado hijo de cuatro meses 26 horas después de que recibió la vacuna contra la DTP y la polio oral, en su control de rutina. Los patrones de conducta de nuestro hijo cambiaron

Figura 30:

¿Los doctores reportan reacciones a la vacuna?



Copyright © NZM

Una encuesta en siete estados reveló que solo 28 de 159 médicos (18%) afirmó realizar informes al gobierno cuando un niño padece problemas de salud como consecuencia de la vacunación. Fuente: Centro Nacional de información sobre la vacunación.

después de la aplicación de la vacuna. Fijaba su vista, parecía distraído, solo dormía siestas cortas, vomitaba su alimento... El médico insistía en que había sido el síndrome de la muerte súbita infantil (SIDS, en inglés). *El médico no informó esta reacción. No creyó que estuviera relacionada con la vacuna*".

"Mi nieto recibió su primera vacuna contra la DTP y la polio oral a los dos meses en su visita al médico para control de rutina. Veintiún horas después había fallecido. Después de recibir la vacuna comenzó a dar gritos agudos. Luego, comenzó a vomitar demasiado y continuó con los gritos agudos. A las 7 de la mañana, mi hija se despertó y vio que mi nieto tenía un lado de su cara de color púrpura, sus puños apretados, su nariz y boca con sangre y que no respiraba. Había fallecido. Yo le prometí a mi hija que su muerte no sería en vano y que tampoco sería otra estadística etiquetada como SIDS. *El médico no informó esta reacción. No creyó que estuviera relacionada con la vacuna*".

Nota: si el médico se niega a informar una reacción a la vacuna, los padres deben completar su propio informe y llamar al: 1-800-822-7967.

112 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

¿Cuál es la causa de la reacción a una vacuna? Cuando los niños reciben vacunas provenientes de un lote riesgoso (un lote de vacunas peligroso preparado incorrectamente que no pasó por el sistema de pruebas de seguridad) quedan especialmente expuestos al riesgo inherente de la vacuna. Varios estudios indican que los niños no deben recibir una vacuna proveniente de un lote riesgoso para no quedar expuestos. Por el contrario, algunos niños parecen ser anatómicamente susceptibles o genéticamente predispuestos a manifestar reacciones a la vacuna.^{861,862} Además, muchos padres desconocen la existencia de reacciones potencialmente peligrosas y no pueden detectar señales neurológicas y otros síntomas que manifiestan sus bebés después de recibir las vacunas. Sin embargo, *Pediatría* ha publicado un estudio en el cual se les solicitó específicamente a los padres que observaran cualquier cambio en la conducta de sus bebés o cualquier afección física después de recibir la vacuna; solo el siete por ciento no informó reacciones en absoluto.⁸⁶³

¿Cómo se comportan los médicos forenses? Los médicos y pediatras no son los únicos miembros de la industria médica que pueden negar la existencia de las reacciones a las vacunas y encubrir los hechos. Los jueces capacitados en medicina también son miembros de este grupo. Muchos son especialistas en el arte de los subterfugios. Rara vez se toma a la vacunación como causa de fallecimiento. En su lugar, utilizan términos complejos para falsificar el certificado de defunción: paro cardíaco, posible miocarditis, neumonía bilateral bronquial;⁸⁶⁴ septicemia a causa de amigdalitis séptica; leucemia linfática; celulitis estreptococa; meningitis tuberculosa; parálisis infantil; y SIDS, entre otros.⁸⁶⁵

Cuando la madre, cuyo hijo que falleció cuatro días después de su segunda aplicación de la vacuna contra la polio, estudió el informe de la autopsia provisoria de su hijo, observó que se había encontrado miocarditis y hepatitis, y que el virus de la polio se había aislado en sus órganos afectados, lo que no dejaba de coincidir con una reacción a la vacuna. Pero cuando lo consultó, la primera conclusión del departamento de patologías fue SIDS y solicitar pruebas adicionales para determinar si el virus de la polio estaba libre o era parte de la cepa de la vacuna. Allí, se vio envuelta en una batalla de nueve años con el CDC para confirmar los resultados. Finalmente se forzó a las autoridades médicas a decir la verdad. El certificado de defunción oficial detallaba que la causa del fallecimiento había sido la miocarditis como consecuencia del virus de la polio tipo 2 contraído por la aplicación de la vacuna contra la polio Sabin oral.⁸⁶⁶

Una Guía de Inmunización para Padres 113

Promover la seguridad de la vacunación: El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) creó El Comité Nacional Consultivo sobre Vacunas (NVAC, en inglés), después de que el Congreso ordenara al HHS el desarrollo y la propagación de materiales informativos sobre la vacunación para que lo distribuyan los prestadores de servicios de salud. Este material debía incluir información sobre las reacciones adversas, las contraindicaciones y la disponibilidad de un programa de compensación sin perjuicios para aquellas personas con lesiones o fallecidas a causa de la vacunación obligatoria. El Congreso creyó, y continúa haciéndolo, que los padres tiene derecho a esa información antes de que los niños reciban las vacunas. Aun así, los especialistas en vacunación ignoraron este requisito por varios años hasta que el NVIC los amenazó con demandar al HHS en representación de los padres de los niños en edad de vacunación.⁸⁶⁷

Como el HHS no publicó la información requerida, es posible que los niños que corren riesgo alto y que no deberían haber recibido una o más vacunas hayan sufrido daño cerebral evitable, discapacidades permanentes y que hayan fallecido. Y que los padres de estos niños puedan haber ignorado su derecho a recibir una compensación. Finalmente, el Comité Consultivo presentó las pautas de vacunación (después del plazo de entrega del Congreso) pero el NVIC las rechazó porque no cumplían con los estándares mínimos de rigor científico, franqueza e imparcialidad. Los riesgos por la vacunación se habían subestimado o ignorado sistemáticamente. Por ejemplo, las pautas propuestas afirmaban que pocas personas tendrían problemas severos, pero no mencionaban que un problema severo podía ser el daño cerebral permanente o el fallecimiento. Las pautas también revelaron un uso selectivo de la información científica, una manipulación de los índices reales de reacciones adversas y el suministro de información inconsistente, incompleta, poco precisa y potencialmente peligrosa sobre las contraindicaciones.⁸⁶⁸

Según Barbara Loe Fisher, que encabezó el subcomité de reacciones adversas de la NVAC, a pesar de que el Congreso le proporcionó al NVAC una misión doble: alcanzar la prevención óptima contra las enfermedades infecciosas humanas mediante la inmunización y alcanzar la prevención óptima contra reacciones adversas a las vacunas, tuvo que observar que la mayor parte del tiempo de la NVAC se invirtió en discutir las formas de promover la vacunación. El objetivo de identificar maneras de prevenir las reacciones adversas a la vacunación, que tiene la misma importancia y parece ser una cuestión que provoca incomodidad a muchos miembros del comité, se ve como un obstáculo para promocionar la vacunación. Y generalmente se le dedica poco tiempo o poco tratamiento exhaustivo.⁸⁶⁹

114 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Fisher también notó que no solo existe una falta de preocupación respecto del tema de las reacciones a las vacunas por parte de algunos miembros del comité, sino que también existe un intento deliberado de negar la realidad de las reacciones a las vacunas, los fallecimientos y las lesiones. Los miembros del comité deben pasar más tiempo intentando encontrar maneras de resolver los problemas asociados con la prevención de reacciones a las vacunas, en vez de intentar encontrar formas de reformular los informes del subcomité para negar la existencia de casos de niños que sufrieron lesiones o fallecieron a causa de la vacunación.⁸⁷⁰

Además, dos médicos destacados que se suponían consejeros imparciales del HHS fueron acusados por no informar conflictos de intereses después de que se descubrió que ellos (junto con los programas de investigación que los apoyaba) recibieron pagos de fabricantes de vacunas por más de \$800.000 dólares en concepto de pagos por ser testigos expertos, por honorarios de consultas y subvenciones para investigaciones.⁸⁷¹ El 15 de Junio de 2000, el Congreso llevó a cabo una audiencia sobre los *Conflictos de Interés y el Desarrollo de Vacunas*. En esta audiencia se reveló que dos comités consultivos asociados con la FDA y el CDC desarrollan políticas de vacunas que afectan a todos los niños de este país.⁸⁷² Incluso, miembros de estos comités tienen acciones en compañías farmacéuticas que fabrican vacunas. Un miembro, que tenía un lugar en el comité consultivo de vacunas del CDC recibió un pago de la industria farmacéutica para viajar por todo el país y decirles a los médicos que las vacunas son seguras.⁸⁷³ Él recomendó agregar la vacuna del rotavirus al calendario de vacunación nacional a pesar de que tenía la patente sobre la vacuna contra el rotavirus.⁸⁷⁴ Esta vacuna se insertó en el mercado rápidamente y luego se eliminó lentamente cuando se supo que era extremadamente peligrosa.⁸⁷⁵

El presidente del Congreso, Dan Burton, le escribió a la secretaria del HHS, Donna Shalala, para solicitar que el HHS implemente políticas para evitar que los miembros con intereses de conflictos participen en los comités consultivos de la FDA y el CDC.^{876,877} Un vocero del Congreso dijo a los periodistas que existía un conflicto de leyes de intereses que no se estaban respetando. Y que si debía tomarse una decisión que afectara a la salud pública, debería informarse que un integrante del comité tiene acciones en la compañía que fabrica el producto.⁸⁷⁸ Pero la FDA y el HHS dejaron en claro que no tenían intención de revisar sus políticas de divulgación financiera.⁸⁷⁹

Pedidos de compensación: El público general no está al tanto del número real de personas (niños en su mayoría) que han sufrido lesiones

Una Guía de Inmunización para Padres 115

o que han fallecido a causa de la aplicación de una o más vacunas. ***Cada año, la FDA recibe cerca de 25.000 informes de reacciones adversas a las vacunas.***⁸⁸⁰ Estas cifras incluyen hospitalizaciones de emergencia, lesiones irreversibles y fallecimientos. Sin embargo, puede que la cantidad de informes sea mucho mayor ya que la FDA estima que el 90% de los médicos no informa las reacciones.^{881,882} Un estudio confidencial de Laboratorios Connaught, un fabricante de vacunas, indicó que es posible que los informes no realizados de reacciones adversas ascienda cincuenta veces.⁸⁸³ Aun así, estas cifras podrían ser conservadoras. Según el Dr. David Kessler, ex director de la FDA, se informa solo el uno por ciento de las reacciones adversas severas a los medicamentos.⁸⁸⁴

El público general además desconoce la cantidad de dinero que se otorga como compensación en estos casos. Al 1 de Febrero de 2014, ya se otorgaron ***más de 2,5 MIL MILLONES*** de dólares en compensación por miles de lesiones y fallecimientos causadas por vacunas obligatorias.⁸⁸⁵ Existe una gran cantidad de casos pendientes. Se otorgaron compensaciones en casos de lesiones permanentes que comprenden trastornos en el aprendizaje, trastornos convulsivos, retraso mental, parálisis y numerosos fallecimientos, incluso muchos que inicialmente se declararon como síndrome de muerte súbita infantil (SIDS).

¿Quién otorga la compensación? Con el objetivo de compensar las lesiones y los fallecimientos, el Congreso estableció un impuesto especial a las ventas de las vacunas obligatorias. El importe sobre cada vacuna corresponde a los fondos por anticipado necesarios para compensar lesiones y fallecimientos provocados por la vacuna. Este importe llega a los consumidores. En otras palabras, cuando las madres y los padres pagan al médico las vacunas, parte del dinero va a este fondo especial para cubrir la posibilidad de que sus niños sufran una reacción severa o fatal a la vacuna.⁸⁸⁶

Las vacunas, ¿son obligatorias? A menudo, el personal médico y los directivos de las escuelas utilizan estrategias para generar temor, estadísticas parciales y mentiras especulativas para lograr que los padres dubitativos vacunen a sus hijos. (En el siguiente sitio web se documentan varios ejemplos de estas *jugadas de vacunación*: www.thinktwice.com/articles.htm) Además, muchas escuelas ahora requieren que sus nuevos alumnos hayan recibido todas las vacunas como pre-requisito de admisión. El gobierno puede hasta negar el bienestar y otros beneficios a las familias que se nieguen a vacunarse.^{887,888} Muchos médicos y autoridades escolares

116 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

les dicen a los padres que las leyes estatales y las normas escolares requieren que sus hijos reciban las vacunas obligatorias. Sin embargo, *todos los estados otorgan a los padres la posibilidad de oponerse a la vacunación obligatoria*. Para obtener más información sobre las regulaciones de vacunación, visite su biblioteca legal local. También puede solicitar una copia de su ley estatal y un ejemplo de carta de exención en el siguiente sitio web: www.thinktwice.com/laws.htm. Este importante recurso contiene información útil sobre las vacunas.

A pesar de firmar estas exenciones, a algunos padres se los ha acusado de maltrato infantil por no vacunar a sus hijos y fueron llevados ante la corte con la posibilidad de perder la custodia de sus queridos hijos. Los miembros de la corte, los trabajadores sociales e inclusive los padres adoptivos han intentado imponer la vacunación de los niños.^{889,890} Irónicamente, algunos padres que si vacunaron a sus hijos perdieron la custodia y fueron acusados de maltrato infantil, y los niños han padecido síndrome del niño maltratado, convulsiones, estados de coma o fallecieron, luego de recibir sus vacunas.⁸⁹¹⁻⁸⁹⁴

Las autoridades también argumentan que los padres deben vacunar a sus hijos para proteger a la sociedad como un todo de una epidemia. Pero si las vacunas ofrecieran la verdad solo las personas no vacunadas se enfermarían. Por lo tanto, los llamados expertos que ni están dispuestos ni son capaces de ser responsables de sus actos, no deberían forzarlo a tomarlas decisiones que afectan la salud de sus hijos.

La teoría del germen: algunos investigadores creen que los gérmenes no provocan enfermedades. Si esto es cierto, entonces los orígenes de la teoría de la vacuna son incorrectos.⁸⁹⁵ Según el Dr. Antoine Bechamp, un reconocido científico y bacteriólogo, los gérmenes son una parte integral de las células vivas. Permanecen inactivos hasta que la célula completa su ciclo de vida y comienza a decaer. Los gérmenes ayudan a descomponer la célula que está muriendo para que pueda eliminarse del cuerpo.^{896,897} El Dr. Robert Koch, otro opositor a la teoría del germen, confirma la explicación de Bechamp. El cree que si los gérmenes provocan enfermedades, los gérmenes específicos deben a) encontrarse en cada caso de la enfermedad y b) deben estar siempre cerca de la enfermedad. Pero los gérmenes no se ajustan a estos requerimientos.⁸⁹⁸

Según el bacteriólogo alemán, Guenther Enderlein, cuyas técnicas de tratamiento han sido utilizadas en Europa por más de 50 años, cierta bacteria toma múltiples formas durante un simple ciclo de vida (polimorfismo). Algunas formas microbianas que viven en el cuerpo humano, en condiciones

Una Guía de Inmunización para Padres 117

normales, están asociadas con muchas de las peores enfermedades crónicas conocidas por la especie humana. Pero cuando una persona goza de buena salud, estos microbios son útiles para el sistema inmunológico del cuerpo y viven con las otras células en una relación simbiótica. Sin embargo, cualquier cambio crítico o deterioro del ambiente interno del cuerpo, el terreno, a causa de la mala alimentación u otros factores, puede hacer que los microbios se conviertan en formas que provocan enfermedades, mientras pasan por distintas etapas de su ciclo de vida. En simples palabras, el germen no es nada, el terreno lo es todo.⁸⁹⁹

Luis Pasteur, el químico y bacteriólogo francés que tuvo la influencia más grande en el curso de la medicina y el concepto médico de enfermedad, inicialmente creía que todas las enfermedades eran causadas por microbios externos que invadían el cuerpo. El afirmaba que los tejidos saludables no contenían gérmenes. Sin embargo, antes de morir, se retractó y admitió que la clave era el ambiente interno, aunque sus ideas anteriores perduraron.⁹⁰⁰ Incluso Rudolph Virchow, un patólogo alemán y fundador de la medicina celular, dijo: si pudiera vivir mi vida nuevamente, me dedicaría a probar que los gérmenes buscan su hábitat natural, los tejidos enfermos, en lugar de ser la causa de la enfermedad del tejido. Y el Dr. George White observó que si la teoría del germen se fundara a partir de hechos, no habría organismos vivos que lean lo que se escribe.⁹⁰¹

Inmunidad natural: Estos investigadores y muchos otros creen que una dieta apropiada es esencial para la salud. Esto significa ingerir alimentos no refinados, cultivados orgánicamente y libre de conservantes.⁹⁰²⁻⁹⁰⁴ Una dieta inapropiada excede al sistema y deriva en los vómitos. Es el esfuerzo de purificación que hace el cuerpo para liberarse del exceso de toxinas y material desechable.⁹⁰⁵ El descanso adecuado y las condiciones sanitarias apropiadas también son esenciales para la salud. Según el Dr. Harold Buttram, cuando se cumplen estos requerimientos, muchas enfermedades pasan como infecciones subclínicas, sin enfermedades agudas, o en caso de haber enfermedades, son relativamente moderadas.⁹⁰⁶ Así, la inmunidad natural se logra mediante la higiene adecuada y la vida saludable. Las investigaciones también indican que amamantar al recién nacido ayuda a formar un sistema inmunológico más fuerte que el sistema inmunológico de aquellos bebés alimentados con biberón.⁹⁰⁷⁻⁹⁰⁹ Otros estudios muestran que el consumo excesivo de azúcar puede aumentar la incidencia de infecciones y reducir la capacidad del cuerpo para defenderse de las enfermedades.^{910,911}

118 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Finalmente, los padres que están desengañados con el enfoque alopático o médico de las enfermedades pueden consultar con un médico naturista, un quiropráctico y un médico homeópata. Puede encontrar a estos trabajadores de la salud altamente capacitados y autorizados en su guía telefónica.

