BOLETÍN INFORMATIVO DE LA LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN
NÚMERO 9 OCTUBRE 2003

2 euros

vacunación LIBRE

- ¡QUE VIENEN NUEVAS VACUNAS!
- VACUNAS Y AUTISMO
- CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B
- LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE
- CRÓNICA DE BIOCULTURA BARCELONA 2003
- LA LIGA TAMBIÉN ESTUVO PRESENTE EN ONTINYENT, YENNE, MEXICO DF
- OPINIÓN DEL LECTOR
- RED ESPAÑOLA DE INFORMACIÓN SOBRE VACUNAS

VACUNACIÓN LIBRE
es el boletín de la Liga para
la Libertad de Vacunación.

Consejo de redacción:
Jordi Capdevila
Vicenç Robles
Xavier Uriarte

Colaboradores:
Cristina Conde
Belen Igual
Luis Vallejo
Eneko Landáburu
Miguel Pérez
Juan M. Marín
Maria Pujol
Daniel Trujillo
Vittorio Di Franco
Ignasi Sivillà Llobet
Sibila
Marino Rodrigo
Mª Jesús Clavería

Edita:
Liga para la Libertad de Vacunación
Apartado de Correos 100. 17080 Girona (España)
Fax: 93 591 27 57
e-mail: info@vacunacionlibre.org.
Página web: www.vacunacionlibre.org

Diseño: Iris Comunicació
Impresión: Lith Gràfiques

EDITORIAL

!QU VIENEN
nuevas vacunasi

No descansamos del último calendario vacunal y ahora nos viene otro más cargado con la introducción de la vacuna de la varicela, aprobada antes del verano, y con la sustitución de la polio oral por la parentera l.
Con la vacuna de la varicela se abre otro período de reflexión sobre los fundamentos filosóficos de las vacunas y en consecuencia de las vacunaciones masivas.
Los motivos que han movido a las autoridades sanitarias para recomendarla han sido estrictamente políticas.
La varicela o herpes zoster es una infección vírica benigna que se puede manifiestar en los primeros estadíos de la vida(1-15 años).
Según estudios realizados en EEUU y en España cada año se dan 4 millones de afectados por la varicela, 10.000 hospitalizaciones y 100 fallecimientos; 390.000 afectados, 1.000 hospitalizaciones y 5 fallecimientos respectivamente. Entre las complicaciones de mayor severidad, que no de mayor frecuencia, de la varicela podemos destacar la otitis, la meningitis, la bronquitis y el asma.
Se trata de una infección poco frecuente y con pocas complicaciones.
Las campañas de vacunación llevadas en el mundo desde 1980
han enturbiado realmente el panorama.
Según un estudio realizado por los canadiense, con la implementación de esta vacuna, cuya composición es a base de virus atenuado (cepa OKA) y neomicina, se ha producido un retraso en la adquisición de la infección(siendo más grave el padecimiento en los adultos), una presencia de varicela modificada entre la población vacunada, un aumento de la incidencia de herpes zoster y un incremento de la mortalidad por herpes.
La recomendación de la vacuna para su administración ha sido siempre controvertida porque se desconocen los efectos a medio y a largo plazo sobre la inmunidad y el estado global de la persona.
Aunque los costes sanitarios y sociales son mayores con la vacuna los intereses económicos de la farmaindustria hacen de nuevo doblegar al conocimiento científico.
Podemos estar tranquilos, madres, padres y tutores, cuando nos oponemos a esta nueva vacuna. Tenemos toda la razón de argumentar la aureola de ineficacia con la que viene aireada esta vacuna.

Junta Liga para la libertad de vacunación

VACUNAS Y **autismo**

La inmunización o vacunación natural está prevista desde siempre por la Naturaleza, como uno de los métodos más potentes para que un animal desarrolle sus defensas inmunitarias. Esta vía, junto con el padecimiento de enfermedades y su curación natural son los dos sistemas necesarios y suficientes para conseguir un Sistema Inmunitario potente. La vacunación artificial, en cuanto ha imitado a la natural ha tenido su éxito, pero en cuanto se ha apartado de ella ha empezado a manifestar una problemática cada vez más creciente. El futuro de la vacunación artificial (profilaxis o tecno-vacunación) debe volver a tener su sentido y su lógica que no es otra que la que dicta la Naturaleza.

Dra. Maria Jesús Clavera Ortiz.
Médico, Epidemiólogo,
Pediatra, Medico Naturista,
Directora de Investigación de Niima
(empresa privada para
la evaluación de terapias).

Para entender mejor la problemática de las tecno-vacunas hagamos un pequeño repaso de la relación entre el feto, lactante, niño, adulto y los microorganismos:

Ateniéndonos al ser humano: El feto está completamente estéril en el seno materno rodeado a su vez de un liquido estéril aunque vivo (muy similar al plasma marino, de donde salió la vida). El feto para sobrevivir fuera de la madre necesitará rodearse e sumergirse en otro "medio": lleno de microorganismos. Al salir por el canal del parto (vagina) recogerá como un gran tesoro sus primeros lactobacilus que sembrarán su tubo digestivo de una flora necesaria para su posterior y eficaz funcionamiento. Si nace por cesárea, ya inicia la vida con un déficit a no ser que la tecno-medicina lo supla de otra manera.

Mientras el niño está en brazos de su madre o en la cuna, recibe gérmenes aéreos y también del pezón. Cuando el niño empieza a gatear comienza a entrar en contacto con más gérmenes (de la tierra) y con sus primeras erosiones se inoculan los gérmenes del entorno. Antes, cuando el niño estaba en un entorno mas natural esto sucedía en un grado máximo, aunque gradual. Era lo más parecido a una tecno-vacuna actual pero a una edad más natural. Cuando el niño comenzaba a ser autónomo, a caminar y correr en el monte, en la selva, etc... el niño iba adquiriendo por las distintas vías de entrada el resto de inmunizaciones.

Cuando el médico inglés, Edward Jenner, usó en 1796, su primera costra variólica para demostrar la eficacia de la "vacuna", estaba reproduciendo la acción de la naturaleza de una manera muy fiel: Los ordeñadores de vacas que habían tenido una costra variólica en sus manos (inoculación del germen de las vacas a través de una erosión en sus manos) sabían por experiencia que no iban a contraer la viruela.

No hay duda de que la vacuna de la viruela, así como la de la poliomielitis (vía oral), que son las que mas se asemejan a la inmunización natural, han sido la más eficaces de todas las vacunas. Asimismo su fama proviene de que están asociadas a la evitación de miles de muertes o invalideces.

Pero, por desgracia las tecno-vacunaciones actuales, tanto en la fornec

este plan de vacunación cuando la ciencia sabe que el niño nace ya protegido con los anticuerpos maternos que persistirán como mínimo hasta los 6 meses de edad, aumentando este periodo si el niño recibe lactancia materna incluso hasta los 18-24 meses. Entonces ¿para que vacunar en una época en que el niño ya está protegido y no tiene riesgo natural de coger una enfermedad como la hepatitis B, que se adquiere por intercambio de sangre (transfusiones, intercambio de jeringuillas, etc)?.

