

Riesgos graves de la vacuna contra Sarampión, Rubeola y Paperas, SRP

cienciaysaludnatural.com/sarampion/

La vacuna contra el sarampión, rubéola y paperas, SRP también llamada triple viral (MMR en inglés) es una vacuna de virus vivo que se introdujo en 1963. La inmunidad que produce esta vacuna disminuye con el tiempo. ¹⁻³

Los efectos secundarios de la vacuna SRP (MMR) incluyen efectos secundarios graves como convulsiones, que ocurren en aproximadamente 1 de cada 640 niños vacunados con la SRP ⁵, aproximadamente cinco veces más frecuentemente que las convulsiones por infección de sarampión. ⁶

Se han observado posibles efectos secundarios graves después de la vacuna SRP incluidos trastornos neurológicos (p. ej., encefalopatía, meningitis, ataxia, mielitis transversa, neuritis óptica, esclerosis múltiple, síndrome de Guillain-Barré, neuritis braquial y pérdida de audición), enfermedades autoinmunes (p. ej., artritis crónica), fibromialgia y síndrome de fatiga crónica, el Instituto de Medicina (IOM) afirma que “la evidencia es inadecuada para aceptar o rechazar una relación causal entre la vacuna triple vírica” y esas afecciones. ⁷ Además, el prospecto del fabricante establece: «La vacuna SRP no ha sido evaluada para detectar potencial carcinogénico o mutagénico o deterioro de la fertilidad». ⁸

Falta de control y seguimiento de los efectos adversos

Supuestamente los gobiernos y la OMS hacen un seguimiento de los casos notificados de efectos secundarios de las vacunas a través del Sistema de notificación de efectos adversos de las vacunas (VAERS). Anualmente se informan al VAERS aproximadamente 40 casos de muerte y lesiones permanentes a causa de la vacuna SRP (MMR). ⁹ Sin embargo, VAERS es un sistema de notificación pasivo: las autoridades no buscan casos activamente y no recuerdan activamente a los médicos ni al público que informen los casos. Estas limitaciones dan lugar a una importante subregistro. ¹⁰

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) afirman que «el VAERS recibe informes de sólo una pequeña fracción de los eventos adversos reales». ¹¹ De hecho, tan solo el 1% de los efectos secundarios graves de los productos médicos se notifican a los sistemas de vigilancia pasiva, ¹² y tan solo el 1,6% de las convulsiones relacionadas con la triple vírica se notifican al VAERS. ¹³ Además, los informes del VAERS no son prueba de que se haya producido un efecto secundario, ya que el sistema no está diseñado para investigar exhaustivamente todos los casos. ¹⁴ Como resultado, VAERS no proporciona un recuento preciso de los efectos secundarios de la vacuna SRP (MMR).

Falta de ensayos clínicos de seguridad de la vacuna SRP

Los CDC afirman: “Los ensayos previos a la aprobación son relativamente pequeños, generalmente limitados a unos pocos miles de sujetos. Los ensayos previos a la aprobación generalmente no tienen la capacidad de detectar eventos adversos raros o eventos adversos de aparición tardía”.¹⁰ Para los niños menores de 10 años con riesgo normal (es decir, con niveles normales de vitamina A e infectados después del nacimiento), el riesgo anual previo a la vacuna de muerte o discapacidad permanente por sarampión, paperas y rubéola, respectivamente, era de 1 en 1 millón, 1 en 1,6 millones y 1 en 2,1 millones.^{6,15-17}

El prospecto de la SRP (MMR II) no menciona ningún ensayo de seguridad, una solicitud de la FOIA reveló que la vacuna se probó a mediados de la década de 1970 en ocho pequeños ensayos clínicos.

Los grupos de control en todos los ensayos recibieron la vacuna predecesora (MMR), una vacuna contra el sarampión y la rubéola (MR) o una dosis única de la vacuna contra la rubéola. Un total de aproximadamente 850 niños recibieron MMR II. Algunos de los ensayos parecen haber sido aleatorios, pero ninguno fue cegado. Estos ensayos, considerados individualmente o en combinación, no cumplen con el requisito actual de un ensayo controlado aleatorio de fase 3, lo que explica su ausencia total en el prospecto.

La vacuna SRP (MMR original), fue autorizada en 1971, antes de obtener el visto bueno del regulador. Al igual que la MMR II, la MMR original se probó en algunos ensayos pequeños y medianos en los que la vacuna más nueva se administró a un total de más de 1000 bebés y niños.