Resumen y Conclusión

Una breve reseña de la información que no se presentó en este libro indica que:

1. Muchas de las vacunas *no* fueron la causa de un descenso en la incidencia de la enfermedad. Es posible que una mejora en las medidas de nutrición y sanidad merezcan la mayoría del crédito. Varias enfermedades pueden también tener sus propios ciclos evolutivos; la naturaleza viral de la enfermedad virgen se transforma en una enfermedad capaz de ser controlada, ya que los miembros de la población se encuentran expuestos a ella y se vuelven inmunes a ella.

2. *Ninguna* de las vacunas puede conceder inmunidad genuina. A veces, se da lo opuesto; la vacuna *aumenta* la posibilidad de contraer la enfermedad. Los índices de efectividad de la vacuna pueden ser malinterpretados. A menudo se evalúan midiendo los niveles de anticuerpo, no comparando los índices de infección en personas vacunadas y no vacunadas.⁹¹²

3. Todas las vacunas pueden tener efectos secundarios. Las reacciones van desde molestias en la zona de la aplicación de la vacuna, hasta daño cerebral y fallecimiento.

4. Se desconocen los efectos a largo plazo de *todas* las vacunas. Las implicaciones de que las vacunas pueden ser devastadoras para los sistemas inmunológicos inmaduros de los niños son particularmente alarmantes. Se presentaron estudios que mostraban una incapacidad de protección de la salud después de recibir la vacuna. Las defensas bajas en el cuerpo pueden ser la causa de nuevas enfermedades autoinmunes. Otros estudios revelaron lesiones cerebrales y en el sistema nervioso después de recibir la vacuna y después de encefalitis post-vacunación. Como respuesta, esto provoca grandes cantidades de niños que crecen con discapacidades físicas, mentales y emocionales de distintos grados. Todas estas enfermedades afectan al individuo, a su familia y también a la sociedad.

5. Varias de las vacunas pueden resultar especialmente peligrosas. Sin embargo, la industria farmacéutica continúa con su práctica engañosa que busca subestimar las reacciones a las vacunas. De hecho, los profesionales

Una Guía de Inmunización para Padres 119

médicos han sugerido que ellos tiene el permiso para administrar vacunas nuevas y no probadas, ¡ya que no es ético no permitirselos!⁹¹³ Mientras tanto, generar propaganda promocionando las ventajas de la vacunación sigue siendo una maniobra lucrativa. Por ejemplo, el AMA admite que las vacunas para adultos necesitan un artilugio. Los médicos del CDC han sugerido un eslogan llamativo, como “las vacunas no son solo cosa de niños”.⁹¹⁴ Las estrellas de Hollywood, como Bill Cosby y Whoopi Goldberg también fueron convocadas. Se los ha visto y oído en la televisión y la radio advirtiendo a los padres “Vacúnense, antes de que sea demasiado tarde”.⁹¹⁵ En Inglaterra, el Servicio Nacional de Salud paga un adicional a los médicos con índices de vacunación documentados que superan los porcentajes especificados.⁹¹⁶ Por supuesto, en Estados Unidos, las presiones informales y los estímulos para obedecer a las autoridades no alcanzan. Nuestros creadores de políticas médicas recibieron presiones para crear leyes contra la libertad de decisión. Sus compañeros de coerción y negación se ven entre los miembros iluminados de la población, así como también los padres que cuestionan las vacunas, aunque lamentablemente su despertar puede haberles costado la salud o la vida de su querido niño.

Las vacunas no solo son el origen de afecciones desafortunadas detalladas a lo largo del texto. Las enfermedades personales y las enfermedades sociales tienen varias causas. No todos los miembros del establecimiento médico son crueles y poco atentos. Muchos de ellos simplemente desconocen la extensión real del daño que causan las vacunas. Ellos creen sinceramente que solo pueden surgir cosas buenas de recibir la aplicación de gérmenes externos y materia tóxica. Pero en un país libre como Estados Unidos de América, nadie debería estar obligado a someterse a prácticas de salud peligrosas en contra de su voluntad. La salud y la enfermedad son experiencias personales que pertenecen a las personas que las viven. Nadia más tiene el derecho de dictar cómo se administrarán. Esa decisión es solo del individuo, o les corresponde a los guardianes legítimos del niño menor de edad.

Algunas madres sospechan desde hace un tiempo de que las vacunas no son apropiadas para sus niños, pero le preocupa tomar la decisión de no aplicárselas y tener la fortaleza para enfrentar al pediatra, a la familia y a los amigos. Muchos padres también están intranquilos al cuestionar a la sociedad y al status quo. Ellos no quieren que se los considere como “débiles” en lo que respecta a la vacunación. Pero la decisión acerca de vacunar o no a sus hijos es solo de los padres. No debe basarse en factores irracionales. En cambio, esta elección debe realizarse solo después de analizar la evidencia confiable de varias fuentes. Además, debe aplicarse

120 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

el pensamiento crítico al interpretar la información. Aconsejo a los padres que corroboren todas las referencias de este libro y que investiguen sobre este tema aún más, si quedan dudas. Como padres, tienen el derecho y son responsables de llegar a los hechos sobre los beneficios y los riesgos de la vacunación de sus hijos.

Referencias

1. Thomson, William A.R. *Black's Medical Dictionary* (Totawa, NJ: Barnes & Noble Books, 1987), p. 716.
2. *The World Book Encyclopedia*, Volume 11 (1994), p. 91.
3. Volk, W.A., et al. *Basic Microbiology*, 4th edition. (Philadelphia, PA: J.B. Lippincott C, 1980), p. 485.
4. *Physician's Desk Reference* (PDR); 55th edition. (Montvale, NJ: Medical Economics, 2001), p. 778.
5. Burnet, M., et al. *The Natural History of Infectious Disease* (New York, NY: Cambridge University Press, 1972), p. 16.
6. See Note 4.
7. Neustaedter, R. *The Vaccine Guide*. (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 1996), pp. 107-108.
8. See Note 4.
9. Baby Center. "The Polio Vaccine (0-12 months)." www.babycenter.com/recipe/155.html?CP_bid=
10. Moskowitz, Richard, MD. "Immunizations: The Other Side." *Mothering* (Spr, 1984), p. 36.
11. Houchens, J. "Ueber Poliomyelitis acuta." *Munch Med Wochenschr* 1909; 26:323-25.
12. Lambert, S.M. "A yaws campaign and an epidemic of poliomyelitis in Western Samoa." *J Trop Med Hyg* 1936; 39:41-46.
13. Lindsay, K.W., et al. *Neurology and Neurosurgery Illustrated*. (Edinburgh/London/New York: Churchill Livingstone, 1986), pp. 194, Figure 15.2. Polio incidence rates obtained from National Morbidity Reports.
14. McCloskey, B.P. "The relation of prophylactic inoculations to the onset of poliomyelitis." *Lancet* (April 18, 1950), pp. 659-63.
15. Gefhen, D.H. "The incidence of paralysis occurring in London children within four weeks after immunization." *Med Officer* 1950; 83:137-40.
16. Martin, I.K. "Local paralysis in children after injections." *Arch Dis Child* 1950; 25:14.
17. Sutter, Roland W., et al. "Attributable risk of DTP (Diphtheria and Tetanus Toxoids and Pertussis Vaccine) injection in provoking paralytic poliomyelitis during a large outbreak in Oman." *Journal of Infectious Diseases* 1992; 165:444-449.
18. Strelbel, Peter M., et al. "Intramuscular injections within 30 days of immunization with oral poliovirus vaccine—a risk factor for vaccine-associated paralytic poliomyelitis." *New England J of Med* (February 23, 1995), p. 500.
19. Mendelssohn, Robert. *How to Raise a Healthy Child, In Spite of Your Doctor*. (Ballantine Books, 1984), pp. 231 and 251.
20. Alderson, Michael. *International Mortality Statistics* (Washington, DC: Facts on File, 1981), pp. 177-78.
21. *Ibid.*
22. See Note 19.
23. McBean, Eleanor. *The Poisoned Needle*. (Mokelum Hill, California: Health Research, 1974), p. 140. Data taken from government statistics, as reported in an Associated Press dispatch from Boston (August 30, 1955).
24. Allen, Jamph. *Don't Get Stuck: The Case Against Vaccinations*. (Oldsmar, Florida: Natural Hygiene Press, 1975), p. 146.
25. See Note 23, p. 142.
26. *Ibid.*
27. *Ibid.*, p. 140.
28. *Ibid.*
29. See Note 23, p. 144. As reported by Saul Part in an Associated Press dispatch from Pittsburgh (October 11, 1954).
30. See Note 23, pp. 142-45.
31. Hearings Before the Committee on Interstate and Foreign Commerce, House of Representatives, 87th Congress, 2nd Session (HR 10541, May 1962), pp. 94-112.
32. Los Angeles County Health Index: Morbidity and Mortality, Reportable Diseases.
33. Bayly, M. Beadlow. *The Case Against Vaccination* (York Road, London: William H. Taylor & Sons, Ltd., Printers, June 1936), p. 4.
34. *Washington Post* (September 24, 1976).
35. American Academy of Pediatrics. *Report of the Committee on Infectious diseases: 1986* (Elk Grove Village, Illinois: AAP), pp. 284-86.
36. Strelbel, Peter M., et al. "Epidemiology of poliomyelitis in U.S. one decade after the last reported case of indigenous wild virus associated disease." *Clinical Infectious Diseases* (CDC, February 1992), pp. 568-79.
37. *Ibid.*
38. Institute of Medicine. "An evaluation of poliomyelitis vaccine policy options." *IOM Publication 88-04* (Washington DC: National Academy of Sciences, 1988).
39. Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), Rockville, MD.
40. IOS. "The Polio vaccine coverage—OPV Vaccine Report: Document #14. www.ios.com/~w1066/poliov6.html
41. See Note 36, p. 568.
42. Gorman, Christine. "When the vaccine causes polio." *Time* (October 30, 1995), p. 83.
43. Shaw, D. "Unfounded casualties in war on polio." *Phila-delphia Inquirer* (June 6, 1993):A1.
44. U.S. Department of Health and Human Services. "Polio: What You Need to Know." (Atlanta, GA: CDC, Oct 15, 1991), p. 3.
45. See Note 4, p. 780.
46. *Ibid.*
47. O'Hern, F.M. *Profiles: Pioneer Women Scientists*. (Bethesda, MD: National Institutes of Health.)
48. Curtis, Tom, et al. "Scientist's Polio Fear Unheeded: How U.S. Researcher's Warning Was Silenced." *The Houston Post* 1992, pp. A1 and A12.
49. Sweet, B.H. and Hilleman M.R. "The Vaccinating Virus: SV-40." As cited in "The polio vaccine and simian virus 40" by Moriarty, T.J. www.chronicillnet.org/online/bensweet.html
50. See Note 48.
51. Shih, K., and Nathanson, N. "Human exposure to SV40." *American Journal of Epidemiology*, 1976; 103:1-12.
52. Curtis, Tom. "The origin of AIDS: A startling new theory attempts to answer the question 'Was it an act of God or an act of man.'" *Rolling Stone* (March 19, 1992), p. 37.
53. Bookchin, D. and Schumaker, J. "Painted Polio Vaccine Still Carries Its Threat 40 Years Later." *The Boston Globe* (January 26, 1991).
54. See Notes 51 and 52.
55. Imms, M.D. "Oncogenesis and poliomyelitis vaccine." *Nature*, 1968; 219:72-3.
56. Soriano, F., et al. "Simian virus 40 in a human cancer." *Nature*, 1974; 249:421-24.
57. Weiss, A.F., et al. "Simian virus 40-related antigens in three human meningiomas with defined chromosome loss." *Proceedings of the National Academy of Science* 1975; 72(2):609-13.
58. Scherneck, S., et al. "Isolation of a SV-40-like papovavirus from a human glioblastoma." *Int J of Cancer* 1979; 24:523-31.
59. Stojan, M., et al. "Possible relation between viruses and oromaxillofacial tumors. II. Research on the presence of SV40 antigen and specific antibodies in patients with oromaxillofacial tumors." *Virologie*, 1987; 38:35-40.
60. Stojan, M., et al. "Possible relation between viruses and oromaxillofacial tumors. II. Detection of SV40 antigen and of anti-SV40 antibodies in patients with parotid gland tumors." *Virologie*, 1987; 38:41-46.
61. Bravo, M.P., et al. "Association between the occurrence of antibodies to simian vaccinating virus 40 and bladder cancer in male smokers." *Neoplasma*, 1988; 35:285-88.
62. O'Connell, K., et al. "Endothelial cells transformed by SV40 T-antigen cause Kaposi's sarcoma-like tumors in nude mice." *American Journal of Pathology*, 1991; 139(4):743-49.
63. Weiner, L.P., et al. "Isolation of virus related to SV40 from patients with progressive multifocal leukoencephalopathy." *New England Journal of Medicine*, 1972; 286:385-90.
64. Tabuchi, K. "Screening of human brain tumors for SV-40-related T-antigen." *International J of Cancer*, 1978; 21:12-17.
65. Memke, W., et al. "Simian virus 40-related DNA sequences in a human brain tumor." *Neurology* 1979; 29:1590-94.
66. Kneip, P., et al. "Episomal simian virus 40 genomes in human brain tumors." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 1981; 78(10):6446-50.
67. Kneip, P., et al. "Cloning of SV40 genomes from human brain tumors." *Virology* 1984; 138:336-40.
68. Geissler, E. "SV40 in human intracranial tumors: passenger virus or oncogenic 'hit-and-run' agent?" *Z Klin Med*, 1986; 493-95.
69. Geissler, E. "SV40 and Human Brain Tumors." *Progress in Medical Virology*, 1990; 37:211-22.
70. Bergsagel, D.J., et al. "DNA sequences similar to those of simian virus 40 in ependymomas and choroid plexus tumors of childhood." *New England Journal of Medicine*, 1992; 326:988-93.
71. Martini, M., et al. "Human Brain Tumors and Simian Virus 40." *Journal of the National Cancer Institute*, 1995; 87(17):1331.
72. Lednicky, J.A., et al. "Natural Simian Virus 40 Strains are Present in Human Choroid Plexus and Ependymoma Tumors." *Virology*, 1995; 212(2):710-17.
73. Lognon, M., et al. "Large T Antigen Coding Sequence of Two DNA Tumor Viruses, BK and SV-40, and Nonrandom Chromosome Changes in Two Glioblastoma Cell Lines." *Cancer Genetics and Cytogenetics*, 1996; 90(1): 17-23.
74. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999; 91(2):169-175.
75. See Notes 63-74.
76. Carbone, M., et al. "SV-40 Like Sequences in Human Bone Tumors." *Oncogene*, 1996; 13:527-35.
77. Pass, H., Carbone, M., et al. "Evidence For and Implications of SV-40 Like Sequences in Human Mesotheliomas." *Important Advances in Oncology*, 1996, pp. 89-108.
78. Rock, Andrea. "The Lethal Dangers of the Billion Dollar Vaccine Business." *Money* (December 1996), p. 161.
79. *Ibid.*
80. Carlsen, William. "Rogue virus in the vaccine: Early polio vaccine harbored virus now feared to cause cancer in humans." *San Francisco Chronicle* (July 15, 2001), p. 1. Research by Susan Fisher, epidemiologist, Loyola University Medical Center.
81. Rosa, F.W., et al. "Absence of antibody response to simian virus 40 after inoculation with killed poliovirus vaccine of mothers of offspring with neurological tumors." *NEJM*, 1988; 318:1469.
82. Rosa, F.W., et al. Response to: "Neurological tumors in offspring after inoculation of mothers with killed poliovirus vaccine." *New England Journal of Medicine*, 1988; 319:1226.
83. See Note 52, p. 58.
84. Martini, F., et al. "SV-40 Early Region and Large T Antigen in Human Brain Tumors, Peripheral Blood Cells, and Sperm Fluids from Healthy Individuals." *Cancer Research*, 1996; 56:4820-25.
85. See Note 78, p. 163.
86. *Ibid.*
87. See Note 84.
88. Fisher, Barbara. "Vaccine safety consumer group cites conflict of interest in government report on cancer and contaminated polio vaccine." *National Vaccine Information Center (NVIC)*, Press Release (January 27, 1998).
89. See Note 80, p. 10.
90. *Ibid.*, pp. 10 and 13.