También sabe la ciencia, aunque parece no recordarlo, que en los primeros meses de vida el niño no tiene el sistema inmunitario suficientemente maduro para fabricar anticuerpos sino más bien está en una fase en que lo que debe hacer es incorporar un sinfín de microbios a su organismo, para hacerlo más capaz. ¿Tiene sentido, pues, haber realizado unas 13 inoculaciones antes de los 6 meses?

Así, para estimular esta logicamente débil respuesta inmunitaria en un bebé de menos de 6 meses, los laboratorios fabricantes de vacunas añaden metales tóxicos como el aluminio, en dosis 60 veces superior a lo que la OMS y la FDA permite para un solo día a un adulto. Y para evitar la necesidad de refrigeración de las vacunas y hacer más comodas las campañas de vacunación se añade otro metal tóxico como el mercurio en dosis 40 veces superior a lo que la OMS y la FDA permiten para un sólo día a un adulto.

Vistas asi las cosas no nos debe extrañar que las vacunas tengan sus efectos adversos a corto, medio y largo plazo tanto para la salud individual como colectiva de nuestro mundo. Y aunque la "ciencia" todavía no ha dado la voz de alarma, algunos padres si la han dado, cuando han visto en sus hijos reacciones extrañas tras una vacunación múltiple o repetida. Las autoridades sanitarias lo saben: En EEUU se pagaron en los últimos 14 años 1.000 millones de dólares en concepto de indemnización por efectos secundarios de las vacunas, pero todavía no reaccionan. Pero poco a poco las cosas se mueven, en mayo del 2002 hubo en el Parlamento Europeo una jornada dedicada a las vacunas, cuyas conclusiones fueron:

1. Las vacunas actualmente en Europa es un tema discutible.
2. La evidencia es que existen efectos secundarios.
3. Es útil y necesaria la investigación de los efectos adversos de las vacunas.
4. Se informa insuficientemente sobre las vacunas.
5. Existe una relación entre las vacunas combinadas y el autismo.
5. La vacunación debe ser un acto médico, personal y no obligatorio.
6. La conciencia vacunalista respecto a los países desfavorecidos no es correcta. La alimentación, el agua y otros recursos es la auténtica prevención.

Aparte de la "muerte súbita del lactante", una de las consecuencias más alarmantes de las vacunas, en la actualidad, es la del AUTISMO TARDIO. Este es un tipo de autismo que se manifiesta alrededor de los 18 meses, en algunos casos documentados a los 2-3 días de vacunación de la 'Triple Vírica' (realizada con virus vivos): Sarampión, Paperas y Rubéola. Recordemos que el virus de la rubéola produce malformaciones fetales muy graves cuando la madre padece la rubéola... ¿resistirá sin ningún daño un niño, a los pocos meses de nacer, una inoculación de virus vivo de rubéola, cuando en la vida fetal tanto le dañaba? ¿No seria más lógico vacunar a las futuras madres después de la adolescencia, tras su crecimiento y desarrollo total?

Varios aspectos de las vacunas se relacionan con el alarmante aumento de AUTISMO en el Primer Mundo (en los últimos 10 años ha aumentado un 600%): Los futuros niños autistas son niños que nacen con un sistema inmunológico, intestinal y detoxificador mucho mas inmaduro que el resto de niños. Estos futuros autistas, en vez de preservarles de agresiones y ayudarles a madurar (con lactancia materna, mínimos medicamentos, etc...) tomaran con gran probablidad, al igual que el resto de niños, leche artificial casi desde su nacimiento, dañando su inmaduro sistema digestivo; se procederá a someter a su Sistema Inmunitario a un creciente numero de vacunas, con una proporción exageradísima de metales tóxicos que no podrán detoxificar; y a los 12-18 meses recibirán una vacuna triple que afectará a un más a su Sistema Digestivo, ya agredido por la antigénica leche de vaca. Aquellos niños que no sean Superman, caerán en un mayor o menor grado, como así ya se está viendo con el AUTISMO TARDIO.

No estamos en absoluto en desacuerdo con las vacunas, la Naturaleza siempre ha vacunado, pero antes de poner en marcha una tecno-vacuna, es muy importante sopesar ventajas e inconvenientes. Por ejemplo: ¿Merece la pena vacunar del sarampión en el Primer Mundo?...

Sólo si el saldo final de las vacunaciones van a evitar miles de muertes o numerosas invalideces merece la pena poner en marcha una tecno-vacuna y asumir sus riesgos. Si además queremos que sea eficaz y sin grandes secuelas deberá simular al máximo el proceso inmunizador de la Naturaleza, tanto en la edad de administración, como en la preparación, como en la vía de inoculación.

En la medida que las tecno-vacunas se separen de las características de la inmunización natural, en la misma medida aparecerán problemas importantes derivadas de las mismas. En la medida en que imitemos a la Naturaleza, que es nuestra madre y maestra, evitaremos estos temibles efectos sobre los mas inmaduros e indefensos de nosotros: nuestros niños.

CAMPAA DE VACUNACIN CONTRA **la hepatitis B**

PADRES Y ADOLESCENTES, OS INTERESA : UN PUNTO DE VISTA MDICO DIFERENTE!

SVP GROUPE MÉDICAL DE RÉFLEXION SUR LES VACCINS

TRADUCCIÓN:
DR. ENEKO LANDÁBURU

EL TEXTO QUE SIGUE, FUE REALIZADO EN NOVIEMBRE DE 1998, POR UN GRUPO DE MÉDICOS.
ESTÁ DISPONIBLE EN FORMA DE FOLLETO, QUE PUEDES SOLICITAR INGRESANDO FRS 5 (20 FF) EN LA CCP 10-28045-9 EN LA DIRECCIÓN SIGUIENTE, INDICANDO CLARAMENTE TU DIRECCIÓN:
SVP GROUPE MÉDICAL DE RÉFLEXION SUR LES VACCINS.-
CASE POSTALE 110.- 1010 LAUSANNE 10 (SUISSE)
EDITADO EN COLABORACIÓN CON:
AERZTE-ARBEITSGRUPPE FÜR DIFFERENZIERTE IMPFUNGEN.
POSTFACH 3000 BERN 9

1. ¿DE QUÉ SE TRATA?
2. ¿ES OBLIGATORIA EN SUIZA ESTA VACUNA?
3. ¿CUÁL ES LA COMPOSICIÓN DE LA VACUNA?
4. ¿QUÉ ES LA HEPATITIS B?
5. ¿CUÁLES SON LOS ARGUMENTOS OFICIALES A FAVOR DE LA VACUNA?
6. ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNACIÓN?
7. ¿UNA CONFUSIÓN DE INTERESES?
8. CONCLUSIÓN
9. POST SCRIPTUM

Este folleto, fruto de la reflexión de un grupo de médicos, tiene como finalidad informar a los padres y a los adolescentes de manera detallada, con el fin de que cada uno pueda hacer su elección fuera de toda presión.

1. ¿DE QUÉ SE TRATA?