Los sujetos de los grupos de control totalizaron aproximadamente una décima parte de ese número, y la mayoría de ellos eran hermanos de los niños vacunados (lo que viola el principio de aleatorización). Los participantes del grupo de control no recibieron ninguna inyección, lo que significa que los estudios no fueron cegados; todos sabían quién recibió la vacuna y quién no. **Al igual que con SRP, (MMR II), los ensayos de la SRP (MMR) no cumplen con el estándar de los ECA de Fase 3.**

La falta de ensayos clínicos adecuados de la vacuna SRP dio como resultado que los datos del prospecto del fabricante dependieran de la vigilancia pasiva para determinar las tasas de reacciones adversas neurológicas relacionadas con la SRP, discapacidad permanente y muerte.⁸

Convulsiones a causa de la vacuna SRP

Cada año, alrededor de 5.700 niños estadounidenses sufren convulsiones a causa de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR).²¹ Este hallazgo se deriva de los resultados del estudio de seguridad con mayor poder estadístico jamás realizado para medir la asociación entre la vacuna MMR y las convulsiones febriles. Publicado en *JAMA* en

2004, el estudio ²² evaluó a más de medio millón de niños, tanto vacunados como no vacunados, de una población danesa en la que se confía a nivel mundial para examinar la seguridad de las vacunas.

Los resultados muestran que las convulsiones causadas por la vacuna SRP ocurren en aproximadamente 1 de cada 640 niños hasta dos semanas después de la administración de la vacuna SRP. La aplicación de este riesgo de convulsiones a los 3,64 millones de niños estadounidenses vacunados con una primera dosis de SRP cada año ²³ da como resultado aproximadamente 5.700 convulsiones anuales por la vacuna SRP.

Convulsiones febriles y epilepsia

Existe un riesgo cinco veces mayor de sufrir convulsiones por la vacuna SRP que por la infección por sarampión, ²⁴ y una parte importante de las convulsiones de la vacuna SRP pueden causar daños permanentes. Por ejemplo, un estudio danés de 1,54 millones de personas, publicado en el *American Journal of Epidemiology* en 2007, ²⁵ examinó la asociación entre las convulsiones febriles y la epilepsia, un trastorno cerebral crónico que provoca convulsiones recurrentes. El estudio encontró que el 5% de las convulsiones febriles pueden provocar epilepsia. En consecuencia, alrededor de 300 convulsiones de vacuna SRP, triple vírica (el 5% de 5.700) al año pueden provocar epilepsia. ²¹

El riesgo de convulsiones aumenta en hermanos de niños con antecedentes de convulsiones febriles y en niños con antecedentes personales de convulsiones febriles, a 1 en 250 y 1 en 50, respectivamente. ²²

El 99,99% de los casos de sarampión se recuperan por completo

El 99,99% de los casos de sarampión se recuperan por completo. ²⁶ Hasta ahora, no se ha demostrado que la vacuna SRP sea más segura que el sarampión. ²⁴ Es importante que los médicos y los padres sopesen objetivamente los riesgos del sarampión frente a los riesgos y limitaciones de la vacuna SRP, para que las familias puedan tomar decisiones de vacunación informadas y basadas en evidencia sin conflicto de intereses.

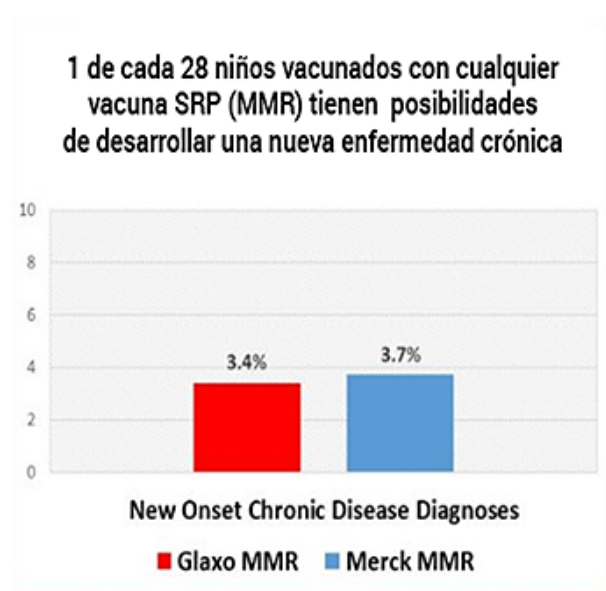
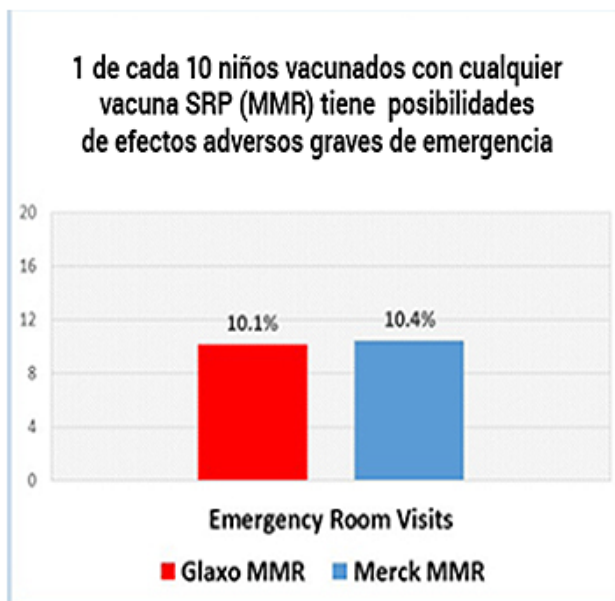
Vacuna contra el Sarampión 1 cada 28 chicos con enfermedades crónicas