Una Guía de Inmunización para Padres 121

91. See Note 43, pp. 57-58.
92. Koprowski, H. "71st anniversary of the development of live virus vaccine." *J of the Amer Med Assoc* 1960; 174:972-76.
93. Haylick, L., Koprowski, H., et al. "Preparation of poliovirus vaccines in a human fetal diploid cell strain." *American J Hyg* 1962; 75: 240-258.
94. Koprowski, Hilary. In a letter sent to the Congressional Health and Safety Subcommittee, April 14, 1961.
95. *Ibid.*
96. See Note 78, p. 159.
97. *Ibid.*
98. *Ibid.*
99. Curtis, Tom. "Expert says test vaccine: backs check of polio stocks for AIDS virus." *Houston Post* (March 22, 1992), p. A-21.
100. See Note 80, p. 5.
101. Essex, M., et al. "The origin of the AIDS virus." *Scientific American*, 1988; 259:64-71.
102. Karpas, A. "Origin and Spread of AIDS." *Nature*, 1990; 348:578.
103. Kyle, W. S. "Simian retroviruses, poliovaccine, and origin of AIDS." *Lancet*, 1992; 339:600-601.
104. Elwood, B.F. and Stricker, R.B. "Polio vaccines and the origin of AIDS." *Medical Hypothesis*, vol. 42, 1994, pp. 347-354.
105. Myers, G., et al. "The emergence of simian/human immunodeficiency viruses." *AIDS Res Human Retro* 1997; 8:373-86.
106. Workshop on Simian Virus-40 (SV-40): A Possible Human Polyomavirus, (National Vaccine Information Center, January 27-28, 1997). www.909shot.com/polio197.htm (includes a summary of evidence presented at the Eighth Annual Houston Conference on AIDS.)
107. Martin, Brian. "Polio vaccines and the origin of AIDS: The career of a threatening idea." *Townsend Letter for Doctors* (January 1994), pp. 97-100.
108. Curtis, Tom. "Did a polio vaccine experiment unleash AIDS in Africa?" *The Washington Post* (April 5, 1992), pp. C3+.
109. See Note 3, pp. 4-5.
110. See Notes 99 and 101-104.
111. See Note 52, pp. 106+.
112. See Note 78, p. 163.
113. See Note 78, p. 163.
114. Reuters Health. "Polio outbreak in Hispaniola blamed on vaccine-derived poliovirus." *Reuters Medical News* (March 15, 2002). www.reuters.com/news/article/30159
115. "Problems with eradicating polio." *Science News* (November 23, 2000), p. 248.
116. Yommer, A., et al. *Lancet* (October 28, 2000).
117. Cranje, R., et al. "Polio virus with natural recombinant genomes isolated from vaccine associated paralytic poliomyelitis." *Virology* 1993; 196:199-208.
118. See Note 4, pp. 878-89.
119. Frick, L. "Tetanus." *Gale Encyclopedia of Alternative Medicine* (2001). www.findarticles.com/cf_dls/g2603/0007/26000702/print.html
120. Skudder, J., et al. "Current status of tetanus control: importance of human tetanus-immune globulin." *Journal of the American Medical Association* 1964; 188:625-627.
121. See Note 4, pp. 878-89.
122. McComb, J.A., et al. "Passive-active immunization with tetanus immune globulin (human)." *New England Journal of Medicine* 1963; 268:873-862.
123. Mortimer, E. "Immunization against infectious disease." *Science*, Volume 200 (May 26, 1978), p. 905.
124. See Note 10, p. 36.
125. See Note 128.
126. Dunavan, C.B. "Blindsided by tetanus." *Discover/The Gale Group and LookSmart*, January 2000. www.findarticles.com/cf_dls/m151/17/21583/197/print.html
127. CDC. "Summary of notifiable diseases, United States, 1999." *MMWR* 1999 (Published April 6, 2001); 48 (No. 53):84-90.
128. Mackay, J. "Tetanus." *Virology Down Under*, 2001. www.uq.edu.au/med/tetanus.htm
129. National Advisory Committee on Immunization. *Canadian Immunization Guide* (Ottawa: Canada Communication Group Publishing, 1995), p. 116.
130. CDC. "Tetanus: United States, 1985-1986." *MMWR* 1987; 36:477-481.
131. CDC. "Tetanus: United States, 1987-1988." *MMWR* 1990; 39:74-71.
132. Oxygen Media. "Drugs: tetanus antitoxin (systemic)." *ThriveOnline*, 2001. www.thriveonline.oxygen.com/medical/library/drugs/203079b.html
133. See Note 128.
134. CDC. Figures extracted from several *Morbidity and Mortality Weekly Reports*.
135. See Note 127, p. xv.
136. Blumstein, G.L., et al. "Peripheral neuropathy following tetanus toxoid administration." *Journal of the American Medical Association* 1966; 198:1030-1031.
137. Wilson, G.S. "Allergic manifestations: post-vaccinal neuritis." *The Hazards of Immunization* (1967), pp. 153-156.
138. Tsairis, F., et al. "Natural history of brachial plexus neuropathy." *Archives of Neurology* 1972; 27:109-117.
139. Sclenska, C.K. "Unusual neurological complications following tetanus toxoid administration." *Journal of Neurology* 1971; 215:299-302.
140. Pollard, J.D., et al. "Relapsing neuropathy due to tetanus toxoid." *Journal of Neurological Science* 1978; 37:113-125.
141. Quast, U., et al. "Mono- and polyneuritis after tetanus vaccination." *Devel Bio Stand* 1979; 43:25-32.
142. Eibl, M., et al. "Abnormal T-lymphocyte subpopulations in healthy subjects after tetanus booster immunizations." *New England Journal of Medicine* (November 26, 1981); 1307-1313.
143. Buttman, H.E. and Hoffman, J.C. "Bringing Vaccines Into Perspective." *Wolters* (Winter 1985), p. 30.
144. Reinstein, L., et al. "Peripheral neuropathy after multiple tetanus toxoid injections." *Archives Phys Med Rehabilitation* 1982; 63:332-334.
145. Fenichel, G.M. "Neurological complications of tetanus toxoid." *Archives of Neurology* 1983; 40:390.
146. Holliday, P.L., et al. "Polyradiculoneuritis secondary to immunization with tetanus and diphtheria toxoids." *Archives of Neurology* 1983; 40:390.
147. Rutledge, S.L., et al. "Neurologic complications of immunizations." *Journal of Pediatrics* 1986; 109:917-924.
148. CDC. "Adverse events following immunization." *MMWR* 1985; 34(3):43-47.
149. CDC. "Recommendations of the immunization practices advisory committee (ACIP) diphtheria, tetanus and pertussis: guidelines for vaccine prophylaxis and other preventive measures." *MMWR* 1985; 34:405-426.
150. CDC. "Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions." *MMWR* 1996; 45:22-31.
151. Kroger, G., et al. "Tetanussympfung: Vertraglichkeit und Vermeidung von Nebenreaktionen." [Tetanus vaccination; tolerance and avoidance of adverse reactions.] *Klinische Wochenschrift* 1986; 64:167-175.
152. Newton, N., et al. "Guillain-Barré syndrome after vaccination with purified tetanus toxoid." *S Med J* 1987; 80: 1053-1054.
153. Schwartz, G., et al. "Acute midbrain syndrome as an adverse reaction to tetanus immunization." *Intensive Care Medicine* 1988; 15:53-54.
154. Iqbal, A.S., et al. "Immunisation triggering rheumatoid arthritis." *Annals of Rheumatic Disease* 1989; 48:174.
155. Read, S.J., et al. "Acute transverse myelitis after tetanus toxoid vaccination." *Lancet* 1997; 339:1111-1112.
156. Topaloglu, H., et al. "Optic neuritis and myelitis after booster tetanus toxoid vaccination." *Lancet* 1992; 339:178-179.
157. Institute of Medicine. *Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality*. (Washington, DC: National Academy Press, 1994).
158. Regamey, R.H. Die Tetanus-Schutzimpfung. [Tetanus immunization in *Handbook of Immunization*. In Herrlich, A., ed. *Handbuch Schutzimpfungen*. (Berlin: Springer, 1965).
159. Staak, M., et al. Zur Problematik anaphylaktischer Reaktionen nach aktiver Tetanus-Immunisierung. [Anaphylactic reaction following active tetanus immunization.] *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1973; 98:110-111.
160. Kemp, T., et al. "Is infant immunization a risk factor for childhood asthma or allergy?" *Epidemiology* 1997; 8(6):678-680.
161. Hurwitz, E.L., et al. "Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States." *J of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2000; 23:1-10.
162. See Note 143.
163. See Note 143.
164. See Note 157.
165. *Ibid.*
166. See Note 160.
167. See Note 161.
168. Fisher, B.L. *The Consumer's Guide to Childhood Vaccines*. (Vermont, VA: National Vaccine Information Center, 1997), p. 18.
169. See Note 10, p. 34.
170. See Note 2, Volume 13, p. 345.
171. Krishnamurthy, K.A., et al. "Measles a dangerous disease: a study of 1000 cases in Madurai." *Indian Pediatr*, 1974; 267-71.
172. See Note 168, pp. 17-18.
173. *Ibid.*
174. Sommer, A., et al. "Increased risk of respiratory disease and diarrhea in children with pre-existing mild vitamin A deficiency." *American J of Clinical Nutrition* 1984; 40:1090-95.
175. Sommer, A., et al. "Impact of vitamin A supplementation on childhood mortality: a randomized clinical trial." *Lancet* 1986; 11169-73.
176. Barclay, A.J.G., et al. "Vitamin A supplements and mortality reduction in measles: a randomized clinical trial." *British Medical Journal* (January 1987); 394:96.
177. Keusch, G.T. "Vitamin A supplements—too good to be true." *New England J of Medicine*, (October 4, 1990), p. 986.
178. Frieden, I.R., et al. "Vitamin A levels and severity of measles: New York City." *Am J Dis Child* 1992; 146:182-86.
179. *Pediatric Nursing* (September/October 1996).
180. U.S. Department of Health and Human Services. "Measles, Mumps, and Rubella: What You Need to Know." (Atlanta, GA: CDC, October 15, 1991), p. 1.
181. See Note 19, pp. 236-37.
182. See Note 19, pp. 236-37.
183. See Note 181, p. 237.
184. *Ibid.*
185. See Note 20, pp. 182-183.
186. FDA. "FDA workshop to review warnings, use instructions, and precautionary information [on vaccines]." (Rockland, Maryland: FDA, September 18, 1992), p. 27.
187. See Note 19, p. 236-37.
188. CDC. "Measles." *MMWR* 1989; 38:329-330.
189. Resnick, S.K. "Should you vaccinate against measles?" *Natural Health* (Jan/Feb 1992):30.
190. Gold, E. "Current progress in measles eradication in the United States." *Infect Med* 1997; 14(4):297-300, 310.
191. CDC. "U.S. Childhood Immunization Update: Measles." (March 1997).
192. CDC. "Measles—United States, 1999." *MMWR* 2000; 49(25): 557-560.
193. See Note 4, p. 1884.
194. Thompson, P.P., Wakefield, A.J. et al. "Is measles vaccination a risk factor for inflammatory bowel disease?" *Lancet* 1995; 345:1071-1074.
195. CDC. Cited in Hanley, D.Q. "Wave of infant measles stems from 60s vaccinations." *Albuquerque Journal* (November 23, 1992), p. B3.
196. CDC. "Babies of vaccinated moms more susceptible to measles." *Pediatrics* (Nov. 1999).
197. Rizzetto, M., et al. *Journal of Infectious Diseases* (January 1982), pp. 18-22.
198. National Coalition for Adult Immunization. "Facts about measles for adults." (November 8, 2000). www.nfid.org/factsheets/measlesadult.html
199. *Vaccine Injury Compensation*. Hearing Before the Subcommittee on Health and the Environment; 98th Congress, 2nd Session, (December 19, 1984), p. 110.
200. See Note 2, Volume 13, pp. 925-926.
201. See Note 19, pp. 234-236.
202. *Ibid.*
203. *Ibid.*
204. See Note 168, pp. 18-19.
205. U.S. Department of Health and Human Services. "Measles, Mumps, and Rubella: What You Need to Know." (Atlanta, GA: CDC, October 15, 1991), p. 1.
206. McKinley Health Center. "Mumps vaccine." *University of Illinois* (October 5, 1998). www.mckinley.uic.edu/health-info/discord/vaccinum/mumpsvac.html
207. CDC Fact Sheet. "Facts about mumps for adults." *National Coalition for Adult Immunization* (April 2000). www.nfid.org/factsheets/mumpsadult.html
208. See Notes 200, 201, 204, 205, and 206.
209. Diodati, Catherine. *Immunization: History, Ethics, Law and Health*. (Windsor, Ontario, Canada: Integral Aspects Inc., 1999), p. 113.
210. Scheibner, Viera. *Vaccination; 100 Years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System*. (Blackheath, NSW, Australia: Scheibner Publications, 1993), p. 98.
211. See Notes 209 and 210.
212. See Note 168, p. 19.
213. CDC. "Summary of notifiable diseases, United States, 1993."