Desde febrero de 1998, empiezan a llegar a las consultas de los médicos suizos diversas cartas y los medios de comunicación comienzan a hablar de ello: la vacunación sistemática contra la hepatitis B comienza oficialmente.
A partir de entonces, la OFSP (Oficina Federal de la Salud Pública) recomienda la vacunación de todos los adolescentes de 11 a 15 años, además de a los niños y a los adultos de los grupos de riesgo, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y con las prácticas ya en vigor en ciertos países europeos desde 1990.
Como médicos de familia, estamos perplejos en cuanto a la utilidad de esta vacunación y ante la información parcial que se nos da. ¿No deberíamos tener en cuenta los numerosos problemas y advertencias de nuestros colegas de los países vecinos, enfrentados a varios casos de efectos secundarios en sus pacientes? Es la primera vez que se vacuna contra una enfermedad para prevenir las probables complicaciones crónicas. ¿Es verdaderamente útil arriesgarse a vacunar a toda la población de adolescentes contra una enfermedad que por lo demás es poco frecuente?

2. ¿ES OBLIGATORIA EN SUIZA ESTA VACUNA?

No, esta vacuna es optativa. Pero la presión es diferente según los grupos de población a vacunar.

a) En el caso de los adolescentes (de 11 a 15 años):
La campaña es lanzada por la Oficina Federal de la Salud Pública (OFSP), pero la realización se deja a cargo de cada cantón. La situación es pues muy diferente de un cantón a otro.
La vacuna contra la hepatitis B, constituye para la salud pública un modelo de educación de la población para el futuro. No se habla de hecho de "campaña" vacunal, con vistas a obtener peticiones voluntarias para ser vacunado por convicción. ¡Un modelo de confianza de la población que acepta colaborar con los programas de salud

pública! Esto permite también dejar en la sombra a probables oponentes que pasarán desapercibidos, al contrario de lo que ocurriría en el caso de obligación legal.
Actualmente los seguros de enfermedad suiza reembolsan la vacunación contra la hepatitis B practicada por el médico de familia. No ocurre lo mismo con las vacunaciones efectuadas en el medio escolar. Los cantones están a punto de precisar sus convenciones cantonales, para repartir los costes de tal operación entre las cajas-enfermedad, los servicios
De medicina escolar y a veces también con las ligas cantonales de salud.

b) En los grupos de profesiones con riesgo:
Las personas que trabajan en el campo de la salud y en la educación especial, están muy presionadas a vacunarse. En algunos casos, la vacuna contra la hepatitis B se presenta como necesaria en un puesto de trabajo o en una escuela de formación de estos campos. Sin embargo, la obligación no es legal y una firma de la persona para descargar a la institución de su responsabilidad debería bastar.

3. ¿CUÁL ES LA COMPOSICIÓN DE LA VACUNA?

En Suiza, a finales de 1998, están registradas tres vacunas: Engerix B, Heprecomb y Gen H-B-Vax
Son idénticas a nivel del principio de fabricación. Antes, se utilizaba una vacuna tradicional fabricada a partir de sangre humana extraída de un portador del virus (Hevac B). Esta vacuna tenía efectos secundarios. Se ha retirado del mercado debido a los riesgos de contaminación por otros virus.

Las vacunas actuales no contienen mas que "trozos" de la pared del virus, lo que evita el riesgo de reactivación de los virus. Sin embargo, contienen impurezas, enzimas resultantes de la tecnología genética, de las cuales se ignora aún los efectos sobre la salud.
Estas tres vacunas contienen también restos del medio de cultivo y agentes conservadores: el hidróxido de aluminio y el mercurio (tiomersal). Estas dos sustancias son sospechosas de causar reacciones alérgicas por ser tóxicas.
La vacunación completa supone 3 inyecciones (primo-vacunación) en los primeros 6 meses. Debería hacerse un recuerdo 5 años más tarde, después de una toma de sangre para controlar la concentración de anticuerpos. La duración de la inmunidad dada por la vacuna es incierta, y hay un 10% de personas a las que la vacuna "no le prende" (sin respuesta).
Hay que precisar que una persona en todo momento, puede decidir – si perjuicio- interrumpir la vacuna contra la hepatitis B, incluso durante las tres primeras inyecciones.
En resumen, no tenemos un estudio retrospectivo de esta nueva generación de vacunas. ¡ Se puede considerar las vacunas actuales como un experimento a escala mundial y a largo plazo.

4. ¿QUÉ ES ESTA ENFERMEDAD?

A. ¿Qué significa « hepatitis »?
La palabra designa una inflamación del hígado, causada bien por sustancias

tóxicas, bien en nuestro caso por un virus. Actualmente se han identificado 5 virus de hepatitis (A, B, C, D y E). Se distinguen entre otras cosas por la vía de transmisión:
A y E, se transmiten por el agua o los alimentos contaminados por portadores de la enfermedad, especialmente en países con mala higiene.
B, C y D : se transmiten principalmente por la sangre.

B. Síntomas de la hepatitis B
Forma aguda: Excepto algunos casos raros de hepatitis fulminante grave, los enfermos presentan pocos o ningún síntoma. A menudo se la confunde con un síndrome gripal (fiebre, fatiga, nauseas, vómitos). Un tercio de los casos de la forma aguda presenta una ictericia con heces decoloradas y orina oscura. Del 90 al 95% de los casos agudos curan sin secuelas y los enfermos quedan inmunizados de por vida contra la enfermedad.
Forma crónica: (del 5 al 10% de los casos), o bien sin síntomas o bien aparece como una enfermedad como un malestar general (pérdida de apetito, fatiga crónica). Solamente los test sanguíneos establecen un diagnóstico cierto de esta forma de hepatitis. La cirrosis y el cáncer, complicación grave de la hepatitis, se manifiesta de 20 a 30 años después del episodio agudo y representan las principales causas de muerte debidas a esta enfermedad.

C. ¿Cuáles son las condiciones de transmisión del virus?
El virus se transmite principalmente por los líquidos corporales de las personas enfermas.
La toxicomanía: reutilización de jeringas no esterilizadas.
Los contactos sexuales: en contactos no protegidos con lesión genital o anal (parejas sexuales múltiples, relación anal, prostitución).
Las siguientes vías de transmisión representan una ínfima proporción de nuevas infecciones:
Los actos médicos: por transfusión sanguínea, hemodiálisis (antes del chequeo sistemático), inyección con material no estéril, pinchazos accidentales en personal sanitario.
En el pasado, la medicina ha sido gran proveedora de hepatitis B. Por ejemplo cuando la vacunación contra la fiebre amarilla a soldados americanos en 1945, la vacuna estaba contaminada con virus de la hepatitis B.
En el nacimiento: cuando la madre es portadora de virus, se lo transmite a su niño (en Suiza a toda mujer embarazada se le realiza un test sanguíneo).
Tatuajes, piercing: utilización de material contaminado y no esterilizado.
No hay ningún riesgo si la sangre contaminada toca la superficie de la piel intacta (sin despellejar), o comiendo y bebiendo en el mismo vaso o en el mismo plato (como ocurre con la hepatitis A y E). Se puede encontrar al virus en las secreciones corporales (saliva, esperma, orina, secreción vaginal) a concentraciones de 10 a 100 veces menores que en la sangre.
Hasta hoy, no ha sido probado la transmisión directa por la saliva.