La vacuna SRP (MMRII) defectuosa de Merck actualmente está causando epidemias de paperas enfermedad que es peligrosa en adultos completamente vacunados en todo el mundo. A instancias de la FDA (GSK) publicó recientemente los resultados de los ensayos clínicos en los EE. UU. Para la licencia apresurada de la vacuna su Glaxi (MMR) Priorix® (Klein et al.2019). Sabiendo que ninguna vacuna SRP (MMR) puede sobrevivir a las pruebas de seguridad contra un placebo inerte, la FDA permitió a GSK probar **Priorix** contra la MMR II de Merck. Los resultados fueron tan negativos para ambas formulaciones de vacunas que Glaxo y la FDA decidieron no publicarlos en el documento principal enterrándolos en su lugar en una tabla complementaria dentro de un apéndice.

La Tabla 6 muestra los resultados impactantes; **Casi el 50% de los receptores de vacunas experimentaron eventos adversos dentro de los 42 días posteriores a la vacunación y más del 10% de estos requirieron visitas a la sala de emergencias.** Aproximadamente el 2% de estos eventos adversos fueron «graves» y el 3,5% de los receptores de la vacuna fueron diagnosticados con una «enfermedad crónica de nueva aparición» dentro de los 6 meses posteriores a la vacunación. Estos resultados de seguridad documentados son astronómicamente más altos que los puntos de discusión de la industria de las vacunas que afirman que los eventos adversos de la vacuna son «uno en un millón». Están mucho más en línea con los resultados del estudio Lazarus del DHHS donde 1 de cada 39 receptores de vacunas mostró una reacción adversa.

Inmunogenicidad y seguridad de una vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubeola administrada como primera dosis a niños de 12 a 15 meses: un estudio de consistencia de lote a lote de fase III, aleatorizado, no inferior.

<https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piz010/5372494#131942742>



<https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piz010/5372494>
PMID: 30849175 DOI: [10.1093/jpids/piz010](https://doi.org/10.1093/jpids/piz010)

Contaminación con ADN de líneas de células de fetos humanos en la vacuna SRP

En el 2015 se publicó un estudio sobre las consecuencias para la salud de las vacunas fabricadas con líneas celulares fetales humanas. Los autores del estudio también enfatizan que las líneas celulares fetales utilizadas para desarrollar las vacunas pueden contaminarlas

con ADN humano, lo que ha sucedido con ciertas Vacunas SRP en Argentina (MMR en inglés) por lo que esta contaminación puede ser un factor importante en el aumento de autismo y enfermedades autoinmunes. De acuerdo con los autores:

Las vacunas fabricadas con líneas celulares fetales contienen niveles muy altos de fragmentos de ADN fetal. El genoma humano contiene regiones que son susceptibles a la formación de daños de doble cadena y mutagénesis por inserción del ADN».

Las consecuencias potenciales de inyectar a los niños con contaminantes de ADN fetal humano incluyen dos patologías bien establecidas:

- 1) Mutagénesis por inserción en la que el ADN fetal de las vacunas se incorpora al ADN del niño provocando mutaciones.
- 2) Enfermedad autoinmune provocada por el ADN fetal humano en las vacunas que hace que el sistema inmunitario de un niño ataque su propio cuerpo.

Theresa Deisher explica como hay residuos de ADN de líneas celulares de fetos humanos abortados en las vacunas que pueden causar todo tipo de problemas en los vacunados <https://www.bitchute.com/video/1yQc8HbJI9IN/> – <https://cienciaysaludnatural.com/dna-de-abortos-humanos-en-vacunas-infantiles-autismo-y-disforia-de-genero/>

El Dr. Stanley Plotkin, bajo declaración jurada reconoce el uso de líneas de células de fetos humanos abortados en vacunas

WI-38 es una línea celular humana diploide compuesta por fibroblastos tomados de pulmón de feto humano femenino de 3 meses de gestación. Ambas líneas son utilizadas como sustrato celular para la producción de Vacunas contra la Hepatitis A; Rubéola; Varicela; Herpes zóster y Rabia. <https://www.bitchute.com/video/nWfHVOMsLc0x>

Estudio demuestra los efectos adversos de la SRP

Casi el 50% de los escolares y la mayoría de los adultos vacunados con dos dosis de la vacuna Triple viral de Sarampión Rubeola y Paperas, SRP (MMR en inglés) aún pueden infectarse con el virus del sarampión y transmitirlo a otras personas, incluso sin síntomas propios o leves. 26-27-28-29

Hubo ocho ensayos clínicos que en total tuvieron menos de 1.000 individuos, de los cuales solo 342 niños recibieron la vacuna SRP.