122 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

- MMWR 1994; 42: No. 53.
214. See Note 4, p. 1976.
215. Minnesota Department of Health. Figures cited by Christina Abel, of the *Minnesota Vaccine Support Group*, in a February 10, 2001 email.
216. Kaplan, K.M., et al. "Further evidence of the changing epidemiology of childhood vaccine-preventable diseases." *Journal of the American Medical Association* 1988; 260(10):1434-1438.
217. See Note 210, p. 106.
218. Brass, J.A., et al. "Sustained transmission of mumps in a highly vaccinated population: assessment of vaccine failure and waning vaccine-induced immunity." *J of Infectious Diseases* 1994; 169:77-82.
219. See Notes 4, p. 1976 and 168, pp. 18-19.
220. See Note 19, pp. 24-26; Note 68; Note 206.
221. CDC. "Mumps—United States, 1985-1988." *MMWR* 1989; 38:101-05.
222. *Ibid.*
223. See Note 4, pp. 1954 and 1977.
224. Helmke, K., et al. "Islet cell antibodies and the development of diabetes mellitus in relation to mumps infection and mumps vaccination." *Diabetologia* 1984; 29:30-36.
225. Fescharek, R., et al. "Measles-mumps vaccination in the FRG: an empirical analysis after 14 years of use. II. Tolerability and analysis of spontaneously reported side effects." *Vaccine* 1990; 8:446-456.
226. Pawlowski, B., et al. "Mumps vaccination and type-1 diabetes." *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1991; 116:635.
227. Adler, J.B., et al. "Pancreatitis caused by measles, mumps, and rubella vaccine." *Pancreas* 1991; 6:489-490.
228. Albomico, H., et al. "The immunization campaign against measles, mumps and rubella—coercion leading to a realm of uncertainty: medical objections to a continued MMR immunization campaign in Switzerland." *AM* 1982; 9(1).
229. Maclaren, N., et al. "Is insulin-dependent diabetes mellitus environmentally induced?" *New England Journal of Medicine* 1992; 327:348-349.
230. See Note 39.
231. Miller, E., et al. "Risk of aseptic meningitis after measles, mumps, and rubella vaccine in U.K. children." *Lancet* 1993; 341:979.
232. Sawada, et al. *Lancet* 1993; 342:371.
233. See Note 15.
234. See Note 2, Volume 16, p. 506.
235. *Ibid.*
236. See Note 4, p. 1966.
237. Plotkin, S.A. "Development of RA27/3 attenuated rubella virus grown in WI-38 cells." *Wistar Institute of Anatomy and Biology. Cited in International Symposium on Rubella Vaccines, London 1968; Symposium Series on Immunobiol. Standards (Karger, Basel/New York, 1969); 11:249-260.*
238. Haythick, L., et al. "The serial cultivation of human diploid cell strains." *Exp. Cell Res.* 1965; 110:375-389.
239. Plotkin, S.A., et al. "Studies of immunization with living rubella virus. I. Trials in children with a strain cultured from an aborted foetus." *Am. J. Hyg.* 1963; 110:375-389.
240. Hoskins, M., et al. "Behaviour of rubella virus in human diploid cell strains. I. Growth of virus. II. Studies of infected cells." *Arch. Sex. Virusforsch* 1967; 21:283-296.
241. Haythick, L., et al. "The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains." *Exp. Cell Res.* 1965; 37:614-636.
242. See Note 4, p. 1966.
243. Chandler, J.K., et al. "Persistent rubella infection and rubella-associated arthritis." *Lancet* (June 12, 1982); 1323-1325.
244. Ingle, A.J., et al. "Prolonged arthritis, viraemia, hypogammaglobulinaemia, and failed seroconversion following rubella immunisation." *Lancet* 1984; 1:1475-1476.
245. Ingle, A.J., et al. "Postpartum rubella immunization: association with development of prolonged arthritis, neurological sequelae, and chronic rubella viraemia." *Journal of Infectious Diseases* 1985; 152:606-612.
246. Ingle, A.J., et al. "Rubella-associated arthritis. Comparative study of joint manifestations associated with natural rubella infection and RA27/3 rubella immunisation." *Annals of the Rheumatic Diseases* 1986; 45:110-114.
247. Kirov, A.W., et al. "Two syndromes following rubella immunization." *JAMA* 1970; 224:287-292.
248. Gilman, K.C., et al. "Rubella vaccine myelodysplasia." *Journal of Pediatrics* 1972; 80:406-412.
249. Schaffner, W., et al. "Polyneuropathy following rubella immunization: a follow-up study and review of the problem." *American Journal of Diseases of Children* 1974; 127:682-688.
250. Institute of Medicine. *Adverse Effects of Pertussis and Rubella Vaccines*. (Washington, DC: National Acad Press, 1991).
251. Mühlebach-Sponer, M., et al. "Intrathecal rubella antibodies in an adolescent with Guillain-Barré syndrome after mumps-measles-rubella vaccination." *Euro J of Pediatrics* 1994; 154:166.
252. See Note 39.
253. Coulter, Harris. "Childhood vaccinations and Juvenile-Onset (Type-1) diabetes. Congressional Testimony. Committee on Appropriations, Subcommittee on Labor, Health and Human Services, Education, and Related Agencies, (April 16, 1997).
254. Numazaki, K., et al. "Infection of cultured human fetal pancreatic islet cells by rubella virus." *American Journal of Clinical Pathology* 1989; 91:446-451.
255. Rayfield, E.J., et al. "Rubella virus-induced diabetes in the hamster." *Diabetes* (December 1986); 35:1278-1281.
256. Coyle, P.K., et al. "Rubella-specific immune complexes after congenital infection and vaccination." *Infection and Immunity* (May 1982); 36(2):498-503.
257. Lieberman, A.D. "The role of the rubella virus in the chronic fatigue syndrome." *Clinical Ecology* 1991; 7(3):51-54.
258. Allen, A.D. "Is RA27/3 rubella immunization a cause of Chronic Fatigue?" *Medical Hypotheses* 1988; 27:219.
259. *Ibid.*, p. 220.
260. *Ibid.*
261. *Ibid.*, p. 217.
262. These personal stories are typical of the unsolicited emails received by *Thinktwice Global Vaccine Institute*. www.thinktwice.com
263. Cherry, J.D. "The 'new' epidemiology of measles and rubella." *Hospital Prac.* (July 1980); 56.
264. Spika, J.S., et al. "Rubella vaccination: a course becomes clear." *Canadian Medical Assoc.* (July 15, 1983); 129(2):106-110.
265. See Note 19, p. 240.
266. See Note 263, p. 55.
267. Bart, K.J., et al. "Universal immunization to interrupt rubella." *Review of Infectious Diseases* 1985; 7(1):S177-184.
268. Crowder, M., et al. "Rubella susceptibility in young women of rural East Texas: 1980 and 1988." *Texas Med* 1987; 83:43-47.
269. CDC. "Rubella and congenital rubella syndrome—United States, 1985-1988." *MMWR* 1989; 38:173-178.
270. CDC. "Current trends increase in rubella and congenital rubella syndrome—United States, 1988-1990." *MMWR Weekly* (February 15, 1991); 40(6):93-99.
271. Baker, B. "Rubella ready for possible worldwide eradication." *Pediatric News* 2000; 34(1):18.
272. Bureau of Notifiable Diseases, United States, 1995." *MMWR Weekly* (October 25, 1996); 44(53): 1-8.
273. CDC. "Notifiable diseases/deaths in selected cities weekly information." *MMWR Weekly* (January 5, 2001); 49(51): 1167-74.
274. See Note 263, p. 55.
275. See Note 273.
276. *Ibid.*
277. Rubella—Public Health Information Sheet." *March of Dimes Birth Defects Foundation* (White Plains, NY: October 1984), CDC data.
278. See Note 272.
279. Peik, B.F., et al. "An outbreak of rubella among hospital personnel." *New England Journal of Medicine* 1980; 303:541-545.
280. Orenstein, W.A., et al. "Rubella vaccine and susceptible hospital employees: poor physician participation." *Journal of the American Med Association* (February 20, 1981); 245(7): 711-715.
281. Sacks, J.J., et al. "Employee rubella screening program." *Journal of the American Med Association* 1983; 249:2675-2678.
282. See Note 19, p. 24.
283. See Note 2, Volume 5 (1994), pp. 215-216.
284. *Ibid.*
285. Mackay, I. "Diphtheria: antitoxin." *Virology Down Under*. www.edu.au/vdu/diphth.htm
286. Mortimer, E.A., et al. "Immunization against infectious disease." *Science* 1978; 200:902.
287. See Note 4, pp. 785-787.
288. Elben. *Vaccination Condemned*, (Los Angeles: Better Life Research, 1981), p. 57. Data taken from government statistics in New York.
289. *New York Health Bulletin* (February 1924).
290. Dublin, L., et al. *Twenty-Five Years of Health Progress* (New York: Metropolitan Life Insurance Company, 1937), p. 60.
291. See Note 4, p. 782, and Note 294.
292. CDC. Data published in several *Morbidity and Mortality Weekly Reports*.
293. CDC. "Summary of notifiable diseases, 1992." *MMWR* 1993; 41(10): 161-162.
294. CDC. "Summary of notifiable diseases, 1999." *MMWR* (April 6, 2001); 48(53): 84-90.
295. CDC. "Notifiable diseases/deaths in selected cities weekly information." *MMWR Weekly* (Jan 5, 2001); 49(51):1167-1174.
296. See Note 20, pp. 161-162.
297. See Note 290, p. 56.
298. Bureau of Food and Drugs. "Minutes of the 15th meeting of the panel of review of bacterial vaccines and toxoids with standards and potency." *Food and Drug Admin* (November 20-21, 1975).
299. See Note 4, p. 782, and Note 294.
300. Hardin, J., et al. "Current situation and control strategies for resurgence of diphtheria in newly independent states of the former Soviet Union." *Lancet* 1996; 347:1759-1764.
301. Buresno, E., et al. "Diphtheria: epidemiological update and review of prevention and control strategies." *European Journal of Epidemiology* 1997; 13:527-34.
302. Associated Press and Reuters. "FDA recalls diphtheria vaccine found to be too weak." *CNN Interactive* (January 29, 1999). www.cnn.com/health/990129/diphtheria.recall
303. *Ibid.*
304. See Note 10.
305. *Ibid.*
306. See Note 20, pp. 164-165.
307. Halperin, et al. "Persistence of Pertussis in an Immunized Population: Results of the Nova Scotia Enhanced Pertussis Surveillance Program." *Journal of Pediatrics* (Nov. 1989), pp. 686-693.
308. Pichichero, M.E., et al. "Diphtheria-Pertussis-Tetanus vaccine: reactogenicity of commercial products." *Pediatrics* (Feb. 1979), pp. 286-291.
309. U.S. Department of Health and Human Services, 20th *Immunization Conference Proceedings, Dallas, Texas, May 6-9 1985* (October 1985), pp. 83-84.
310. *Vaccine Bulletin* (February 1987), p. 11.
311. Christie, D.C., et al. "The 1993 epidemic of pertussis in Cincinnati: resurgence of disease in a highly immunized population of children." *New England J of Medicine* (July 1, 1994), pp. 16-20.
312. Aventis Pasteur, Inc. "Diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis vaccine adsorbed—Tripedia." Product insert from the vaccine manufacturer, as of December 2003.
313. *Ibid.*
314. Coulter, H.L. and Fisher, B.L. *A Shot in the Dark: Why the P in DTP Vaccination May be Hazardous to Your Child's Health*. (NY: Avery Publishing Group, 1991), pp. 13-14.
315. Cherry, Brunell, et al. Report of the task force on pertussis and pertussis immunization." *Pediatrics*, 81:6, pt. 2 (June 1988), p. 943.
316. Coulter, H.L. *Vaccination, Social Violence, and Criminality: The Medical Assault on the American Brain*, (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 1990), p. xiv.
317. See Note 314, p. 11.
318. *Ibid.*, pp. 32-34.
319. *Whooping Cough, the DPT Vaccine and Reducing Vaccine Reactions* (Vienna, VA: National Vaccine Information Center 1989), pp. 10-16.
320. *Immunization: Survey of Recent Research*, (United States Department of Health and Human Services, April 1983), p. 76.
321. "Nature and the Rates of Adverse Reactions Associated with DTP and DT Immunizations in Infants and Children," *Pediatrics*, Volume 68, No. 5 (November 1981).
322. Ojenti, M., et al. "Pertussis vaccination and asthma: is there a link?" *Journal of the American Medical Association* (August 24/31, 1994), pp. 592-593.
323. See Note 161.
324. Walker, A.M. "Does pertussis vaccine cause sudden infant death?" *Presentation for Institute of Medicine Workshop on Possible Adverse Consequences of Pertussis and Rubella Vaccines* (Washington, DC, May 14, 1990). Unpublished.
325. Fine, G.M. "Confounding in studies of adverse reactions to vaccines." *American J of Epidemiol*, 136, (1992), pp. 121-35.
326. See Note 314, p. 51.
327. Schepmerova, V., *Cot Death as Due to Exposure to Non-Specific Stress and General Adaptation Syndrome: Its Mechanisms and Prevention* (New South Wales, Australia: Association for Prevention of Cot Death, October 1990).
328. Schepmerova, V. and Karpsson, L. *Association Between Non-specific Stress Syndrome, DPT Injections, and Cot Death* (2nd Immunization Conf., Canberra, Australia, May 27-29, 1991).
329. See Note 210, pp. 32-102, 225-235.
330. Torch, W. "Diphtheria-pertussis-tetanus (DPT) immunization: A potential cause of the sudden infant death syndrome (SIDS)." (*American Academy of Neurology*, 34th Annual Meeting, Apr. 25-May 1, 1991). *Neurology* 52(4): 61-62.
331. *Vaccine Injury Compensation*. Hearing Before the Committee