D. Tratamiento.
Para las formas agudas, la medicina no ofrece ningún tratamiento específico. En las formas crónicas, actualmente, se tantea tratamientos con Interferón, pero no se conoce todavía la eficacia a largo plazo.
Por el contrario, las medicinas complementarias pueden ser una ayuda útil en la enfermedad aguda y crónica.

E. La enfermedad en Suiza.
De 1988 a 1997 se han registrado una media de 385 casos de enfermedad aguda por año, de los cuales una media del 43% son consumidores de drogas inyectables. El número anual de nuevos casos de hepatitis B esta descendiendo desde hace algunos casos.
Junto al 90-95% de los casos que curarán espontáneamente, del 5 al 10% (20 a 40 personas de media por año) van a desarrollar una enfermedad crónica y entre ello alrededor del 2,5% (10 casos) van a complicar complicaciones a muy largo plazo (cirrosis, cáncer). Se considera que estas cifras pueden ser mas elevadas debido a las enfermedades no detectadas: un 70% pasarán desapercibidas.
La incidencia de la enfermedad es claramente más elevada en los hombres que en las mujeres (2/3, 1/3) y en el grupo de edad desde los 15 a 40 años con un máximo entre los 20 a 24 años.

F. La enfermedad en el mundo (endemia).
En relación al porcentaje de portadores crónicos de la enfermedad, la OMS determina tres zonas principales:
- más del 7%: Sudeste asiático, África subsahariana y la cuenca amazónica.
- del 2 al 7%: Europa del Este, la cuenca mediterránea, Oriente Medio, América central y del Sur, Asia Central.
- Menos del 2%: Europa, América del Norte y Australia.
Suiza con el 0,3% de portadores crónicos representa una región con una muy baja frecuencia.

5. ¿CUÁLES SON LOS ARGUMENTOS OFICIALES A FAVOR DE LA VACUNA?

A. Aplicación de las recomendaciones de la OMS.
La OMS desea erradicar definitivamente la hepatitis debido a las regiones con fuerte endemia donde esta enfermedad causa un problema de salud mayor.
Suiza forma parte de las zonas donde la hepatitis B es muy poco frecuente. La vacuna generalizada nos parece una medida excesiva.

B. Vacunación de los adolescentes.
Mientras que en los países de alta fre-

cuencia, la mayoría de las infecciones ocurren en el nacimiento y la infancia, en nuestro país las hepatitis B son transmitidas por vía sanguínea y sexual en los jóvenes. El riesgo de infección es elevado en caso de toxicomanía por inyección.
Ya que la mayoría de los casos de Hepatitis B declarados se refieren a personas de 20 a 24 años, la campaña de vacunación generalizada de los adolescentes de 11 a 15 años tiene por objetivo proteger a los jóvenes antes del comienzo del periodo de riesgo. Se ha preferido a una vacunación de recién nacidos que tendría un efecto protector para sólo una quincena de años.
La frecuencia de la hepatitis B está disminuyendo en Suiza principalmente gracias a las campañas educativas y a las medidas tomadas para evitar la propagación del Sida, que se transmite de manera similar. Una continuación de esta política educativa nos parece más adaptada a la situación que una vacunación generalizada con sus beneficios, pero también sus riesgos.

C. Eficacia de la vacunación.
La vacunación supone en más del 90% de los casos una protección contra la infección sintomática después de 3 inyecciones. Es considerada como segura y bien tolerada.
Incluso una vacuna bien tolerada nos parece inaceptable si es inútil. Puede también dar a ciertas personas un sentimiento de inmunidad ilusorio, puesto que la duración de la protección es limitada en el tiempo.
Existe ya mutantes del virus de la hepatitis B contra los cuales la vacuna actual no ofrece ninguna protección. ¿Qué ocurrirá al 10% de vacunados que no responden a las tres inyecciones básicas?

4. Justificación económica.
Según las estimaciones de la Oficina Federal de la Salud Pública (OFSP), la vacunación generalizada está económicamente justificada ya que los costes de la enfermedad superan los costes de prevención.
La justificación económica responde enteramente sobre cifras estimadas, perfectamente discutibles.
La OFSP parte del supuesto que solo la vacunación generalizada es una medida adecuada. Pero la estimación de los costes no tiene en cuenta enfermedades que podrían ser inducidas eventualmente por la vacuna, ni del hecho de que la frecuencia de la hepatitis B esta en regresión en Suiza. Este cálculo no tiene en cuenta tampoco los gastos relacionados con la dosis de recuerdo dada 5 años más tarde, ni de los gastos de control de la inmunidad.

6. ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS DE LA VACUNA?

La vacunación contra la hepatitis B, no esta libre de riesgos. Teniendo en cuenta la falta de estudios epidemiológicos recientes, es imposible dar cifras exactas sobre el número de accidentes. El problema esta ampliamente subestimado y minimizado por la prensa médica oficial.
La literatura científica muestran que estos accidentes vacunales comprenden un abanico muy amplio de enfermedades de pataología diversa:
• en cabeza, lesiones del sistema nervioso (40%), que comprende las esclerosis en placa u otras enfermedades paralizantes;
• la aparición de enfermedades autoinmunes diversas, como la poliartritis reumatoidea.
• un aumento importante de casos de diabetes juvenil en jóvenes menores de 20 años después de la campaña de vacunación masiva en Nueva Zelanda.
• otros efectos secundarios que afectan al hígado (hepatitis), la piel o la médula ósea, tejido donde se forman los glóbulos de la sangre: 14 muertes sospechosas en Francia después de una destrucción de la médula.
• accidentes alérgicos, que podrían estar relacionados con los agentes conservantes o con el medio de cultivo de la vacuna, como para todos los otros tipos de vacunas.
Las declaraciones de los productores de las vacunas sobre las eventuales complicaciones vacunales son, 2/3 de los fabricantes, las limitan a los efectos secundarios locales, fiebre, vértigos, dolor de cabeza, fatiga, malestares, alteraciones gastrointestinales, teniendo solo en cuenta los primeros cinco días postvacunales. Solo 1/3 de los fabricantes anuncia efectos secundarios graves, precisando que "en numerosos casos, la relación de causalidad con la vacuna no ha podido ser establecida".
Las estadísticas oficiales dependen de que los que administran la vacuna tengan la buena disposición a reconocer una relación de causa efecto entre la vacunación y sus posibles efectos secundarios.
Las notificaciones espontáneas de un cierto número de víctimas ciertamente no registran todos los casos, por ello en nuestra opinión será importante informar al público y a los medios sanitarios, y realizar estudios epidemiológicos a mas largo plazo antes de emprender una vacunación a gran escala.
En Francia, donde la vacuna contra la hepatitis B es obligatoria para los adultos que ejercen ciertas profesiones y muy recomendada a los adolescentes desde 1994, para hacerse una idea de la amplitud del problema causado, fue necesario crear en febrero de 1997 una asociación de víctimas de la vacuna, la REVAHB (Red para la Evaluación de la vacuna contra la Hepatitis B) (*). Esta asociación estima el riesgo de accidente vacunal en un caso cada mil vacunados. Los primeros síntomas aparecen dos o tres semanas después de la inyección. La revista francesa "Alternative Santé-l'Impatient", denuncia como un escándalo la cam-

paña publicitaria a favor de la vacuna y reclama una moratoria en nombre del "deber de precaución"

7. ¿UNA CONFUSIÓN DE INTERESES?