- El período de revisión de seguridad solo realizó un seguimiento de «eventos adversos» durante 42 días después de la inyección.

- Más de la mitad o un porcentaje significativo de todos los participantes en cada uno de los ocho ensayos desarrollaron síntomas gastrointestinales e infecciones respiratorias superiores.
- Todos los eventos adversos se describieron genéricamente como ‘otros virus’ y no se consideraron en el perfil de seguridad de la licenciatura.
- El grupo de control recibió otras vacunas para la rubéola o el sarampión y la rubéola. y ninguno de los controles recibió un placebo (una sustancia inerte como una inyección de solución salina). Ver estudio : <https://www.icandecide.org/wp-content/uploads/2019/11/20190327-FDA-Production-2018-6847IR0039.pdf> *Freedom of Information Act (FOIA)*]

Estudios y reacciones adversas en el prospecto de la vacuna SRP

Ver en prospecto del laboratorio:

https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/m/mmr_ii/mmr_ii_pi.pdf

La triple vírica SRP, se probó por primera vez cuando el calendario de vacunas consistía de sólo otras dos vacunas. Si se probara hoy, con muchas más vacunas en el calendario, algunas de las cuales se administran a madres embarazadas, otras a recién nacidos y bebés de un mes de edad, ¿aún se demostraría que es segura?

¿Mera coincidencia o diseño deliberadamente defectuoso?

Ninguna de estas vacunas haya sido probada contra un verdadero placebo, a pesar de que en muchos casos hacerlo habría sido más fácil, más barato y habría arrojado resultados más válidos que las pruebas que se realizaron.

Probar la seguridad de una vacuna de próxima generación frente a su predecesora es justificable por motivos éticos: negar un tratamiento existente y probado a los sujetos del grupo de control sería inmoral. Sin embargo, no hay justificación para llevar a cabo una cadena de pruebas que al final no se sostiene en ninguna base científicamente probada.

Además, ¿qué posible justificación podría justificar ensayos de nuevas vacunas en los que los grupos de control reciban otras vacunas (a veces experimentales)? ¿ Tendría alguna credibilidad un ensayo de seguridad para un cigarrillo nuevo si el grupo “control” estuviera formado por sujetos que fumaban un tipo diferente de cigarrillo?

Efectos adversos que figuran en el prospecto

Fiebre; síncope; dolor de cabeza; mareo; malestar; irritabilidad. Vasculitis del sistema cardiovascular. Pancreatitis del sistema digestivo; Diarrea; vomitar parotiditis; náusea. Sistema endocrino Diabetes mellitus. Trombocitopenia del sistema hemático y linfático (ver ADVERTENCIAS, Trombocitopenia); púrpura; linfadenopatía regional; leucocitosis.

Sistema inmune Se han notificado reacciones de anafilaxis y anafilactoides, así como fenómenos relacionados, como edema angioneurótico (incluido edema periférico o facial) y espasmo bronquial en individuos con o sin antecedentes alérgicos. 7 Artritis del Sistema Musculo-esquelético; artralgia; mialgia. La artralgia y / o la artritis (generalmente transitoria y rara vez crónica) y la polineuritis son características de la infección con rubéola de tipo salvaje y varían en frecuencia y gravedad con la edad y el sexo, siendo mayores en mujeres adultas y menos en niños prepúberes.

Síntomas crónicos de las articulaciones. Después de la vacunación en niños, las reacciones en las articulaciones son poco frecuentes y generalmente de corta duración. En mujeres, las tasas de incidencia de artritis y artralgia son generalmente más altas que las observadas en niños (niños: 0-3%; mujeres: 12-26%), {17,56,57} y las reacciones tienden a ser más marcadas y de mayor duración **Los síntomas pueden persistir durante meses o en raras ocasiones durante años.** En las adolescentes, las reacciones parecen ser de incidencia intermedia entre las observadas en niños y en mujeres adultas. Incluso en mujeres mayores de 35 años, estas reacciones generalmente son bien toleradas y rara vez interfieren con las actividades normales.

Encefalitis del sistema nervioso; encefalopatía; encefalitis por cuerpos de inclusión de sarampión (MIBE) (ver CONTRAINDICACIONES); panencefalitis esclerosante subaguda (SSPE);

Síndrome de Guillain-Barré (SGB); encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM); mielitis transversa;

convulsiones febriles; convulsiones o convulsiones afebriles; ataxia; polineuritis; polineuropatía; parálisis oculares; parestesia La encefalitis y la encefalopatía.