Una Guía de Inmunización para Padres 123

- on Labor and Human Resources; 98th Congress, 2nd Session, (May 3, 1984), pp. 63-67.
332. See Note 7, p. 208-210.
333. Cherry, J.D., "The future use of acellular pertussis vaccines in the U.S." *Vaccine Bulletin* (January 1987), p. 2.
334. Tompson, M. In *But Doctor, About That Shot... The Risks of Immunizations and How to Avoid Them* by Mendelsohn, R.S. (Evanston, IL: The People's Doctor Newsletter, Inc., 1988):96.
335. See Note 314, pp. 210-212.
336. Storsaeter, P., et al. "Mortality and morbidity from invasive bacterial infections during a clinical trial of acellular pertussis vaccines in Sweden." *Pediatric Infect Dis J* 1988; 7: 637-645.
337. Blennow, M., et al. "Adverse reactions and serologic response to a booster dose of acellular pertussis vaccine in children immunized with acellular or whole-cell vaccine as infants." *Pediatrics* 1989; 84, PR-62-67.
338. *AAP News Release* (April 15, 1992).
339. See Note 198, p. 37.
340. See Note 262.
341. Jacobson, I. M., Dienstag, J.L., et al. "Lack of effect of hepatitis B vaccine of 1-cell epitopes." *New England Journal of Medicine* 1984; 311(16):1030-1032.
342. See Note 157.
343. Alter, M.J., Hadler, S.C., et al. "The changing epidemiology of hepatitis B in the United States." *Journal of the American Medical Association* 1990; 263:1218-1222.
344. See Note 210, p. 3.
345. See Note 7, p. 171.
346. Stevens, C.E., et al. "Prospects for control of hepatitis B virus infection: implications of childhood vaccination and long-term protection." *Pediatrics* 1992; 90:176-178.
347. *New England Journal of Medicine*, July 24, 1986.
348. Street, A.C., et al. "Persistence of antibody in healthcare workers vaccinated against hepatitis B." *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1990; 11:523-530.
349. Passio, M.J., Beam, T.R. "Persistence of anti-HBs among health care personnel immunized with hepatitis B vaccine." *American Journal of Public Health* 1990; 80:590-593.
350. World Health Organization. "Hepatitis B vaccines: immunogenicity reappraised." *WHO Drug Information* 1994; 8(2).
351. Goffin, E., et al. "Acute hepatitis B infection after vaccination." *Lancet* 1995; 345:263.
352. Ballinger, A.B., Clark, M.L. "Severe acute hepatitis B infection after vaccination." *Lancet* 1994; 344:1292-1293.
353. Freed, G.L., et al. "Reactions of pediatricians to a new Centers for Disease Control recommendation for universal immunization of infants with hepatitis B vaccine." *Pediatrics* 1993; 91:699-702.
354. Freed, G.L., et al. "Family physician acceptance of universal hepatitis B immunization of infants." *Journal of Family Practice* 1993; 36:15-18.
355. Dienstag, J.L., and Ryan, D.M. "Occupational exposure to hepatitis B virus in hospital personnel: infection or immunization?" *American J of Epidemiology* 1982; 115(1):26-39.
356. Classen, John Barthelow. "The Diabetes Epidemic and the Hepatitis B Vaccine." *New Zealand Med J*, May 24, 1996, p. 366.
357. Classen, John Barthelow. "Childhood Immunisation and Diabetes Mellitus." *New Zealand Med J*, May 24, 1996, p. 195.
358. Gross, K., et al. "Arthritis after hepatitis vaccination: report of three cases." *Scandinavian J of Rheumatology* 1995; 24:50-52.
359. Vautier, G., Carter, J. "Acute sero-positive rheumatoid arthritis occurring after hepatitis vaccination." *British Journal of Rheumatology* 1994; 33:991.
360. Lile, D., Ghosh, S.K. "Liver dysfunction and DNA antibodies after hepatitis B vaccination." *Lancet* 1994; 344:1292-1293.
361. Poulain, P., Gabriel, B. "Thrombocytopenic purpura after recombinant hepatitis B vaccine." *Lancet* 1994; 344:1293.
362. Ipevsant, I., et al. "Transverse myelitis following hepatitis B vaccination." *Journal of Hepatology* 1993; 19:317-318.
363. Morris, K., et al. "Nature and frequency of adverse reactions following hepatitis B vaccine injection in children in New Zealand, 1985-1988." Presented at the Vaccine Safety Committee, Institute of Medicine, Washington, DC, May 4, 1992.
364. Martinez, E., Domingo, P. "Evans' syndrome triggered by recombinant hepatitis B vaccine." *Clinical Infectious Diseases* 1992; 15:192.
365. Herroelen, L., et al. "Central nervous system demyelination after immunization with recombinant hepatitis B vaccine." *Lancet* November 9, 1991; 338:1174-1175.
366. Hachulla, E., et al. "Reactive arthritis after hepatitis B vaccination." *Journal of Rheumatology* 1990; 17:1250-1251.
367. *Australian Adverse Drug Reactions Bulletin*, August 1990.
368. Shaw, F.E., Graham, D.J., et al. "Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination." *American J of Epidemiology* 1988; 127(2):337-352.
369. Riber, L.F., Dutka, A.J. "Polyneuropathy associated with administration of hepatitis B vaccine." *New England Journal of Medicine* 1983; 309:614-615.
370. See Notes 39 and 157.
371. Read the manufacturer's warnings on the hepatitis B vaccine package inserts.
372. See Note 262.
373. See Note 19, p. 246.
374. National Foundation for Infectious Diseases. "What Parents Need to Know About Chickenpox," (informational pamphlet). Bethesda, MD.
375. Prebid, S.R. "Varicella: complications and costs." *Pediatrics* 1986; 78:728-735.
376. See Note 7, p. 180. Also see Notes 374 and 375.
377. Halloran, M.E., et al. *American J of Epidemiology* 1994; 140:81-104. As cited in *Medical Sciences Bulletin*, "Chickenpox vaccine approved." (April 1995), p. 2. www.pharminfo.com/pubs/msb/chpox.html
378. Imai, A., et al. *Journal of the American Medical Association*, 1994; 271:375-381. As cited in *Time*, "Chicken Pox conundrum." (July 19, 1993), p. 53.
379. Watson, B.M., et al. "Modified chickenpox in children immunized with Oka-Merck varicella vaccine." *Pediatrics*, 1993; 91:1-5.
380. Naruse, H., et al. "Varicella infection complicated with meningitis after immunization." *Acta Paediatrica Japonica* 1993; 33:445-47.
381. American Academy of Pediatrics. "The chickenpox vaccine: What parents need to know" (public education brochure), p. 3. Reprinted online: www.aap.org/family/chickenpox.htm
382. Wise, Robert P., et al. "Postlicensure safety surveillance for varicella vaccine." *Journal of the American Medical Association* (JAMA), 284:10 (September 13, 2000), pp. 1271-79.
383. See Note 39.
384. See Note 382, p. 1278.
385. See Note 168, p. 45.
386. Salzman, M.L., et al. "Transmission of varicella-vaccine virus from a healthy 12-month-old child to his pregnant mother." *Journal of Pediatrics* (July 1997); 131(1 Pt 1):151-54.
387. See Note 382, p. 1277.
388. As noted on the chickenpox vaccine manufacturer's product labels.
389. As reported in an NVIC press release on the chickenpox vaccine. Sep 13, 2000. www.909shot.com/chickenpox/vaxers9-13-00.htm
390. See Note 382.
391. *Ibid.*
392. *Ibid.*, p. 1273; Table 1.
393. *Ibid.*, pp. 1274 and 1278.
394. Kimmah, D., et al. *Nature Medicine* 2000; 6:381-82, 451-54.
395. McKimney, M. "Varicella zoster vaccine reactivates when immunity declines." *Reuters Health*. www.id.medscape.com/reuters/prof/2000/03/03_29/pb03290c.html
396. Plotkin, S. "Hell's fire and varicella-vaccine safety." *New England Journal of Medicine* 1988; 318:373-75.
397. Kohl, S., et al. "Natural varicella-zoster virus reactivation shortly after varicella immunization in a child." *Pediatric Infectious Disease Journal* 1999; 18:1112-1113.
399. Gellis, S. "Pediatric notes: The weekly commentary," Vol. 11:2 (January 15, 1987).
400. Broome, C.V. "Epidemiology of Haemophilus influenzae type b infection in the United States." *Pediatric Infectious Disease Journal* 1987; 6:779-82.
401. Mendelsohn, Robert S. "New vaccine to combat day care infections." *The People's Doctor Newsletter*, Vol. 9:11, p. 3. Figures reported by Dr. Stephen H. Coen of the CDC.
402. Eskola, J. "Combined vaccination of Haemophilus influenzae type b conjugate and diphtheria-tetanus-pertussis containing acellular pertussis vaccine." *Pediatric Infectious Disease*, Dec. 1, 1999. www.indarticles.com/cfo/m/835/01953458184139/pl/article.html
403. National Institutes of Health. "The haemophilus influenzae type b (Hib) vaccine—long-term research pays off." www.niaid.nih.gov/publications/economic/vaccine.htm
404. *Ibid.*
405. "Updates: Vaccine Use Extended to Infants," *FDA Consumer*, Jan. February 1992, p. 2.
406. Centers for Disease Control and Prevention. "Frequently asked questions about Haemophilus influenzae type b (Hib) and Hib vaccine." www.cdc.gov/nip/Q&A/clmq/hib.html
407. *Ibid.*
408. See Note 403.
409. See Note 406.
410. *Ibid.*
411. Adams, W.G., et al. "Decline of childhood haemophilus influenzae type b (Hib) disease." *Journal of the American Medical Association*, 1991; 269:221-226.
416. Smitman, S.L. "Update on bacterial meningitis." *Journal of Child Neurology*, 1988; 3:82-93.
413. See Note 406.
414. Seel, S.H. "Haemophilus influenzae type b meningitis: manifestations and long-term sequelae." *Pediatric Infectious Disease Journal* 1987; 6:778-778.
415. See Notes 406 and 411.
416. Smith, E., et al. "Changing incidence of haemophilus influenzae meningitis." *Pediatrics*, 1972; 50(5):723-727.
417. Bjune, G., et al. "Effect of outer membrane vesicle vaccine against group b meningococcal disease in Norway." *Lancet*, 1991; 338(7510):991-996.
418. See Note 168, p. 20.
419. Craighead, J.E. "Report of a workshop: disease accentuation after immunization with inactivated microbial vaccines." *Journal of Infectious Diseases*, 1975; 131(6):749-54.
420. See Note 17. Authors of this study concluded that DPT injections are an important cause of "provocative disease."
421. Humnan, A., et al. "Immunization practices in developed countries." *Lancet*, 1990; 335:707-710.
422. Kimura, M., et al. "Acellular pertussis vaccines and fatal infections." *Lancet* (April 16, 1988); 881-882.
423. See Note 210, pp. 132-133.
424. See Note 168, p. 21.
425. See Note 406.
426. Zwillig, Todd. "Hib rates in U.S. children higher among minorities than whites." *Reuters Medical News*, (August 18, 2000). www.id.medscape.com/reuters/prof/2000/08/18/20000818epd000.html
427. See Note 406.
428. *Physician's Desk Reference* (PDR); 53rd Edition. Medical Economics, 1999, p. 3072.
429. See Note 426.
430. *Ibid.*
431. Mendelsohn, Robert, *But Doctor, About That Shot... The Risks of Immunizations and How to Avoid Them*, (Evanston, IL: The People's Doctor Newsletter, Inc., 1988), p. 88.
432. Weiss, R. "Meningitis Vaccine Stir Controversy." *Science News*, Vol. 132; October 24, 1987, p. 260.
433. American Academy of Pediatrics. "Policy Statement: Haemophilus b polysaccharide vaccine (HbPV)." *AAP News*, (November 1987); p. 1.
434. Black, S., et al. "Efficacy of Haemophilus influenzae type b capsular polysaccharide vaccine." *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1988; 7:149-156.
435. Harrison, L.H., et al. "A day care-based study of the efficacy of Haemophilus influenzae type b polysaccharide vaccine." *Journal of the American Medical Association*, 1988; 260:1413-1418.
436. Osterholm, M.T., et al. "Lack of efficacy of Haemophilus b polysaccharide vaccine in Minnesota." *Journal of the American Medical Association*, 1988; 260:1423-1428.
437. Shapiro, E.D., et al. "The protective efficacy of Haemophilus influenzae polysaccharide vaccine." *Journal of the American Medical Association*, 1988; 260:1419-1422.
438. Himer, E.E., et al. "Spectrum of disease due to Haemophilus influenzae type b occurring in vaccinated children." *Journal of Infectious Disease*, 1988; 158(2):343-48.
439. Gellis, S. "Pediatric Notes: The Weekly Pediatric Commentary," Vol. 11:2 (Jan. 15, 1987).
440. Daum, R.S., et al. "Decline in serum antibody to the capsule of Haemophilus influenzae type b in the immediate postimmunization period." *Journal of Pediatrics*, 1989; 114:762-77.
441. Marchant, D.D., et al. "Depression of anticapsular antibody after immunization with Haemophilus influenzae type b polysaccharide-diphtheria conjugate vaccine." *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1989; 8:70-81.
442. Sood, S.K., et al. "Disease caused by Haemophilus influenzae type b in the immediate period after homologous immunization: immunologic investigation." *Pediatrics*, 1990; 85 (4 Pt 2):698-704.
443. See Note 262.
444. See Notes 39 and 157.
445. See Note 428, pp. 1521.
446. Gervais, M., et al. "Guillain-Barré syndrome following

124 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

- immunization with Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine." *European Journal of Pediatrics*, 1993; 152: 613-14.
447. D'Cruz, O.F., et al. "Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (Guillain-Barre syndrome) after immunization with Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine." *Journal of Pediatrics*, 1989; 115: 743-46.
448. Vahnen, C.M., et al. "Effectiveness and safety of an Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine (PRP-1) in young infants." *Pediatrics*, 1993; 92: 272-79.
449. Ward, J., et al. "Efficacy of a Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine in Alaska native infants." *New England Journal of Medicine*, 1990; 323(2): 1393-1401.
450. Milstien, J.B., et al. "Adverse reactions reported following receipt of Haemophilus influenzae type b vaccine: an analysis after one year of marketing." *Pediatrics*, 1987; 80: 2107-14.
451. Granoff, D.M., et al. "Response to immunization with Haemophilus influenzae type b polysaccharide-pertussis vaccine and risk of haemophilus meningitis in children with the km(1) immunoglobulin allotype." *J Clin Investigation*, 1984; 74: 1708-14.
452. Dokkeel, T.M. "An epidemic of childhood diabetes in the United States." *Diabetes Care*, 1993; 16: 1601-1611.
453. Gardner, S., et al. "Rising incidence of insulin dependent diabetes in children under 5 years in Oxford region: time trend analysis." *British Medical Journal*, 1987; 315: 713-716.
454. Karvonen, M., et al. "Association between type 1 diabetes and Haemophilus influenzae type b vaccination: birth cohort study." *British Medical Journal*, 1999; 318: 1169-1172.
455. Classen, J.B., et al. "Haemophilus vaccine study in Finland supports a relationship between vaccines and diabetes." www.vaccines.net/newpage16.htm
456. Classen, J.B., et al. "Association between type 1 diabetes and Hib vaccine." *British Medical Journal*, 1999; 319: 1133.
457. PRNewswire. "Haemophilus meningitis vaccine linked to diabetes increase; many diabetics may be eligible for compensation." May 7, 1999. www.islet.org/forum011/messages/7958.htm
458. See Note 457.
459. See Note 457.
460. Ibid.
461. See Notes 456 and 457.
462. See Note 456.
463. Classen, J.B. "Public should be told that vaccines may have long term adverse effects." *British Medical Journal*, 1999; 318: 193.
464. See Note 456.
465. See Note 262.
466. As noted on the inserts from the vaccine manufacturer (clinical pharmacology, severe pneumo, coryza meningitis PI.html
467. See Note 428, pp. 1524 and 1861.
468. Ibid., p. 1534.
469. Jamelli, V.R. "Pneumococcus (Prevnar)." www.KeepKidsHealthy.com/welcome/immunizations/pneumococcus.html
470. Forrester, H.L., et al. "Inefficacy of pneumococcal vaccine in a high-risk population." *American J of Med*, 1987; 83: 425-30.
471. Simberloff, M.S., et al. "Efficacy of pneumococcal vaccine in high-risk patients: results of a Veterans Administration cooperative study." *New England J of Med*, 1986; 315: 1318-27.
472. "Pneumococcal vaccines ineffective." *Utah Vaccine Awareness Coalition*, December 2000, Vol.2, No. 3, p. 6.
473. Doren, J. "FDA approves new version of Prevnar." www.online.wsj.com/Feb_20_2010
474. Weyth, "Prevnar 13 (Pneumococcal 13-valent Conjugate Vaccine [Diphtheria CRM197 Protein])." February 2010.
475. Ibid.
476. Book Report of the Committee on Infectious Diseases, 23rd edition. *American Academy of Pediatrics*, 1994; 371.
477. Black, S., Shinefield, H., et al. "Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children." Northern California Kaiser Permanente Vaccine Study Center Group. *Pediatric Infectious Disease Journal*, March 2000; 19(3): 187-95.
478. Black, S., Shinefield, H., et al. "Efficacy of heptavalent conjugate pneumococcal vaccine (Lederle Laboratories) in 37,000 infants and children." Results of the Northern California Kaiser Permanente Efficacy Trial. 36th ICAAC, San Diego, CA. September 24-27, 1998.
479. See Note 466 (warnings). www.pneumo.com/vaccine/PI.html
480. Overturf, G. "Technical report: prevention of pneumococcal infections, including the use of pneumococcal conjugate and polysaccharide vaccines and antibiotic prophylaxis (RE9960)." *American Academy of Pediatrics and the Committee on Infectious Diseases*. www.aap.org/policy/re9960f.html
481. See Note 466 (adverse reactions). www.pneumo.com/vaccine/PI.html
482. See Note 262.
483. Department of Health and the Health Education Authority. "Meningococcal C vaccine (Meningitis C) factsheet." 1999, p. 1. British.
484. See Note 428, p. 2339.
485. Replacement charter for "Immunisation against infectious disease." 1996; Chapter 23, Meningococcal. [British] Department of Health. (Published by the NHS Executive.) www.doh.gov.uk/meningitis-vaccine/chapter23.htm
486. Ibid.
487. Communicable Disease Surveillance and Response. Meningococcal Disease Update: 1998 Cases and Deaths of Meningococcal Disease Reported to WHO/WHO OIS, 1998. (Last updated July 11, 2000). www.who.int/emc/diseases/meningitis/1998meningitabl.html
488. PRNewswire. "North American Vaccine accelerates timeline for seeking approval for meningitis vaccine." April 12, 1999. www.findarticles.com/m4PRN/1999_April_12/54341659/pl/article.html
489. Varnell, M. "CDC recommends college students get meningococcal vaccine." *Reuter's Medical News*, July 3, 2000.
490. See Note 483.
491. "The new Meningitis C vaccine." [British] Department of Health. (Published by the NHS Executive.) www.doh.gov.uk/meningitis-vaccine/newvaccine.htm
492. Woodman, R. "Meningitis C vaccine not responsible for deaths." *Reuter's Medical News*, September 5, 2000.
493. Ibid.
494. See Note 428, p. 2339 and Note 485.
495. "Frequently asked questions about meningitis." [British] Department of Health. (Published by Health Promotion England.) www.immunisation.org.uk/menfaq.html
496. Ibid.
497. See Note 262.
498. Meningococcal disease and college students. *MMWR*, 2000; 49(RR-7): 13-20.
499. Steele, R.W. "Pediatric ID Update: The HUS-Antibiotic Connection and Vaccine News." *Meningococcal Vaccine for College Students*. *Medscape Infectious Diseases*, 2000.
500. Ibid.
501. CDC. "Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)." *MMWR Weekly* (October 1, 1999); 48(RR12): 1-37.
502. Merck Data Sheet. "Hepatitis A." Merck & Co. www.merck.com/diseases/preventable/hepa
503. See Note 501.
504. Department of Human Services, Australia. "Hepatitis A: the facts." www.hna.hba.vic.gov.au/phb/9911053/index.htm
505. See Note 501.
506. Ibid.
507. Winkler, D. "Hepatitis A facts." *Concerned Parents for Vaccine Safety*. www.access1.net/via/vaccine/hepafacts.htm
508. See Notes 501, 502, and 504.
509. See Note 501.
510. See Notes 501 and 507.
511. SmithKline Beecham Biologicals, unpublished data, 1995. As cited in Note 501.
512. See Notes 39 and 501.
513. See Note 507.
514. See Note 501.
515. CDC. "Respiratory syncytial virus." National Center for Infectious Disease, 1999. www.cdc.gov/ncidod/dvrd/nrvsv/rsvfeat.htm
516. Public Health Laboratory Service, United Kingdom. "Seasonal diseases: respiratory syncytial virus (RSV) infections." www.phls.co.uk/seasonal/RSV13.htm (March 16, 2000.)
517. Baltimore, V.G. "RSV—a serious subject." *The Triplet Connection*, 2000. www.tripletconnection.com/rsv_new.html
518. See Note 515.
519. Ibid.
520. See Note 517.
521. Travel and Health. "Questions and answers on Synagis." www.travelandhealth.com/synagis.htm
522. Applied Genetic News. "Eat your vaccine, dear." *Business Communications Company* (August 2000). www.findarticles.com/cf_dls/mODED1_21/65016226/p1/article.html
523. See Note 517.
524. FDA. "FDA licenses biotech product to prevent serious RSV disease." *U.S. Department of Health and Human Services* (June 19, 1998). www.fda.gov/bbs/topics/answers/ans00878.html
525. "Package inserts." Synagis (Palivizumab) for intramuscular administration. *Medimmune, Inc.*, 1999. www.medimmune.com/products/html/pis/synagisn.html
526. "Recovery of a cytopathogenic agent from chimpanzees with coryza (22538)." *Proc Soc Exp Biol Med*, 1956; 92: 544-49.
527. See Note 210, p. 153.
528. Ibid.
529. Parrot, R.H., et al. "II. Serological studies over a 34-month period in children with bronchiolitis, pneumonia and minor respiratory disease." *JAMA*, 1961; 176(8): 651-57.
530. Chanock, R.M., et al. "Respiratory syncytial virus." *Journal of the American Medical Association* 1961; 176(8): 647-53.
531. Ibid.
532. Hammarian, V., et al. "Recovery of new viruses (coryza) from cases of common cold in human adults." *Proc Soc Exp Biol Med* 1961; 108: 444-453.
533. See Note 525.
534. Keep Kids Healthy. "Preventing RSV." www.KeepKidsHealthy.com/welcome/infections/guide/preventing_rsv.html (2002.)
535. "More on cost of synagis..." (Posted March 26, 1999 on an internet forum: www.home.vicnet.net.au/~garyh/preemie_forum/old-messages/4799.html)
536. The Impact RSV Study Group. "Palivizumab, a humanized respiratory syncytial virus monoclonal antibody, reduces hospitalization from respiratory syncytial virus infection in high-risk infants." *Pediatrics* 1998; 102: 531-537.
537. See Note 525.
538. See Notes 525 and 536.
539. Ibid.
540. Ibid.
541. Ibid.
542. Lant, Carl *Awesome Green* (Angleton, TX: Biotech Publications, 1994), pp. 108-115.
543. See Congressional Bill, H.R. 78, 103rd Congress, 1st Session (January 5, 1995).
544. Miskowitz, R. "Vaccination: A Sacrament of Modern Medicine." *Mothering* (Spring 1992): 53.
545. Leviton, K. "A Shot in the Dark." *Yoga Journal* (May/June, 1992), p. 128.
546. National Cancer Institute. "Vaccine Protects Against Virus Linked to Half of All Cervical Cancers." *U.S. National Institutes of Health*, November 26, 2002. www.cancer.gov/cclncltrials/results/cervical-cancer-vaccine1102
547. FDA. "HPV (Human Papillomavirus)." Aug 2006. www.fda.gov/womens/getthefacts/hpv.html
548. U.S. Food and Drug Administration. "FDA licenses New Vaccine for Prevention of Cervical Cancer and Other Diseases in Females Caused by Human Papillomavirus." June 8, 2006. www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2006/NEW01385.html
549. Medical News Today. "CDC Panel Recommends HPV Vaccine Gardasil for All Girls Ages 11, 12. Recommends Coverage by Federal Program." July 4, 2006. www.medicalnewstoday.com
550. WebMD. "Sexual Health Glossary: Human Papillomavirus (HPV)." August 6, 2006. www.clinmoden.com/glossary/glossary.htm
551. Merck & Co., Inc. "Patient Information About Gardasil." June 2006.
552. Merck & Co., Inc. "Product News: FDA Approves Merck's Gardasil, the World's First and Only Cervical Cancer Vaccine." Merck Press Release: June 8, 2006. www.merck.com/newsroom/pr558
553. National Cancer Institute. "Cervix uteri cancer (invasive): Age adjusted SEER incidence rates by year, race and age, Table V-2. *Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) Cancer Statistics Review*, 1975-2004. *NIH*. www.seer.cancer.gov (Last accessed: July 10, 2007.)
554. Ibid., Table V-3.
555. See Notes 553 and 554.
556. American Cancer Society. "What are the key statistics about cervical cancer?" www.cancer.org (Last accessed: July 20, 2007.)
557. Amer. Cancer Soc. *Cancer Facts and Figures 2007*, p. 21.
558. CDC. "Cancer—cervical cancer statistics." www.apps.nccd.cdc.gov
559. National Cancer Institute. "Median age of cancer patients at diagnosis, 2000-2004; Table I-11." *SEER Cancer Stat Review*, 1975-2004. *NIH*. www.seer.cancer.gov (July 10, 2007.)
560. National Cancer Institute. "Age distribution (%) of incidence cases by site, 2000-2004; Table I-10." *SEER Cancer Statistics Review*, 1975-2004. *NIH*. www.seer.cancer.gov (July 10, 2007.)
561. National Cancer Institute. "Age distribution (%) of deaths by