La recomendación oficial de una vacuna beneficia a su fabricante que rentabiliza muy ampliamente las inversiones de la puesta a punto del producto. La posible mezcla entre ganancia para la salud pública y ganancias comerciales, impone una vigilancia crítica de los contenidos de las informaciones justificando la generalización de una vacuna.

En efecto, la experiencia muestra que las autoridades sanitarias tienen tendencia a exagerar la frecuencia y las consecuencias de la enfermedad súbitamente elevadas al rango de plaga nacional en vistas de la campaña de vacunación. En ausencia de registros fiables en Suiza, las cifras anunciadas parecen amplificadas, o bien deducidas de las estadísticas extranjeras mas pesimistas, para forzar la aceptación de la vacunación. En 1987, para introducir la vacuna SRP (Sarampión, Rubéola, Paperas), se invocó, como complicación del sarampión, un número elevado de encefalitis sin relación con la realidad vivida por los médicos. Hoy se dramatiza la frecuencia de la hepatitis B y de sus posibles complicaciones.

La presentación de la enfermedad es alarmista, y la vacuna presentada como la panacea indispensable, lo que no dejan de utilizar la publicidad de los fabricantes. Los riesgos de las vacunas son banalizados, pasados en silencio así como las incertidumbres y controversias científicas sobre la tasa de los que no responden a la vacuna, o sobre la calidad y la duración de la inmunidad dada por la vacuna. La noticia dada a los adolescentes dice abusivamente que un ciclo de 3 inyecciones te protege de la enfermedad "de una vez por todas", cuando la inmunidad debida a la vacuna no es garantizada por los fabricantes mas que para cinco años.

Esta información unilateral suscitando el miedo de la enfermedad es enseguida repercutida por los medios de comunicación profanos en la materia. Difícil pues de matizar propósitos muy especializados que emanan de fuentes oficiales. Las recomendaciones emitidas por la OMS (Organización Mundial de la Salud) son utilizadas como un oráculo infalible, invocando una erradicación ilusoria y una solidaridad mundial despreciando las particularidades regionales.

Estas informaciones parciales aumentan la coacción vacunal.

Así perdura el mito de la vacuna siempre eficaz, sin efectos secundarios, protectora de la vida contra la enfermedad. Incluso se quiere hacernos creer que la vacuna podría suprimir la hepatitis B a escala mundial sin ninguna consecuencia nefasta. Pero... ¿para que sirve la vacunación contra una enfermedad rara y excepcionalmente peligrosa si mañana puede verse confrontada a una cascada de alergias o de enfermedades por virus desconocidos o inmunodeficiencias a menudo incurables? ¿Y quien osará más tarde establecer relaciones de causa entre la vacunación y nuevas plagas?

8. CONCLUSIÓN

Es esencial volver a colocar esta enfermedad en su lugar verdadero: una enfermedad rara en Suiza que cura la mayor parte de los casos sin complicaciones. Es por ello, que más que vacunar a lo adolescentes, pensamos que es más útil:

• Continuar las medidas de higiene estrictas en relación a todas las manipulaciones con sangre.
• Acentuar la prevención educativa: alentar una higiene sexual y difundir la información sobre las vías de transmisión, teniendo en cuenta las incertidumbres en este campo, continuar la distribución de jeringas estériles a los toxicómanos.
• Vacunar los grupos de riesgo (personal médico y toxicómanos) así como a los recién nacidos cuya madre es portadora del virus (chequeo sistemático durante el embarazo).
• Llamar la atención a médicos y personas vacunadas sobre los eventuales efectos secundarios, sobre todo a medio y a largo plazo, y animar a la declaración de estos casos.
• Continuar la investigación científica para descubrir las personas genéticamente predispuestas a tener complicaciones vacunales.
• Tener confianza en los adolescentes y no incluirlos a priori en la categoría de personas de riesgo.

9. POST SCRIPTUM

- En el momento de concluir este folleto, un acontecimiento acaba de confirmar nuestras reservas en cuanto a la vacunación generalizada contra la hepatitis B. En efecto, con fecha 1 de octubre de 1998, el ministro francés de la salud ha anunciado la suspensión de la campaña de vacunación sistemática de adolescentes.
- Esta campaña comenzó en Francia en 1994, y después que numerosos médicos han tenido la ocasión de inquietarse por la gravedad de los efectos secundarios de esta vacuna, 600 médicos han pedido públicamente una suspensión de la campaña en curso.
- La asociación francesa REVAHB (Red para la Evaluación de la Vacuna Hepatitis B), reagrupa hoy en día 1.200 personas que se declaran víctimas de la vacuna contra la hepatitis B. Estos enfermos sobre todo sufren enfermedades neurológicas paralizantes, aunque también tienen afecciones reumatológicas, que les acarrea una invalidez. Catorce familias afirman que su niño murió después de una enfermedad sanguínea consecutiva a la vacunación.
- En Francia, después que 25 millones de personas han sido vacunadas, el gobierno ha renunciado al tipo de vacunación que ahora comienza en Suiza. ¿Tendrán la misma sabiduría nuestras autoridades?

En nuestra opinión, esta campaña de vacunación no parece verdaderamente necesaria actualmente en Suiza.

* La publicación de este folleto ha sido realizado sin apoyo financiero exterior al grupo.

* REVAHB (Red para la Evaluación de la Vacuna Hepatitis B)
8, Rue Josephine
F-94170-LE PERREUX-SUR-MARNE (France)
Tel: 01.48.71.80.20
C/e: revahb@wanadoo.fr
www.ifrance.com/hepatiteb

MÁS INFORMACIÓN

SUIZA: : 6.994.000 habitantes (1994), en 41.290 Km2. Idiomas: alemán, francés e italiano. Pequeño país continental de Europa Central, cuyo territorio es montañoso en sus tres cuartas partes. Los Alpes cubren más de la mitad del territorio. Actualmente el ecosistema está amenazado por la "lluvia ácida". Su nombre oficial es: Confoederatio Helvetica. División administrativa: 20 cantones, 6 subcantones. Capital: Berna (Bern), 129.423 hab. (1994). Otras ciudades: Zurich (Zurich), 343.045 hab.; Ginebra (Genève), 171.744 hab.; Basilea (Basel) 176.220 hab.; Lausana, 117.153 hab. (1994). En Ginebra está la sede central de la OMS y la sede europea de la ONU.