Se han notificado casos de panencefalitis esclerosante subaguda (EPE) en niños que no tenían antecedentes de infección por sarampión de tipo salvaje pero sí recibieron la vacuna contra el sarampión. Casos de meningitis aséptica han sido reportados a VAERS después de la vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Neumonía del sistema respiratorio; neumonitis (ver CONTRAINDICACIONES); dolor de garganta; tos; rinitis. Síndrome de Stevens-Johnson de la piel; eritema multiforme; urticaria; erupción; erupción parecida al sarampión prurito Reacciones locales que incluyen ardor / escozor en el lugar de la inyección; wheal y flare enrojecimiento (eritema); hinchazón; endurecimiento; sensibilidad; vesiculación en el lugar de la inyección; Púrpura de Schönlein-Henoch; Edema hemorrágico agudo de la infancia. Sentidos especiales – sordera del nervio del oído; otitis media. Sentidos especiales – Retinitis ocular; Neuritis óptica; papilitis; neuritis retrobulbar; conjuntivitis. 8 Epididimitis del sistema urogenital; orquitis

Fata de seguridad y principio de precaución

No se toma en cuenta la seguridad de los niños dado que no se considera que de acuerdo al Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los EEUU., IOM: “Tanto las investigaciones epidemiológicas como las mecanicistas sugieren que la mayoría de los individuos que experimentan una reacción adversa a las vacunas tienen una susceptibilidad preexistente. Estas predisposiciones pueden existir por varias razones: variantes genéticas (en el ADN humano o microbioma), exposiciones ambientales, comportamientos, enfermedades intermedias o etapa de desarrollo, por nombrar solo algunas, todas las cuales pueden interactuar entre ellas. Algunas de estas reacciones adversas son específicas de la vacuna en particular, mientras que otras pueden no serlo”. <https://www.nap.edu/read/13164/chapter/5#82>

Desde 2004 hasta 2014 en EEUU., no ha muerto nadie de sarampión, según el CDC. Pero en ese mismo periodo murieron 108 personas por la vacuna SRP (Triple Viral) de acuerdo con el Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas, VAERS. Vea el estudio sobre la paradoja de intentar eliminar el sarampión con vacunas:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8053748> ;

<https://academic.oup.com/cid/article/58/9/1205/2895266>

Sarampión nuevas cepas que la vacuna no protege

La genotipificación del virus del sarampión es muy importante para no seguir vacunado a las personas con vacunas con **un genotipo que probablemente ya no sea responsable de las epidemias** . Ahora están circulando los genotipos B3 y D8, y estos virus no están tan neutralizados por los anticuerpos contra el genotipo de la vacuna (es decir, el genotipo A) como así también por los anticuerpos generados contra las nuevas cepas.

Es bien sabido cómo los virus tienen la capacidad de mutar, especialmente en condiciones de presión selectiva (es decir, exactamente lo que estamos haciendo con las campañas de vacunación), y es por esta razón hablar de erradicación del «sarampión» es una contradicción. **¿Por qué estamos vacunando a millones de personas contra un genotipo que probablemente ya no sea responsable de los brotes?** Pero sobre todo: ¿por qué no procedemos a la genotipación en todos los sujetos diagnosticados con la enfermedad? ¿El propósito es la inmunización y la protección de la salud, o están vacunando a todos, independientemente de la necesidad o efectividad de esta intervención?

Los Vacunados son capaces de transmitir el sarampión

El estudio de California de los casos de sarampión 2000-2015 **encontró que las personas que habían recibido dos o más dosis de la vacuna que contiene sarampión a menudo estaban «menos enfermas» que sus contrapartes de una dosis o no vacunadas; Sin embargo, lo más importante es que todavía eran capaces de transmitir el sarampión y «requerían la misma cantidad de esfuerzo de salud pública para localizar contactos».** En 2009, dos médicos estadounidenses que habían sido completamente vacunados

con dos o más dosis de la SRP, MMR contrajeron sarampión, pero «continuaron viendo pacientes, porque ninguno consideró que pudieran tener sarampión.” Un estudio de 1990 seroconfirmado por vacuna” encontró que aproximadamente el 16% de los pacientes vacunados no cumplían con la definición de caso clínico de sarampión de los CDC o no tenían inmunoglobulina M (IgM) detectable específica de sarampión. Una respuesta de IgM ausente o débil hace que sea más difícil diagnosticar y confirmar el sarampión en el laboratorio. Los investigadores han concluido que estos factores pueden estar conduciendo a un «**subregistro de casos de sarampión y**«. . . sobreestimación de la eficacia de la vacuna en poblaciones altamente vacunadas «.