Una Guía de Inmunización para Padres 125

- site, 2000-2004; Table I-12." *SEER Cancer Stat. Review*, 1975-2004. <http://www.seer.cancer.gov> (Last accessed: July 10, 2007.)
562. CDC. "Age-adjusted invasive cancer incidence rates, United States, Females 2003." Table 1.1.1.1F. *United States Cancer Statistics: 2003 Incidence and Mortality*.
563. FDA. "VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) line list report—Vax Name: HPV (Gardasil)." *FDA Freedom of Information Distribution*, Report run on May 11, 2007, 03:14.
564. National Vaccine Information Center. "MedAlert: Online access to the U.S. government's Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)." www.medalerts.org (July 25, 2007.)
565. Hall, R. "HPV vaccine distribution stalled by 'adverse reactions.'" *The Nation, CNC News*, June 1, 2007. www.cnsnews.com
566. See Notes 563 and 564.
567. Institute of Medicine. "Vaccine safety committee proceedings." (*National Academy of Sciences*: Washington, DC, May 11, 1992), pp. 40-41.
568. See Note 563.
569. Merck & Co., Inc. "Gardasil [Quadrivalent Human Papillomavirus (Types 6, 11, 16, 18) Recombinant Vaccine]." Product insert from the vaccine manufacturer. Issued: June 2006.
570. FDA. "Gardasil HPV Quadrivalent Vaccine, May 18, 2006 VRBPAC Meeting." Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee Background Document.
571. See Notes 569 and 570.
572. *Ibid.*
573. *Ibid.*
574. See Note 570.
575. Iannelli, Vincent. "RotaTeq Rotavirus vaccine." *About Pediatrics*. www.pediatrics.about.com/od/immunizations/p/06_rotateq.htm (accessed September 11, 2006)
576. Russell, Sabin. "FDA OKs safer vaccine for children: second treatment to fight rotavirus also in the works." *San Francisco Chronicle*, February 4, 2006. www.sfgate.com
577. Rotavirus Vaccine Program: A PATH Affiliate. "Rotavirus Facts." PATH. www.rotavirus_vaccine.org/rotavirus-facts.htm (accessed September 22, 2006).
578. Centers for Disease Control and Prevention. "Rotavirus and drinking water from private wells." *CDC Fact Sheet*, Summer 2006. www.cdc.gov/cidd/healthywater
579. Mitchell, Ellen. "New rotavirus vaccine urged for babies: oral dose offers protection against diarrhea, vomiting." *Newsday*, September 2006. www.newsday.com
580. Tucker, A.W. et al. "Cost-effectiveness analysis of a rotavirus immunization program for the United States." *Journal of the American Medical Association*, 1998;279:1371-1376.
581. Wejer, Charles. "The future of research into rotavirus vaccine." *British Medical Journal*, 2000;321:525-526.
582. Greene, Alan. "Rotavirus vaccine and intussusception." *Pediatric Update*, September 16, 1999. www.drgreene.org
583. See Notes 577 and 579.
584. Gillis, Justin. "Rotavirus vaccine urged for babies." *Washington Post*, February 2006. www.washingtonpost.com
585. Merck & Co., Inc. "RotaTeq [Rotavirus Vaccine, Live, Oral, Pentavalent]." Product insert from the vaccine manufacturer. Issued: February 2006.
586. Barclay, Laurie and Murata, Penny. "New guidelines for pediatric use of rotavirus vaccine." *Medscape Medical News*, September 5, 2006. www.medscape.com
587. See Note 585.
588. Merck & Co., Inc. "Patient Information: RotaTeq, rotavirus vaccine, live, oral, pentavalent." February 2006.
589. See Note 577.
590. Sander, D.M. "Diarrhoea viruses: astroviruses; caliciviruses; reoviruses (rotaviruses)." *Tulane University*, February 16, 1999. www.tulane.edu/~dmsander/WWW/255/Diarrhoea.html
591. Vesikari, Mattson D, Olli P, Jank HF, et al. "Safety and efficacy of a pentavalent human-bovine (WC3) reassortment rotavirus vaccine." *New England Journal of Medicine*, Vol. 354:23-33 (Jan 5, 2006).
592. Moon, James E. et al. "Herpes Zoster." *eMedicine*. www.emedicine.com/MED/topic1007.htm Last updated: August 25, 2006.
593. U.S. Department of Health and Human Services. "Shingles vaccine: what you need to know." *CDC*, (September 11, 2006)
594. Zwillich, Todd. "FDA approves first shingles vaccine—but some experts express concerns over cost of vaccine called Zostavax." *WebMD News*, May 23, 2006. www.webmd.com
595. U.S. Department of Health and Human Services. "Shingles (Herpes Zoster)." *CDC*. www.cdc.gov/nip/diseases/varicella/faqs-gen-shingles.htm Last modified: September 13, 2006.
596. Merck & Co., Inc. "Patient Information about Zostavax." Issued: May 2006.
597. Oxman, M.N., et al. "A vaccine to prevent herpes zoster and postherpetic neuralgia in older adults." *New England Journal of Medicine*, June 2, 2005; Vol. 352, No. 22:2711-2284.
598. Merck & Co., Inc. "Zostavax [Zoster vaccine live (Oka/Merck)]." Product insert from the vaccine manufacturer. Issued: May 2006. [Also see Note 597.]
599. See Notes 597 and 598.
600. See Note 598.
601. Turkington, C.A. "Anthrax." *Gale Encyclopedia of Medicine* 1999. www.findarticles.com/cf_dls/g2601/0006/2601060086/print.html
602. Ritter, M. "Precautions on ranches and in factories have helped keep the disease rare in the U.S." *Albuquerque Journal* (October 21, 2001), p. B8.
603. Testimony in a Congressional hearing on Anthrax Vaccine Safety (April 29, 1999)
604. See Note 2, Volume 17, p. 513.
605. WebMD. "What is smallpox?" 2001. www.content.health.msn.com/printing/article/4058_26
606. *Microsof Encarta Online Encyclopedia*. "Smallpox." (Oct. 26, 2001). www.encyarta.msn.com
607. Seercom. "Smallpox: Treatment." www.seercom.com/bluto/smallpox/treatment.html
608. Witte, W. *The Story of a Great Delusion*. (London: E.W. Allen, 1885), p. xviii.
609. Cohen, J. et al. "Vaccines for biodefense: a system in distress." *Science* (Oct. 19, 2001):3498.
610. Rosenzthal, S.R., et al. "Developing new smallpox vaccines." *Emerging Infectious Diseases*, *CDC*, 7(6), Nov-Dec, 2001.
611. Stolberg, S.G. "Immunization: vast uncertainty on smallpox vaccine." *New York Times* (October 19, 2001). www.nytimes.com/2001/10/19/national/19SMAL.html
612. Orent, W. "The smallpox wars: biowarfare vs. public health." *Amer. Prospect* 1999; 10(4):4.
613. Barquet, N., et al. "Smallpox: The triumph over the most terrible of the ministers of death." *Annals of Internal Medicine* (October 15, 1997); 127:635-642.
614. Edwards, E.L. *A Concise History of Small-pox and Vaccination in Europe*. (London: H.K. Lewis, 1902).
615. Fenner, F. "Nature, nurture and my experience with smallpox eradication." *EMJ* 1999; 171:638-41. www.mja.com.au/public/issues/171_11_061299/fenner/fenner.html
616. WHO. "Fifty Years of the World Health Organization in the Western Pacific Region—Report of the Regional Director to the Regional Committee for the Western Pacific, Chapter 27, Smallpox." www.who.org/publicpolicy/50TH/Ch_27.html
617. As documented by the CDC and World Health Organization.
618. Tandy, E.C. "The regulation of nuisances in the American Colonies." *American Journal of Public Health* (October 1923); 13(10):810-813.
619. Chase, A. *Magic Shots: A Human and Scientific Account of the Long and Continuing Struggle to Eradicate Infectious Diseases by Vaccination*. (NY: William Morrow and Co., 1982).
620. Bayne-Jones, S. *The Evolution of Preventive Medicine in the United States Army, 1607-1939* (Washington, DC: Office of the Surgeon General, Dept. of the Army, 1968), p. 21.
621. See Note 23, p. 12.
622. Parish, H.T. *A History of Immunization*. (Edinburgh: E & S Livingstone, 1965).
623. See Note 23, p. 33.
624. Shelton, H.M. *Vaccine and Serum Evils* (San Antonio, Texas: Health Research, 1966), p. 23. Citing official statistics from England.
625. See Note 24, p. 32.
626. See Note 24, p. 27.
627. *Ibid.*, p. 13.
628. *Ibid.*
629. Koren, T. "Tedd Koren's 2nd Nov. 2001 newsletter," *Koren Publications, Inc.* (Nov. 9, 2001).
630. *Ibid.*
631. See Note 23, p. 16.
632. "Vaccination in Italy." *New York Medical Journal* (July 22, 1899).
633. *Ibid.*
634. See Note 624, pp. 20-21.
635. *Ibid.*, pp. 21-22.
636. See Note 24, p. 36.
637. *Ibid.*, p. 22.
638. *Ibid.*, pp. 23-24. Citing official statistics from England and Wales.
639. See Note 608, p. xxi.
640. See Note 24, p. 36-37.
641. See Note 629.
642. *New York Press* (January 26, 1909).
643. See Note 23, pp. 21-24, 42, 42.
644. "Fatality rates of small-pox in the vaccinated and unvaccinated." *British Medical Journal* (January 14, 1928), p. 74.
645. Parry, L.A. "Fatality rates of small-pox in the vaccinated and unvaccinated." *British Medical J* (January 21, 1928), p. 116.
646. "An congressional statement by Senator Dolliver, United States Senate (February 25, 1909).
647. United States Department of Agriculture. *Farmer's Bulletin* (April 1915), 15.
648. *Journal of the American Medical Association* (July 1926).
649. *Lancet* (September 4, 1926).
650. *Lancet* (October 9, 1926).
651. Garrow, R.P. "Fatality rates of small-pox in the vaccinated and unvaccinated." *British Medical J* (January 14, 1928), p. 74.
652. See Note 645.
653. Dick, G.W.A. "Postvaccinal Perivenous Encephalitis (Amsterdam: Elsevier Pub. Co., 1959).
654. Dick, G.W.A. "Scientific Proceedings: Symposium on Virus Diseases." 13th Annual Meeting of the British Medical Association, *British Medical Journal*, 1962; 2:319.
655. Dixon, C.W. *Smallpox*. (London: J & A Churchill, Ltd., 1962).
656. Spillane, I.D., et al. "The neurology of Jennerian vaccination—a clinical account of the neurological complications which occurred during the smallpox epidemic in South Wales in 1962." *Brain*, 1964; 87:124.
657. Miller, H., et al. "Multiple sclerosis and vaccination." *British Medical Journal*, (April 22, 1967), pp. 210-213.
658. Neff, J.M., et al. "Complications of smallpox vaccination, United States, 1963. II. Results obtained by four statewide surveys." *Pediatrics*, 1967; 39:916-923.
659. Lane, C. "Complications of smallpox vaccination." *New England Journal of Medicine*, 1968; 281(22):1201-1208.
660. Redfield, R., et al. "Disseminated vaccinia in a military recruit with human immunodeficiency virus (HIV) disease." *New England Journal of Medicine* (March 12, 1987), p. 61.
661. Wright, P. "Smallpox vaccine triggered AIDS virus." *London Times*, (May 11, 1987).
662. Rappoport, J. "Smallpox vaccine as AIDS trigger." *L. A. Weekly*, (June 5-11, 1987), p. 8.
663. See Note 661.
664. Frank, J. *AIDS and Vaccinations: The London Times Reports*. (Denton, TX: Pure Water Products, 1988), pp. 21-23.
665. See Note 661.
666. *Ibid.*
667. *Ibid.*
668. Bazell, R., et al. "Anthrax fears close Senate offices." *MSNBC* (October 16, 2001). www.msnbc.com/news/638169.asp?pn=msn
669. Associated Press. "Congress closes for anthrax sweep." *The Santa Fe New Mexican* (October 18, 2001), p. A1.
670. Bazell, R., et al. "Anthrax strains in 3 attacks linked." *MSNBC* (October 19, 2001). www.msnbc.com/news/638169.asp?pn=msn
671. Check, E., et al. "Bioterrorism: bracing for the worst." *Newsweek* (October 29, 2001):41.
672. Center for Strategic and International Studies. "Dark Winter: A Bioterrorism Exercise." *Johns Hopkins Center for Civilian Biodefense Studies, Anser Institute for Homeland Security*, (June 2001). www.hopkins-biodefense.org
673. *Ibid.*
674. Metzler, M.I., et al. "Modeling potential responses to smallpox as a bioterrorist weapon—Appendix F: A mathematical review of the transmission of smallpox." *Emerging Infectious Diseases*, *CDC*, 7(6), Nov-Dec, 2001.
675. See Note 593.
676. "Smallpox attack exaggerated." *Fox News* (October 5, 2001). www.foxnews.com/story/0,2933,35758,00.html
677. Miller, J., et al. "September 11 attacks led to push for more smallpox vaccine." *The New York Times* (October 22, 2001).
678. See Note 609.
679. Radio National. "The Health Report: Monkeypox." *Australian Broadcasting Corporation* (September 1, 1997).
680. Stolberg, S.G. "Immunization: Vast uncertainty on smallpox vaccine." *New York Times* (October 19, 2001). www.nytimes.com/2001/10/19/national/19SMAL.html
681. See Note 608, p. 300.
682. Miller, L.S. "U.S. set to retain smallpox stocks." *The New York Times* (November 16, 2001).
683. Goslin, L.O. "The Model State Emergency Health Powers Act." Prepared by the Center for Law and the Public's Health at Georgetown and Johns Hopkins Universities for the Centers for