En la comparación internacional, el sistema de sanidad de Suiza ocupa indiscutiblemente una posición puntera. Esto lo demuestran, entre otros hechos, la mortalidad infantil que en este país es una de las más bajas y, por otra parte, la esperanza de vida, una de las más altas del mundo. Tal balance satisfactorio es el resultado de numerosos factores convergentes: la higiene, una alimentación sana, la vacunación, así como los adelantos de la ciencia, la investigación y la tecnología.

Visitando la página Web de la Oficina Suiza de Salud Pública
www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht
podrá encontrar todas las informaciones necesarias sobre el sector de la salud.

¿Hay algo que quiera saber sobre Suiza
Seleccione http://www.swisshelpdesk.org

La muerte súbita
DEL LACTANTE

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL), también conocido por las siglas inglesas SIDS (Sudden Infant Death Syndrome), se define clínicamente como la muerte repentina, inesperada y brusca del lactante aparentemente sano, en el cual una autopsia rutinaria no permite identificar la causa última de su fallecimiento.
Este síndrome, aunque existe desde los albores de la Humanidad, se manifiesta con más frecuencia en los países desarrollados, en los que representa el primer motivo de muerte en lactantes de menos de un año, excluyendo el período neonatal inmediato.
Su incidencia promedio es del 1,5-2 por 1000 nacidos vivos; cada año mueren en Europa alrededor de 10.000 lactantes y en España aproximadamente unos 500.

Xavier Uriarte
Médico Naturista

Palabras clave:
Multifactorial.
Estrés.
Bloqueo.
Prevención.

EPIDEMIOLOGÍA

Desde que se celebró en 1963 la primera conferencia internacional sobre las causas del SMSL, se han realizado amplias, interesantes y diversas investigaciones para llegar a la conclusión que se trata de una enfermedad multifactorial que, actuando de manera sinérgica, podría crear las condiciones para una alteración estructural y funcional del sistema nervioso central, con repercusión directa sobre el control de la función cardiorrespiratoria central y periférica.

La Comisión de Salud Pública de la Unión Europea propició en 1991 la creación del grupo europeo para la prevención de la muerte infantil. *(1)*

En el seno de la Asociación Española de Pediatría se constituyó, a finales de 1991, un grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita. En la Liga por la Libertad de Vacunación (a raíz de lo escandalosos y mediatizados acontecimientos del año 1993) se creó el grupo de seguimiento de las investigaciones sobre dicho síndrome. *(2)*

Con la suma de todos estos esfuerzos se han llegado a describir ya los factores que rodean al lactante en la aparición de esta enfermedad de tan rápido desenlace.

CIRCUNSTANCIAS PREVIAS DEL LACTANTE

En los diferentes estudios europeos realizados tras las muertes de los lactantes, se ha observado una serie de variables que se presentan con frecuencia y que tienen gran valor epidemiológico.

1. Edad.
Se ha observado una máxima incidencia entre los 2 y 4 meses postnatales. Es poco común antes del primer mes o después del sexto. Resulta ser excepcional después del año.

2. Reincidencia.
Las posibilidades incrementan en el caso de los gemelos o trillizos (20 veces mayor) y después los hermanos siguientes (10 veces mayor).

3. Horario.
Dentro de la franja horaria, aparece frecuentemente entre las 24 y las 9 horas, es decir, durante el sueño nocturno.

4. Climatología.
Es en la estación fría del invierno, entre los meses de diciembre, enero, febrero y marzo, cuando más muertes se producen. Predomina en áreas de gran densidad demográfica, como las zonas urbanas. Aparece con más frecuencia en los ambientes sobrecalentados por un exceso de abrigo o de calefacción, y en medios contaminados de humos y de tabaco.

5. Geografía.
La incidencia es mayor en las sociedades desarrolladas e industrializadas, donde los hábitos de alimentación, de

sueño y de contacto se han modificado cuantitativa y cualitativamente, sobre todo, en la segunda parte del siglo XIX. *(3)*

6. Nivel socioeconómico.

Aparece con mayor frecuencia en familias monoparentales, con madres jóvenes, con un bajo poder adquisitivo, estudios primarios y adicción a ciertas drogas.

7. Antecedentes obstétricos.

Se ha podido observar, por parte de la madre, historia de abortos previos, nacimientos de bajo peso y pretérmino, utilización de cesárea, frecuencia de la anestesia general, un test de Apgar bajo y falta de orientación en los cuidados postnatales. *(4)*

8. Alimentación.

Se ha observado con mayor frecuencia entre las familias que no practican la lactancia materna. El declive de la lactancia materna en España comenzó en la década de los 60, para presentar su máxima expresión en la década de los 80. A finales del siglo XIX la práctica natural materna inició una recuperación gradual sin llegar, en la actualidad, a las cifras consideradas satisfactorias. *(5)*

9.Postura y Sueño.

La práctica de la postura prono o boca abajo utilizada desde hace un tiempo para prevenir los efectos de la regurgitación, se relaciona con la aparición de la muerte. Sin embargo, por sí sola no constituye suficiente argumento en la aparición de este síndrome. *(6)*

10.Utilización de vacunas.

En el año 1987, ya se describieron casos de cambios eléctricos cardíacos de tipo taquicardia supraventricular paroxística tras la vacuna DTP. Parece observarse que hasta el 3% de todos los lactantes vacunados con la DTP presenta alteraciones inespecíficas del E.C.G. También se han descrito casos de muerte súbita tras la inmunización con la DTP, por el desencadenamiento de una reacción inmunitaria de tipo anafiláctico. *(7)*

Algunos estudios muestran que los niños mueren con una frecuencia ocho veces superior a la normal en el perído comprendido en los tres días consecutivos después de la DTP. *(8)*

Recordemos que en nuestro país, esta vacuna se daba a los 3, 5 y 7 meses. Aproximadamente, el 85% de los decesos suceden entre el 1º y 6º mes, con un pico máximo entre el 2º y 4º mes. En un estudio realizado se midieron los episodios de apnea e hipoapnea antes y después de la inyección de DTP. Los resultados mostraron que la vacuna puede producir un incremento extraordinario de las apneas y de las hipoapneas. Además, las alteraciones en el ritmo respiratorio se mantienen incluso meses más tarde. *(9)*

En otro estudio llevado a cabo sobre 103 lactantes muertos, se encontró que más de las 2/3 partes habían sido vacunados con la DTP poco antes de morir. De éstos, un 6,5% murieron en las 12 horas siguientes a la vacunación, el 13% en las 24 horas siguientes, el 26% durante los 3 días siguientes, y el 37%, 61% y 70% en la primera, segunda y tercera semana, respectivamente. *(10)*

Diferentes estudios no solamente relacionarían estos cambios con las vacunas DTP, sino que este vínculo se haría extensible también a las vacunas de la tuberculosis, polio y hepatitis.

11. Sincronización del ritmo madre-lactante.

Durante miles de años la lactancia materna, además de ser un alimento necesario para el desarrollo de la estructura y de la función cerebral, ha supuesto un vínculo de contacto y de regulación permanente en el primer año de vida entre la madre y el lactante. De tal manera que, independientemente del hecho de dormir juntos o separados, la congestión mamaria ha supuesto un gran estímulo nocturno en el despertar de la madre y, por lo tanto, en el despertar y en el ritmo respiratorio del lactante. Se podría decir que entre el ritmo de la lactancia materna y el ritmo cerebral del lactante se da un sincronismo, que se repite cada 2-3 horas.