Síntesis de los riesgos las vacuna SRP

1) La vacuna contra el sarampión no brinda la protección anunciada y presenta riesgos graves. Para el sarampión, desde su declaración de erradicación en 2000 hasta 2015, hubo 18 estudios de sarampión publicados (9 resúmenes anuales y 9 informes de brotes), que describieron 1416 casos de sarampión (rango de edad individual, 2 semanas-84 años; 178 casos menores de 12 meses) y el 43,2% había sido vacunado contra el sarampión.

En este trabajo no se reportaron hospitalizaciones ni muertes. Entre los 32 informes de brotes de tos ferina, que incluyeron a 10.609 personas cuyo estado de vacunación se informó (rango de edad, 10 días a 87 años), las 5 epidemias más grandes en todo el estado tenían proporciones sustanciales (55 %) que estaban vacunadas.

Si bien los autores, como muchos en la salud pública, intentaron culpar a la víctima (pacientes y familias) por la vacilación de la vacuna, tuvieron que admitir: “**Sin embargo, también ocurrieron varios brotes de tos ferina en poblaciones altamente vacunadas, indicando inmunidad menguante.**” Para la tos ferina, que se trata fácilmente con antibióticos, no se informaron hospitalizaciones ni muertes en este estudio.

En resumen, una gran parte de los «brotes de enfermedades prevenibles» que involucran sarampión y tos ferina ocurren porque las vacunas no brindan la protección adecuada.

Dadas las preocupaciones neuropsiquiátricas sobre la vacuna Sarampión, Rubeola, Paperas, SRP, (MMR en EE.UU.) y el riesgo estocástico de reacciones alérgicas/inmunológicas a cualquier inyección, incluidos los componentes de (DTaP, Tdap) o MMR, el movimiento de los padres a favor de la elección de la vacuna está bien justificado.

Para el sarampión y la tos ferina, las vacunas brindan una protección imperfecta y la infección progresiva (falla de la vacuna) debería recibir una “culpa” considerable por parte de los investigadores de salud pública. no se informaron hospitalizaciones ni muertes en este estudio. CDC About Diphtheria, Tetanus, and Pertussis Vaccines accessed Dec 28, 2022

- 2) Desde 2000, se han reportado nueve muertes por sarampión en los EE. UU. Desde 1986, ha habido 415 muertes asociadas con la vacuna SRP (MMR en inglés) según el Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas .
- 3) El riesgo de mortalidad por sarampión es mucho mayor entre los niños desnutridos ; La ciencia contemporánea sugiere que la vitamina A puede reducir este riesgo en más del 80%.
- 4) La vitamina A “natural” no se puede patentar por lo que la industria farmacéutica no tiene interés en promocionarla.
- 5) A diferencia de la vacuna SRP, (MMR) de Merck, la infección salvaje por sarampión confiere inmunidad de por vida contra el sarampión. Tener sarampión en la infancia también puede reducir el riesgo de enfermedad atópica , enfermedades cardíacas , linfomas de Hodgkin y no Hodgkin y algunos otros cánceres .
- 6) La vacuna SRP (MMR) provoca que 1 cada 640 niños sufran convulsiones que las asociadas con el sarampión salvaje, así como con daño cerebral , encefalitis , enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y docenas de otros eventos adversos graves.
- 7) Un metaanálisis de 2012 de la Colaboración Cochrane examinó todos los datos que pudieron encontrar en todo el mundo sobre la seguridad de la vacuna SRP, (en inglés MMR) Encontraron 57 ensayos clínicos con un total de 14,7 millones de niños que habían recibido la vacuna SRP, (en inglés MMR) La conclusión de Cochrane afirmó que: «el diseño y la notificación de los resultados de seguridad en los estudios de la vacuna MMR, tanto antes como después de la comercialización, son en gran medida inadecuados».
- 8) La mitad de los niños en los estudios clínicos de Merck sufrieron problemas gastrointestinales graves dentro de los 42 días posteriores a la inyección.
- 9) La vacuna SRP, (también llamada triple vírica) de Merck proporciona escasos anticuerpos maternos para proteger a los bebés durante su primer año cuando son demasiado pequeños para recibir la vacuna, lo que los pone en riesgo de sufrir daño cerebral y muerte.
- 10) Contrariamente a la promesa de Merck, la SRP, triple vírica rara vez proporciona inmunidad de por vida, lo que pone a los adultos pospúberes en mayor riesgo de sufrir lesiones graves o la muerte.
- 11) Según Lancet Infectious Diseases , el sarampión se ha vuelto más grave en cohortes de bebés y adultos a medida que la inmunidad basada en vacunas disminuye, dejando a los adultos desprotegidos y a los bebés vulnerables debido a la pérdida de inmunidad pasiva de las madres. Hay consecuencias no deseadas como resultado de los bajos títulos de anticuerpos contra el sarampión en adultos previamente vacunados: las mujeres en edad fértil no tienen suficientes anticuerpos para transmitir cantidades suficientes a sus bebés recién nacidos. Esto hace que sus bebés sean más susceptibles a contraer sarampión. De

los 110 casos de California del brote de Disneyland, 12 (11%) eran bebés demasiado pequeños para ser vacunados . **Es muy probable que estos bebés hubieran estado protegidos si sus madres hubieran contraído sarampión salvaje cuando eran niñas.**

12) De manera similar, en lugar de proporcionar la prometida inmunidad de por vida, el componente de paperas de la triple vírica simplemente retrasa las infecciones por paperas hasta después de la pubertad, cuando puede causar esterilidad en hombres y mujeres.