126 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

- Disease Control and Prevention. (As of October 23, 2001), pp. 1-40. www.publichealth.gov
683. *Ibid.*, pp. 28-29.
684. *Ibid.*, pp. 16-18; Sections 303: Effect of Declaration, and 304: Enforcement.
685. Knight Ridder Newspapers. "Health agency proposes quarantine plan for states." *The Santa Fe New Mexican*, p. A14.
686. See Note 682, p. 39; Section 807: Repeals.
687. See Note 682.
688. Keep Kids Healthy. *Influenza*. www.KeepKidsHealthy.com/schoolage/schoolageproblems/influenza.html, p. 1.
689. WHO. "Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2013-2014 northern hemisphere influenza season." www.who.int.
690. CDC. "Prevention and control of influenza; recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2007." *Morbidity and Mortality Weekly Report* (July 13, 2007):36(RR06):1-54.
691. See Note 428, pp. 22-24 and 33-5.
692. Connaught Laboratories. "The Making of a Flu Vaccine." *Los Angeles Times* (Reprinted in the Kansas City Star), February 24, 1993. 693. *Ibid.*.
694. National Vaccine Information Center (NVIC). "The Flu and the Flu Vaccine." www.909shot.com/fluax.htm
695. See Note 689, p. 2.
696. Hurwitz, E.S., et al. "Guillain-Barré syndrome and the 1978-79 influenza vaccine." *New England J Med*. 1981; 304:1557-61.
697. Kaplan, J.E., et al. "Guillain-Barré syndrome in the United States, 1978-1981: Additional observation from the national surveillance system." *Neurology*. 33:633-4.
698. Scheinberg, V. "Flu vaccination: Is it safe?" *Natural Health* (June/July 1993), pp. 19-21.
699. See Note 694, pp. 2-3 and Note 694.
700. See Note 694.
701. Loise, A., et al. "Vascular purpura and cryoglobulinemia after influenza vaccination. Case report and literature review." *Rev Rhum Engl Ed*. 1999 June; 66(6):359-60.
702. Schmutz, J.L., et al. "Does influenza vaccination induce bullous pemphigoid?" *Ann Dermatol Venerol*. 1999 Oct; 126(10):765. [French]
703. Cummins, D., et al. "Haematological changes associated with influenza vaccination in people aged over 65: case report and prospective study." *Clin Lab Haematol*. 1998 Oct; 20(5):283-7.
704. Downs, A.M., et al. "Does influenza vaccination induce bullous pemphigoid? A report of four cases." *Br J Dermatol*. 1998 Feb; 138(2):363.
705. Kawascki, A., et al. "Bilateral anterior ischemic optic neuropathy following influenza vaccination." *J Neuroophthalmol*. 1998 March; 18(1):56-9.
706. Lasky, T., et al. "The Guillain-Barré syndrome and the 1992-1993 and 1993-1994 influenza vaccines." *N Engl J Med*. 1998 Dec 17; 339(25):1797-802.
707. Park, C.L., et al. "Does influenza vaccination exacerbate asthma?" *Drugs*. 1998 Aug; 19:82-88.
708. Rampishian, N., et al. "Thrombotic thrombocytopenic purpura following influenza vaccination—a brief case report." *Conn Med*. 1998 Oct; 62(10):587-8.
709. Schwarz, N., et al. "Hemiparesis following influenza vaccination." *Postgrad Med J*. 1998 Oct; 74(876):633-5.
710. Coutinho, I., et al. "Erythromelalgia following influenza vaccine in a child." *Clin Exp Rheumatol*. 1997 Jan-Feb; 15(1):111-3.
711. Desson, J.F., et al. "Acute benign periorbitis after anti-influenza vaccination." *Presse Med*. 1997 Mar 22; 26(9):415. [French]
712. Hull, T.P., et al. "Optic neuritis after influenza vaccination." *Am J Ophthalmol*. 1997 Nov; 124(5):703-4.
713. Kelsall, R., et al. "Microscopic polyangiitis after influenza vaccination." *J Rheumatol*. 1997 Jun; 24(6):1198-202.
714. Owensby, L., et al. "Cellulitis and myositis caused by aerobacterium radiobacter and Haemophilus influenzae after influenza virus vaccination." *South Med J*. 1997 Jul; 90(7):752-4.
715. Bernard Valles, M., et al. "Adverse reactions to different types of influenza vaccines." *Med Clin (Barc)*. 1996 Jan 13; 106(1):11-4. [Spanish]
716. Fournier, B., et al. "Bullous pemphigoid induced by vaccination." *Br J Dermatol*. 1996 Jul; 135(1):153-4.
717. Honkanen, P.O., et al. "Reactions following administration of influenza vaccine alone or with pneumococcal vaccine to the elderly." *Arch Intern Med*. 1996 Jan 22; 156(2):205-8.
718. Leir, S., et al. "Bullous pemphigoid following influenza vaccination." *Clin Exp Dermatol*. 1996 Sep; 21(5):392-3.
719. Ray, C.L., et al. "Bilateral optic neuropathy associated with influenza vaccination." *J Neuroophthalmol*. 1996 Sep; 16(3):182-4.
720. Antony, S.J., et al. "Postvaccinal (influenza) disseminated encephalopathy (Brown-Sequard syndrome)." *J Natl Med Assoc*. 1995 Sep; 87(9):705-8.
721. Cambiaggi, S., et al. "Gianotti-Crosti syndrome in an adult after influenza virus vaccination." *Dermatology*. 1995; 191(4):340-1.
722. Herderschee, D., et al. "Myelopathy following influenza vaccination." *Ned Tijdschr Geneesk*. 1995 Oct 21; 139(42):2152-4. [Dutch]
723. Biasi, D., et al. "A case of reactive arthritis after influenza after influenza vaccination." *Clin Rheumatol*. 1994 Dec; 13(4):645.
724. Bianche, P., et al. "Development of uveitis following vaccination for influenza." *Clin Infect Dis*. 1994 Nov; 19(5):979.
725. Bodokh, I., et al. "Reactivation of bullous pemphigoid after influenza vaccination." *Thromb*. 1994 Mar-Apr; 49(2):154. [French]
726. Brown, M.A., et al. "Rheumatic complications of influenza vaccination." *Aust N Z J Med*. 1994 Oct; 24(5):572-3.
727. Benjer, W.E., et al. "Polymyalgia rheumatica and influenza vaccination." *Disch Med Wochenschr*. 1993 Feb 5; 118(5):164-5. [German]
728. Boutros, N., et al. "Delirium following influenza vaccination." *Am J Psychiatry*. 1993 Dec; 150(12):1899.
729. Mader, R., et al. "Systemic vasculitis following influenza vaccination: report of 3 cases and literature review." *J Rheumatol*. 1993 Aug; 20(8):1429-31. Review.
730. Robinson, S., et al. "Side effects of influenza vaccination." *Br J Gen Pract*. 1992 Nov; 42(364):489-90.
731. Ward, D.L., Re. "Guillain-Barré syndrome and influenza vaccination in the US Army, 1980-1988." *Am J Epidemiol*. 1992 Aug 1; 135(2):374-6.
732. Jung, G. "Side effects of influenza immunization." *Br J Gen Pract*. 1992 Mar; 42(356):131.
733. Roscelli, J.D., et al. "Guillain-Barré syndrome and influenza vaccination in the US Army, 1980-1988." *Am J Epidemiol*. 1991 May 1; 133(9):952-6.
734. Molina, M., et al. "Leukocytoclastic vasculitis secondary to flu vaccination." *Med Clin (Barc)*. 1990 Jun 9; 95(2):78. [Spanish]
735. Peloso, A., et al. "Influenza vaccination and polyradiculoneuritis of the Guillain-Barré type." *Medicina (Firenze)*. 1990 Apr-Jun; 10(2):169. [Italian]
736. Buchner, H., et al. "Polyneuropitis cranialis? Brain stem encephalitis and myelitis following preventive influenza vaccination." *Nervenarzt*. 1988 Nov; 59(11):679-82. [German]
737. See Note 262.
738. See Note 689, p. 1.
739. *Ibid.*
740. *Ibid.*
741. Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention and Control of Influenza. Pt. 1. Vaccine Recommendations of the ACIP. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1993;42 (RR-6):1-13.
742. Brammer, L., et al. "Surveillance for Influenza—United States: 1994-95, 1995-96, and 1996-97 Seasons." *Morbidity and Mortality Weekly Report. CDC*. April 28, 2000. Also See Note 9.
743. See Note 689, pp. 1-2, and Note 694.
744. Fox, M. "Study: Giving Flu Vaccine Doesn't Save Money." *Reuters*. www.dailymailnews.yahoo.com/h/nm/20001003/sc/health/flu_dc_3.html, p. 1.
745. See Note 742.
746. Norton, A. "Flu shots cuts misery, but not costs." *Reuters*. www.dailymailnews.yahoo.com/h/nm/20001004/hl/flu_shots_1.html
747. *Morbidity and Mortality Weekly Rep. CDC*. 2004; 53:8-11.
748. Sten, R. "Flu season may be severe." *Washingtonpost.com*. Nov. 18, 2003. www.washingtonpost.com/wp-dyn/articles/A54059-2003Nov17.html Also see NVIC Press Release, Dec. 10, 2003.
749. See Note 689, pp. 3 and 7.
750. Ailing, D.W., et al. "Study of excess mortality during influenza epidemics in the US, 1968-1976." *Am J Epidemiol*. 1981; 113:30-43.
751. Eckhoff, T.C., et al. "Observations of excess mortality associated with epidemic influenza." *JAMA*. 1961; 176:776-782.
752. See Note 742.
753. Kühle, G., et al. "An Influenza Outbreak in an Immunized Nursing Home Population; Inadequate Host Response or Vaccine Failure." *Annals of Long-Term Care*. 1998; 6(3):1-4.
754. Clarke, I. "Nasal flu vaccine approved." *MIMCAP*. June 18, 2003.
755. Tucker, M. "Flu shot backed for ages 6-23 months." *Family Practice News*. Nov. 13, 2003.
756. Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention and Control of Influenza: Recommendations of the ACIP. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1996; 45:1-24.
757. See Note 262.
758. See Notes 741, 750, 751, and 753.
759. Woodman, Richard. "UK offers free flu vaccinations to elderly, but millions might not take advantage." *Reuters Medical News*, September 26, 2004.
760. Recer, Paul. "Study: health workers major sources of flu in old-age homes." *Associated Press*. October 9, 1997. www.s-t.com/10/09/97/10-09-97/a0bwn032.htm
761. See Note 262.
762. Moskowitz R. "Immunizations: A Dissenting View." In *Dissent in Medicine—Nine Doctors Speak Out* (Contemporary Books, 1985), pp. 146-162.
763. See Note 10, pp. 33-34.
764. Buttram, H.E. and Hoffman, J.C. *Vaccinations and Immune Malfunctions*. (Humanitarian Publishing, 1982), p. 47.
765. James, C. *Immunization: The Reality Behind the Myth*. (Bergin & Garvey, 1988), pp. 14-15.
766. Kalokerinos, A. and Dettman. "A Supportive Submission." *The Dangers of Immunisation*. (Warburton, Victoria, Australia: Biological Research Institute, 1979), p. 49.
767. See Note 143, p. 32.
768. See Note 16-17.
769. Moskowitz R. *The Case Against Immunizations*. (Washington, DC: The National Center for Homeopathy, 1983), p. 15.
770. See Note 765, pp. 15-16.
771. *World Medicine*. (London: Clareville House, September 22, 1971), pp. 69-72.
772. See Note 765, p. 10.
773. Buttram H. "Flu Vaccines and Genetic Mutation." *Hlth. Conc.* (Apr 1990):44-45.
774. Black, G., et al. "Multiple Insertions and Tandem Repeats of Orogen-Mans Simian Virus 40 DNA in Transformed Rat and Mouse Cells." *Journal of Virology*. (May 1988), pp. 1520-1523.
775. Kumar, S., et al. "Effects of Serial Passage of Autographa Californica Nuclear Polyhedrosis Virus in Cell Culture." *Virus Research*. 1 (1982), pp. 333-349.
776. See Note 774, p. 44.
777. Lederberg, J. *Science*. (October 20, 1967), p. 313.
778. See Note 774, p. 44.
779. Crow, J. "Is Schizophrenia an Infectious Disease?" *Lancet*. (1983), 1:8317, pp. 173-175.
780. Halonen, et al. "Antibody Levels to HSV-1, Measles, and Rubella Virus in Psychiatric Patients." *British Journal of Psychiatry*. 195 (1974), pp. 461-465.
781. Stemberg, D., et al. "Influenza Infection Causing Manic Psychosis." *British Journal of Psychiatry*. 120(1972), pp. 331-335.
782. Morozov, P.Y., ed. "Research on the Viral Hypothesis of Mental Disorders." *Advances in Biological Psychiatry*, Volume 12, (New York: S. Karger, 1983), pp. 52-75.
783. McGuire, R. "Brain Autoantibodies in 33% of Schizophrenics." *Medical Tribune*. (July 14, 1988), p. 6.
784. See Note 774, p. 44.
785. Leviton R. "A Shot in the Dark." *Yoga Journal*, (May/June, 1992), pp. 14-14.
786. Bannister, R. *Brain's Clinical Neurology*, 5th Ed., (Oxford: University Press, 1978):409.
787. See Note 791, pp. 102-103.
788. See Note 316, pp. xiii-xiv; Chapters 1-5.
789. See Note 316.
790. *Ibid.*, p. 103.
791. Merritt, H.H. *Textbook of Neurology*, 6th Ed., (Philadelphia, PA: Lea and Febiger, 1979):104.
792. Neal, J.B. *Encephalitis: A Clinical Study*. (New York: Grune and Stratton, 1942), pp. 378-379.
793. See Note 791, pp. 102-103.
794. Ford, F.R. *Diseases of the Nervous System in Infancy, Childhood, and Adolescence*. (Springfield: C.C. Thomas, 1937), p. 349.
795. Lurie, et al. "Late Results Noted in Children Presenting Post-Encephalitic Behavior." *American Journal of Psychiatry*, 104, (1947), p. 178.
796. Baker, A.B. "The Central Nervous System in Infectious Diseases of Childhood." *Postgraduate Medicine*, 5, (1949), p. 11.
797. Ansell, A.L. "Pertussis in Infancy—A Cause of Behavioral Disorders in Children." *Acta Societatis Medicorum Upsaliensis*, XVIII, Supplement, (1953), pp. 17, 33.
798. See Notes 791 and 792.
799. See Note 316, pp. 120-121.
800. Kanner, R. "Autistic Disturbances of Affective Content." *The Nervous Child II*, (1942-1943), pp. 250.
801. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised. (Washington, DC: 1987).
802. Wakabayashi, S. "The Present Status of an Early Infantile