Con la pérdida de la lactancia materna, con el largo sueño nocturno del lactante y con la desaparición del contacto dérmico desaparecen unas variables de gran importancia en el proceso madurativo neuroendocrino del neonato.

12. Presencia de reflujo cardioesofágico y de espasmo esofágico.

Estas situaciones se han relacionado con la presencia de arritmias cardíacas y apneas en los lactantes. *(11)*

PATOGENIA, ESTRÉS Y BLOQUEO

Actualmente se está en condiciones de lograr avances en la fisiopatología de la muerte súbita. Según los hallazgos anatomopatológicos, neuroendocrinos, metabólicos en autopsias y bioeléctricos en vida, se puede afirmar que los cambios bioeléctricos, biomagnéticos, nutricionales, celulares y endocrinos que se suceden en el SMSL, son los propios del mecanismo del estrés. *(12)*

Este mecanismo actuaría bloqueando, a través de la disfunción hipotámica, la transmisión de la energía vital del lactante. Se puede manifestar mediante alteraciones bioeléctricas y magnéticas a nivel del sistema neuroendocrino, con claro incremento de la actividad vegetativa simpática y o parasimpática, y de la secreción de la hipófisis, además de un aumento de las catecolaminas, de la dopamina *(13)* y de opiáceos endógenos circulantes.

También se han observado modificaciones en el mesencéfalo y cambios apreciables en la actividad y en el ritmo cardiorrespiratorio.

Según estudios realizados, en alguno de los lactantes se han observado bajos niveles en sangre del lactante de minerales como el calcio, magnesio, cobre, hierro, cinc, selenio, y de vitaminas como la C, E y D.

En algunas muertes se han observado

niveles altos en sangre de metales como el mercurio, níquel, plomo, y de nitratos.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Diversos estudios realizados han relacionado la aplicación de diversas medidas higiénicas con la disminución de la muerte súbita del lactante.

En 1983 se hizo público el Informe Sheffield en el que se describían algunas de las razones por las que en Gran Bretaña se redujo la mortalidad en el período 1973-76.

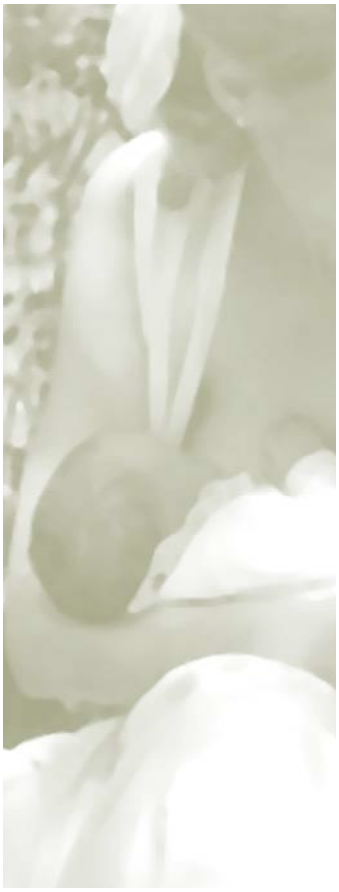
Entre los factores que se observaron, destacan en primer lugar, el aumento considerable de la lactancia materna y de los cuidados postnatales, incluida la asistencia domiciliaria llevada a acabo por las comadronas; en segundo lugar, el aumento de la edad media de la madre, una disminución en el número de embarazos y de partos precipitados. *(14)*

En el año 1995 se publicaron los resultados de una campaña de prevención llevada a cabo en Gran Bretaña para reducir el riesgo de muerte súbita, basándose en cuatro recomendaciones: postura en decúbito supino, no fumar en la habitación, no permitir que el lactante tenga excesivo calor y avisar al médico si el recién nacido se encuentra mal.

Tras la aplicación de la serie de recomendaciones se observó que la mortalidad había descendido del 2,3/ 1000 en 1988 al 0,70/1000 en el 92. *(15)*

Con estas experimentaciones llevadas a cabo en estas últimas décadas, estaríamos en condiciones de afrontar con mayor serenidad y seguridad, este fenómeno sociosanitario que tanto sufrimiento ha generado en nuestra cultura.

El nacimiento natural, la disminución de las cesáreas, la lactancia materna, los cuidados postnatales dirigidos tanto al recién nacido como a los progenitores, el contacto corporal entre los padres y el lactante, la posición de descanso, la temperatura de la habitación, la contaminación del aire y de los alimentos, la vacunación masiva combinada, son factores a tener en cuenta a la hora de elaborar un programa de higiene y de prevención.



Son hábitos muchos de ellos modificables, que tras su aplicación y aprendizaje, pueden disminuir significativamente la incidencia de este síndrome. No obstante, quedan aspectos todavía por investigar.

Bibliografía

1. Camarasa F. Síndrome de la muerte súbita del lactante. Revista Jano 1997;53(1231):54-6.

2. Mora J, Uriarte X. Vacuna y muerte súbita: datos para una reflexión. Revista Medicina Holística 1994;36:135-6.

3. Camarasa F. Síndrome de la muerte súbita. Revista Jano 1997;52(1231):54-6.

4. Ceña Callejo R. Síndrome de muerte súbita del lactante: sistemas para identificar niños con alto riesgo. An Esp Pediatría 1993;39(2):105-10.

5. Uriarte X. Estudio epidemiológico y prevalencia de la lactancia materna de la población de Gerona en el período 1970-1980. Tesina de Licenciatura, 1988.

6. William C. Orr, PhD. Efecto de las fases del sueño y de la posición sobre la incidencia de apnea obstructiva y central en lactantes. Pediatrics (ed.es.) 1985;19(5).

7. Cruz M. Complicaciones y contraindicaciones de las vacunas. Monografía vacunas.
Revista Jano 1987;33: 34-6.

8. Fine, Chen. Confounding in studies of adverse reactions to vaccines". American Journal of Epidemiology 1992;136:21-35.

9. Viera Scheibnerova, Leif- Karlsson. Association Between Non Especific Stress Syndrome, DTP inyeccions and Cot death". 2nd. Inmunitation Conference, Canberra, Australia: 1991; May 27-29.

10. Torch WC. DTP inmunization: a potencial cause of the sudden infant-death syndromes. American Aacdemy of neurology, 35 th Annual Meeting, Apr. 23-May 1,1982. Neurology 32 (4):2.

11. Pérez Fontán J. MD. Espasmo esofágico asociado con apnea y bradicardia en un lactante. Pediatrics (ed.es.) 1984; 17(1).

12. Uriarte X. El Estrés postvacunal. Libro Inmunidad o Vacunas. 1ª edición. Editorial Martorell, 1998.

13. Perrin DG. Síndrome de muerte súbita infantil: aumento del contenido en dopamina y noradrenalina del corpúsculo caroteideo. The Lancet (ed. esp.) 1985;6(1).