Detectaron el virus de la vacuna contra el sarampión en niños entre 100 días y 800 días después de la vacunación

<https://cienciaysaludnatural.com/estudio/detectaron-virus-vacuna-sarampion-100-dias-despues-de-vacuna/> doi: [10.3390 / v11070636](https://doi.org/10.3390/v11070636) – PMID: [31295941](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31295941/)

M-M-R® II
(MEASLES, MUMPS, and
RUBELLA VIRUS VACCINE LIVE)

cienciaysaludnatural.com

Children and young adults who are known to be infected with human immunodeficiency viruses and are not immunosuppressed may be vaccinated. However, vaccinees who are infected with HIV should be monitored closely for vaccine-preventable diseases because immunization may be less effective than for uninfected persons (see CONTRAINDICATIONS).{42,43}

Vaccination should be deferred for 3 months or longer following blood or plasma transfusions, or administration of immune globulin (human).{47}

Excretion of small amounts of the live attenuated rubella virus from the nose or throat has occurred in the majority of susceptible individuals 7 to 28 days after vaccination. There is no confirmed evidence to indicate that such virus is transmitted to susceptible persons who are in contact with the vaccinated individuals. Consequently, transmission through close personal contact, while accepted as a theoretical possibility, is not regarded as a significant risk.{33} However, transmission of the rubella vaccine virus to infants via breast milk has been documented (see *Nursing Mothers*).

There are no reports of transmission of live attenuated measles or mumps viruses from vaccinees to susceptible contacts.

It has been reported that live attenuated measles, mumps and rubella virus vaccines given individually may result in a temporary depression of tuberculin skin sensitivity. Therefore, if a tuberculin test is to be done, it should be administered either before or simultaneously with M-M-R II.

Contagio en el prospecto de la vacuna de triple viral, SRP, dura de 7 a 28 días y se puede contagiar a los bebés a través de la leche materna ver pag. 5

Prospecto de la Vacuna triple viral, SRP, contra sarampión, rubeola y paperas

https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/m/mmr_ii/mmr_ii_pi.pdf

Fundamentos para la exención médica a la vacunación guía para padres y médicos

- Susceptibilidad genética que puede aumentar el riesgo de eventos adversos de la vacuna
- ¿Qué es una exención médica a la vacunación?
- ¿Cuáles son las contraindicaciones, advertencias y precauciones y eventos adversos de las vacunas?
- Circunstancias médicas que aumentan el riesgo de eventos adversos a las vacunas

- Políticas y procedimientos administrativos sugeridos para los médicos que evalúan a los pacientes para la exención médica a la vacunación

| Fundamentos para la exención médica a la vacunación guía para padres y médicos

Colabore por favor con nosotros para que podamos llegar a más personas: contribución en mercado pago o paypal por única vez, Muchas Gracias!

Referencias

1. LeBaron CW, Beeler J, Sullivan BJ, Forghani B, Bi D, Beck C, Audet S, Gargiullo P. Persistence of measles antibodies after 2 doses of measles vaccine in a postelimination environment. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007 Mar;161(3):294-301. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17339511/>.
2. Lewnard JA, Grad YH. Vaccine waning and mumps re-emergence in the United States. *Sci Transl Med.* 2018 Mar 21;10(433):2. <http://stm.sciencemag.org/content/10/433/eaao5945>.
3. Davidkin I, Jokinen S, Broman M, Leinikki P, Peltola H. Persistence of measles, mumps, and rubella antibodies in an MMR-vaccinated cohort: a 20-year follow-up. *J Infect Dis.* 2008 Apr 1;197(7):955. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18419470/>.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Vaccines and immunizations: possible side effects from vaccines; [cited 2023 Dec 28]. <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm#mmr>.
5. Vestergaard M, Hviid A, Madsen KM, Wohlfahrt J, Thorsen P, Schendel D, Melbye M, Olsen J. MMR vaccination and febrile seizures: evaluation of susceptible subgroups and long-term prognosis. *JAMA.* 2004 Jul 21;292(3):356. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/199117>.
6. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Measles – disease information statement (DIS). 2017 Oct; updated 2024 Aug. <https://physiciansforinformedconsent.org/measles>.
7. Institute of Medicine (IOM). Adverse effects of vaccines: evidence and causality. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012. 119-217. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190024/pdf/Bookshelf_NBK190024.pdf.
8. Rahway (NJ): Merck and Co., Inc. M-M-R II (measles, mumps, and rubella virus vaccine live); revised 2023 Oct [cited 2024 Jan 27]. 8. https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/m/mmr_ii/mmr_ii_pi.pdf.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. CDC wonder: about the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS); [cited 2024 Feb 12]. <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>. Query for death and permanent disability involving all measles-containing vaccines, 2011-2015.

10. Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases. 5th ed. Miller ER, Haber P, Hibbs B, Broder Chapter 21: surveillance for adverse events following immunization using the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2011. 1,2,8. <https://physiciansforinformedconsent.org/cdc-manual-for-the-surveillance-of-vaccine-preventable-diseases-5th-ed-chpt21-surv-adverse-events-2011>.
11. Centers for Disease Control and Prevention, Food and Drug Administration. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Guide to interpreting VAERS data; [cited 2022 May 28]. <https://vaers.hhs.gov/data/dataguide.html>.
12. Kessler DA. Introducing MEDWatch. A new approach to reporting medication and device adverse effects and product problems. JAMA. 1993 Jun 2;269(21):2765- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834394900515?via%3Dihub>.
13. Doshi P. The unofficial vaccine educators: are CDC funded non-profits sufficiently independent? [letter]. BMJ. 2017 Nov 7 [cited 2017 Nov 20];359:j5104. <http://www.bmj.com/content/359/bmj.j5104/rr-13>.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. CDC wonder: about the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS); [cited 2022 May 28]. <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>.
15. Magno H, Golomb B. Measuring the benefits of mass vaccination programs in the United States. Vaccines. 2020 Sep 29;8(4):4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33003480/>.
16. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Mumps – disease information statement (DIS). Mumps: what parents need to know. 2024 Aug. <https://physiciansforinformedconsent.org/mumps>.
17. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Rubella – disease information statement (DIS). Rubella: what parents need to know. 2024 Aug. <https://physiciansforinformedconsent.org/rubella>.
18. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt J, Thorsen P, Olsen J, Melbye M. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. N Engl J Med. 2002 Nov 7;347(19):1477,1480. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa021134?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed.
19. Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, Di Pietrantonj C. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. Cochrane Database of Syst Rev. 2012 Feb 15; (2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22336803/>.

20. Vacuna contra el Sarampión 1 cada 28 chicos con enfermedades crónicas. Immunogenicity and Safety of a Measles-Mumps-Rubella Vaccine Administered as a First Dose to Children Aged 12 to 15 Months: A Phase III, Randomized, Noninferiority, Lot-to-Lot Consistency Study <https://doi.org/10.1093/jpids/piz010> <https://academic.oup.com/jpids/article/9/2/194/5372494>
21. Doshi P. The unofficial vaccine educators: are CDC funded non-profits sufficiently independent? [letter]. *BMJ*. 2017 Nov 7 [cited 2019 Sep 22];359:j5104. [[Source](#)]
22. Vestergaard M, Hviid A, Madsen KM, Wohlfahrt J, Thorsen P, Schendel D, Melbye M, Olsen J. MMR vaccination and febrile seizures: evaluation of susceptible subgroups and long-term prognosis. *JAMA*. 2004 Jul 21;292(3):356. [[Source](#)]
23. Centers for Disease Control. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. Appendix E-8. [[Source](#)]
24. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Measles – vaccine risk statement (VRS); updated 2019 Sep. [[Source](#)]
25. Vestergaard M, Pedersen C, Sidenius P, Olsen J, Christensen J. The long-term risk of epilepsy after febrile seizures in susceptible subgroups. *Am J Epidemiol*. 2007 Apr 15;165(8):911-18. [[Source](#)]
26. LeBaron CW, Beeler J, Sullivan BJ, Forghani B, Bi D, Beck C, Audet S, Gargiullo P. Persistence of measles antibodies after 2 doses of measles vaccine in a postelimination environment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Mar;161(3):294-301.
27. Chen RT, Markowitz LE, Albrecht P, Stewart JA, Mofenson LM, Preblud SR, Orenstein WA. Measles antibody: reevaluation of protective titers. *J Infect Dis*. 1990 Nov;162(5):1036-42.
28. Pedersen IR, Mordhorst CH, Glikmann G, von Magnus H. Subclinical measles infection in vaccinated seropositive individuals in arctic Greenland. *Vaccine*. 1989 Aug;7(4):345-8.
29. Mizumoto K, Kobayashi T, Chowell G. Transmission potential of modified measles during an outbreak, Japan, March–May 2018. *Euro Surveill*. 2018 Jun 14;23(24):1800239.