Una Guía de Inmunización para Padres 127

- Autism First Reported in Japan 30 Years Ago," *Nagoya Journal of Medical Science*, 1984; 46:35-39.
803. See Note 316, p. 50.
804. *Ibid.*
805. Kamper, L. "To What Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?" *Genetics and the Inheritance of Integrated Neurological and Psychiatric Patterns*, (Baltimore: Williams and Wilkins, 1954), p. 382.
806. Kamper, L., et al. "Early Infantile Autism: 1943-1955," *Psychiatric Research Reports*, 7 (1957): 62.
807. Kamper, L. "Early Infantile Autism," *Journal of Pediatrics*, 1944; 25:217.
808. Gillberg, C. and Schaumann, "Social Class and Infantile Autism," *Journal of Autism* 1982; 12(3), p. 223.
809. See Note 316, pp. 52-53.
810. "Autism, Present Challenges, Future Needs—Why the Increased Rates?" *Gov. Reform Committee Hearing*, Washington, DC, (April 6, 2000.) As cited in Chairman Dan Burton's opening statement.
811. *Ibid.* As cited in the testimony of Coleen Boyle, PhD.
812. Kogan, M.D., et al. "Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) among children in the U.S., 2007," *Pediatrics* (October 5, 2009).
813. Wakefield, A.J., et al. "Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children," *Lancet*, 1998; 351:637-641.
814. Yazbak, F. E. "Autism: Is there a vaccine connection? Part I. Vaccination after delivery." 1999. www.garynull.com/documents/autism99b.htm. Part II. Vaccination around pregnancy. 1999. www.garynull.com/documents/autism99b2.htm. Part III. Vaccination around pregnancy, the sequel. 2000. www.garynull.com/documents/autism99b3.htm.
815. Yazbak, F. E., et al. "Adverse outcomes associated with postnatum rubella or MMR vaccine." *Medical Sentinel* 2001; 6(3):95-98.
816. Yazbak, F. E., et al. "Live virus vaccination near a pregnancy: flawed policies, tragic results." *Medical Hypotheses* (September 2002); 59(3):283-288.
817. See Note 810.
818. Schilling, W. "VOSI research report RRR-V50.2." *Voices of Safety International (VOSI)*, October 27, 2000. Research conclusions are based upon survey data analysis by Don Meserian, VOSI chairman. www.voicesofsafety.com/v1-rrr-v50-2-research-addendum.htm.
819. Published by New Atlantean Press (Copyright © 2010; ISBN: 978-1881217374).
820. See Note 262.
821. Ross, D.M., et al. *Hyperactivity: Research, Theory, and Action*, (NY: John Wiley, 1982).
822. Cowart, V.S. "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Physicians Helping Parents Pay More Heat." *Journal of American Medical Association*, 259:18, (May 13, 1988), p. 2647.
823. Long, K. and Queen, "Detection and Treatment of Emotionally Disturbed Children in Public Schools: Problems and Theoretical Perspectives," *J of Clinical Psy*, 40:1, (January 1984), p. 378.
824. See Note 822.
825. Healy, J.M. *Endangered Minds: Why Our Children Don't Think*, (New York: Simon & Schuster, Inc., 1990), pp. 13-15.
826. *Ibid.*
827. *Ibid.*
828. *Ibid.*, pp. 17-18.
829. *Ibid.*, pp. 17-35.
830. See Note 316, pp. 61-62.
831. *Ibid.*, p. 11.
832. "Vaccine Fund Needs Booster Shot," *Common Cause Magazine*, (May/June, 1991), p. 10.
833. "Congress Votes Help to Youngster Hurt by Vaccine," *Tucson Citizen*, (May 9, 2000):1-2A.
834. See Note 316, p. 113.
835. *Ibid.*, p. 112.
836. "Vaccine-Injured Girl Gets \$2.4 Million," *Tampa Tribune*, (May 16, 1990), p. 1B.
837. See Note 316, pp. 179-181.
838. Bond, E.D. and Appel, *The Treatment of Behavior Disorders Following Encephalitis*, (New York: The Commonwealth Fund, 1931), p. 14-15.
839. Elliott, F.A. "Biological Roots of Violence." *Proceedings of the American Philosophical Society*, 127:2 (1983), pp. 84-93.
840. *The New York Times*, (December 5, 1987), p. B1.
841. Rimpland, B. and Larson, "The Manpower Quality Decline: An Ecological Perspective," *Armed Forces and Society*, 8:1, (Fall 1981), p. 89.
842. See Note 316, pp. 186-187.
843. Lewis, D. ed., *Vulnerabilities to Delinquency*, (New York: SP Medical and Scientific Books, 1981), p. 28.
844. Hollander, H.E. and Turner, "Characteristics of Incarcerated Delinquents: Relationship Between Development Disorders, Environmental and Family Factors, and Patterns of Offense and Recidivism," *Journal of American Child Psychiatry*, 24:1, (1985), p. 225.
845. See Note 822.
846. Moyer, K.E. *The Psychology of Aggression*, (New York: Harper and Row, 1976):36.
847. *Plan for a Nationwide Action on Epilepsy*, (Commission for the Control of Epilepsy, 1971), Volume 2, part 1, p. 822. (Unpublished material cited in Note 104, pp. 197-198).
848. *The New York Times* (September 17, 1985), p. C1+.
849. See Note 825, p. 140.
850. Lidsky, T.I., et al. "Are Movement Disorders the Most Serious Side Effects of Maintenance Therapy with Antipsychotic Drugs?" *Biological Psychiatry*, 16:12, (1981), pp. 1189-1194.
851. Cowart, V.S. "The Ritalin Controversy: What's Made This Drug's Opponents Hyperactive?" *Journal of the American Medical Association*, 259:17, (May 6, 1988), p. 2522.
852. Workman-Daniels, et al. "Childhood Problem Behavior and Neuropsychological Functioning in Persons at Risk for Alcoholism," *J of Studies on Alcoholism*, Volume 48:3, (1987), pp. 187-193.
853. Sarason, I.G. et al. *Abnormal Psychology*, Sixth Edition, (Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1989), p. 433.
854. The National Childhood Vaccine Injury Act of 1986, Public Law 99-660, *The Compensation System and How it Works*, (Nat'l Vaccine Information Center, Vienna, VA, 1990), pp. 1-7.
855. See Note 319, pp. 7-10.
856. In a September 16, 1990 letter written by Barbara Loe Fisher, to Donald A. Henderson, chairman of the National Vaccine Advisory Committee, p. 3.
857. As reported in a National Vaccine Information Center press release, (January 27, 1999.)
858. *Ibid.*
859. *NVIC Mini News*, (Vienna, VA: National Vaccine Information Center, Nov. 1990): 3.
860. *Vaccine Reaction Report*, (National Vaccine Information Center, Nov. 25, 1991), pp. 23-24.
861. See Note 624, p. 34.
862. See Note 319, pp. 8-10.
863. Barkin and Pacheco, "Diphtheria-pertussis-tetanus vaccine: Reactogenicity of commercial products," *Pediatrics*, 63:2, (February 2, 1979), pp. 256-260.
864. See Note 314, pp. 55-56.
865. See Note 319, p. 10.
866. Institute of Medicine. *Vaccine Safety Committee Proceedings* (National Academy of Sciences: Washington, DC, May 11, 1992), pp. 93-105.
867. *NVIC Mini News*, (Vienna, VA: National Vaccine Information Center, March 1991): 1.
868. In a February 25, 1991 letter written by Jeffrey H. Schwartz of NVIC, to Walter A. Orenstein, M.D., director of the Division of Immunization, CDC, with accompanying *Comments on Proposed Vaccine Information Materials*, in a March 13, 1991 letter to Dr. Claire Broome of the CDC, with accompanying appendices.
869. See Note 856, p. 1.
870. *Ibid.*, p. 2.
871. In a May 8, 1991 letter written by Jeffrey H. Schwartz of NVIC to Louis M. Sullivan, secretary of the Department of Health and Human Services, in a May 9, 1991 press release issued by NVIC.
872. "Conflicts of Interest and Vaccine Development: Preserving the Integrity of the Process," *Government Reform Committee Hearing*, Washington, DC, (June 15, 2000.) As cited in Chairman Dan Burton's opening statement.
873. *Ibid.*
874. *Ibid.*
875. CDC. "Withdrawal of rotavirus vaccine recommendation." *MWWR Weekly* (November 5, 1999); 48(43):1007.
876. Congressional Press Release. "Burton critical of vaccine approval process: staff report details FDA and CDC conflicts in approval of controversial rotavirus vaccine." *Committee on Government Reform* (August 23, 2000).
877. Mitchell, S. "Congressional report slams FDA, CDC policies on disclosing financial conflicts." *Reuters Medical News* (August 24, 2000).
878. *Ibid.*
879. *Ibid.*
880. Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). www.medalerts.org.
881. "Why am I so sick?" 20-20 *News*cast, (January 26, 1990).
882. "Concerned parents unfairly shut out of congressional hearings on vaccines." *Dayton Daily News* (May 28, 1993): 15A.
883. See Note 860, pp. 40-41.
884. Kessler, D.A. "Introducing MEDWatch: A New Approach to Reporting Medication and Device Adverse Effects and Product Problems." *JAMA* (June 2, 1993), p. 2765.
885. National Vaccine Injury Compensation Program. "Statistics report." (Awards paid through January 2010.) *U.S. Department of Health and Human Services*.
886. See Note 854.
887. Hulse, B. "U.S. vaccine plan uses welfare offices." *New York Times* (Mar 17, 1991): 26.
888. Dixon, J. "525 in Welfare Rides on Children's Shots," *Los Angeles Times* (June 27, 1993).
889. As communicated to the author during several telephone conversations.
890. See Note 765, pp. 131-146.
891. Goodwin, Jan. "Murder of vaccine?" *Redbook* (September 2000), p. 159.
892. Hickman, Maureen. "Shaken baby syndrome or adverse vaccine reaction?" *Nexus New Times* (November-December, 2000), pp. 33+.
893. Scheidner, V. "Shaken baby syndrome—the vaccination link." *Nexus* (Aug-Sep. 998): 35+.
894. *Vaccine Reaction Report*, (National Vaccine Information Center, Nov. 25, 1991), pp. 23-24.
895. Airola, Pavo. "Immunization: A New Look." *Everywoman's Book*, (Phoenix, AZ: Health Plus, 1979), pp. 271-285.
896. See Note 23, p. 14.
897. McBean, Eleanor, Ph.D., *Vaccinations Do Not Protect*, (Manchester, NH: Health Excellence Systems, 1991), pp. 13-14.
898. Hume, E. Douglas, *Bechamp of Pasteur*, (Mokelumne Hill, CA: Health Research, 1989). Abridged reprint by Health Research.
899. Sheelam, Michael. "Was Pasteur Wrong?" *Natural Health* (Jan/Feb 1992), pp. 41-44.
900. *Ibid.*
901. See Note 898.
902. Savage, Patricia. "A Mother's Research on Immunizations," *Mothering* (Fall 1979): 79.
903. See Note 895, pp. 285-287.
904. See Note 765, pp. 195-197; Appendix A—Keys to a Healthy Immune System.
905. See Note 23, p. 9.
906. See Note 143, p. 31.
907. Weiss, R. "Breastmilk may stimulate immunity," *Science News* (March 26, 1988), p. 196.
908. Grossman, Lindsey. "Breastfeeding healthier babies," *USA Today* (August 1988), p. 4.
909. Cunningham, Allan. "Breastfeeding and health," *Complete Mother* (Summer 1987), p. 36.
910. See Note 334.
911. Manahan, William. *Eat For Health* (Tiburon, CA: H.J. Kramer, Inc., 1988), pp. 60-76.
912. See Note 186, pp. 54-55.
913. *Ibid.*, pp. 163-165.
914. "Is a 'Gimmick' the Answer?" *AMA News* (Feb. 1, 1985), pp. 1+.
915. "Stars Say 'Get Your Shots!'" *Weekly Reader* (Feb. 21, 1992), p. 916.
916. Moskowitz, Richard. "Vaccination: A Sacrament of Modern Medicine." Presented in a speech at the Annual Conference of the Society of Homeopaths, (Manchester, England, September 1991).

128 Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?

Sobre el Autor

Neil Z. Miller es un periodista investigador médico y es el Director del *Thinktwice Global Vaccine Institute*. Ha dedicado los últimos 25 años de su vida a educar padres y profesionales médicos respecto de las vacunas, apoyando al consentimiento informado y a las leyes no obligatorias. Ha escrito varios libros sobre vacunas, como el *Manual de seguridad de las vacunas para familias interesadas y profesionales de la salud; Tome una decisión fundada por la salud de su niño* (con el Dr. Mayer Eisenstein); y *Vacunas: ¿Son realmente seguras y efectivas?* Entre las organizaciones en las que ha participado como orador se encuentran la Asociación internacional de pediatría quiropráctica, el Colegio internacional de medicina integral, Autismo uno/Rescate de generación, la Academia Hahnemann de América del Norte, la Universidad de Virginia y la Asociación de quiropráxis de Nuevo México (programa educativo continuo). Además, asiste con frecuencia a programas de debate en radio y televisión. El Sr. Miller es licenciado en psicología y es miembro de Mensa (la sociedad de coeficientes intelectuales altos). Sus hijos, en la actualidad jóvenes adultos, nacieron en su hogar y no fueron vacunados. Neil Miller vive en Nuevo México.

Los Studios Publicados por el Autor:

Millery Goldman. “Índices de mortalidad infantil frente al número de dosis de vacunas suministradas en forma rutinaria: ¿existe una toxicidad bioquímica o sinérgica?” *Toxicología Humana y Experimental* 011; 30(9):1420-1428.

Goldman y Miller. “Tendencias relativas en hospitalización y mortalidad entre niños por el número de dosis de vacuna y la edad, basado en el sistema de informe de reacciones adversas a la vacuna (VAERS), 1990-2010”. *Toxicología Humana y Experimental* 012; 31(10): 1012-1021.

Compre este Libro

Compre este libro, *Vacunas, ¿Son Realmente Seguras y Efectivas?* de la editorial. Envíe \$ 12.95 (dólares), más \$5 por gastos de envío a: Nueva Atlántida Press, PO Box 9638, Santa Fe, NM 87504. Compre 5 copias y obtener un descuento del 40%. Envíe \$ 38.85 (dólares), más \$5 por gastos. O llame al 505-983-1856. Email: think@thinktwice.com El envío a países fuera de Estados Unidos es más cara. Llame o correo electrónico para obtener el costo exacto.

También disponible por el mismo autor: *Manual de Seguridad de las Vacunas, 2nd Edition* (ISBN: 978-1881217-374). Guía más completa del mundo a los riesgos de vacunación y protección. 352 páginas, \$19.95. (En Inglés).

Estos libros también están disponibles en Amazon, B & T, Ingram, y Nutri-Libros. Visita www.thinkchoice.com para más información.