14. Carpentier RG. Evaluación del Sheffield Intervention Programme. The Lancet (ed. esp) 1983;3(2).

15. Carvajal A. Vacuna DTP y síndrome de muerte súbita del lactante: un metaanálisis. Medicina Clínica 1996;106(17).

CRÓNICA DE **Biocultura**

BARCELONA 2003

Bueno, ya está, una vez más como cada año hemos superado la prueba realmente agotadora pero a su vez placentera de BioCultura.

Como siempre, hemos tenido el placer de disfrutar de un stand diminuto aunque provechoso y de una sala donde a lo largo del sábado hemos podido ofrecer diversas conferencias relacionadas con la salud y la vacunación. La audiencia ha sido amplia llenándose a veces la sala y otras habiendo alrededor de unas cuarenta personas, contestando siempre dudas diversas y actuando la Liga como punto de apoyo para diversos padres nóveles en el ámbito de las vacunas.

En todo momento había gente en el stand solicitando información que solventábamos así como comprando diversos libros, agotándose el de Xavier el mismo sábado ya.

Próximamente, la Liga volverá a estar presente en BioCultura de Barcelona en el mes de mayo por lo que os instamos a acudir y consultar las diversas dudas que se os vayan quedando en el "tintero".

LA LIGA TAMBIN ESTUVO PRESENTE EN:

Valencia (España)

Como es usual en estos últimos años el Ayuntamiento de Ontinyent organizó durante los meses de marzo y abril 03 las Jornadas de Sostenibilidad. A lo largo de estos dos meses la corporación coordinó una serie de actividades promovidas por colectivos implicados en el medio ambiente y dirigidas a dinamizar la vida de la ciudad y de sus alrededores. Estuvieron presentes Acció Ecologista-Agró para el desarrollo del ferrocarril en la zona, Pluja Teatre que a través del teatro en la calle hizo una reflexión sobre el reciclaje, Antonio Estevan que expuso aspectos sobre la gestión sostenible del agua en las ciudades mediterráneas, Nunca Máis que platicó sobre las consecuencias del hundimiento del Prestige, Greenpace presentó la lista roja y verde de los alimentos transgénicos, Seo Societat Espanyola de Ornitología disertó sobre las repercusiones ambientales de los parques eólicos y la Liga que planteó un taller sobre Vacunas y Autogestión de la salud.

En este taller que se presentó durante viernes tarde y sábado mañana y al que asistieron cuarenta personas, se

PROGRAMA BIOCULTURA MADRID 2003

Sábado 1 de Noviembre

Tarde

16-17h. Los Mitos de las Vacunas.
Esther Sagredo.Médica.

17-18h. Retirada del Mercurio y de las Sales de Aluminio de las vacunas.
Amparo Blanco y Carmen Flores. Simpatizantes Liga.

18-19h. Movimiento Antivacunalista en EEUU.
Carlos Fresneda. Periodista.

Domingo 2 de Noviembre

Mañana

11-12h. Instinto y Salud: una propuesta de autogestión.
Sibila. Vocal Liga.

12-13h. Mecanismos de adaptación de los niños.
Belen Igual. Médica.

13-14h. Verdades y Mentiras de la Neumonía Atípica(SARS).
Xavier Uriarte. Presidente Liga.

Organiza: LLV.

Opinión DEL LECTOR

Desde Lugo, C.B. socia de la Liga nos envía en febrero del 2003 esta carta, denunciando una situación.

Estimados amigos de la Liga,

Os envío una copia de la carta que recibimos recientemente de la compañía de seguros Adeslas en la que se hace referencia al "calendario de vacunación obligatorio" para los niños, por si os parece que tiene algún interés.

LA LIGA Responde

En el mes de junio del 2003 se envió una carta a Adeslas de Lugo en los siguientes términos.

Apreciado Sr. Director,

Habiendo recibido a través de nuestros asociados la circular Adeslas de enero 2003 en la que se hace constar el concepto de vacunación obligatoria, le recordamos que ni en España y en ninguna de las CCAA del territorio existe obligación alguna de vacunar, siendo en todo caso la recomendación una de las posibilidades inmunitarias que se le ofrece al ciudadano. Por lo tanto, le invitamos a reflexionar sobre esta imprecisión transcrita en su circular susodicha.
Le adjuntamos el boletín de la LV.
Esperando su respuesta.
Atentamente.

Maria pujol pons nos envia la siguiente carta

Hace veinte años que practico la observación, fijarme en los pequeños detalles, vibraciones en los seres humanos, en los animales, humor en las personas, cambios en la Naturaleza y también en los alimentos que utilizo para mi failia, etc.Lo aprendí en un centro Japonés (Dojo) donde enseñan SEITAI (método y observación).
He llegado a la conclusión, que no podemos convencer a nadie de nuestros hallazgos y creencias sí no hay en el interlocutor una capacidad de aceptar que, no toda la verdad está en lo material sinó que hay algo más, intangible e invisible que nos influye.
Este verano hablando con una madre de un bebé de meses intentaba comentarle que se informara bien antes de ponerle las vacunas sistemáticas.Me contestó muy tranquila que des de que le había puesto las primeras, comía mejor y que de todas maneras ella se sentía bien formando parte de esta cultura vacunalista.
Otros padres responden"Yo no quiero que mi hijo esté enferme" quiero lo mejor para él.Otros se sienten presionados por el entorno, "todos lo hacen", por las guarderías que obligan, por normativa.
Hoy hay bastante información, libros y artículos que denuncian "mafias" e intereses económicos en la medicina.Otros, a explicar los posibles efectos adversos de las vacunas y de los medicamentos, pero a la mayoría no les llega o no les interesa.Lo que quieren es "no complicarse la vida", no pensar... ¿ Por Qué?
Creo que es por los pensamientos y actitudes negativas, tanto heredadas como propios:
- Rechazo (no aceptar la vida, ni a los demás, ni a uno mismo).
- Miedo.
- Inseguridad, etc.

Estos sentimientos crean VIRUS que incomunican, cortan, separan, tanto física como mental, impiden actuar con coherencia, no dejan pensar, se actua por impulsos no por convicción, pero lo más curioso es que quién actua así, normalmente no se da cuenta.
Sería bueno, creo yo, que toda persona que se esfuerza en aceptar, tener confianza, informarse para tener más seguridad, etc., no culpabilizara a quién no piensa ni actua como él, quizá no puedan por la incomunicación que provoca la negatividad, y trabajaran en comprender, disculpando y ayudando con su testimonio para que más personas puedan paracticar Amor Verdadero (amor con orientación, coordinación, inteligencia y discernimiento) que une, cura, crea positivo y reproduce más amor.

María Pujol Pons

Opinión DEL LECTOR

Publicamos la carta que Amparo Blanco, simpatizante de la Liga, ha enviado a la Ministra de Sanidad en referencia al contenido de mercurio y sales de aluminio en las vacunas.

MERCURIO Y SALES DE ALUMINIO EN LAS VACUNAS

Desearíamos hacerle participe de nuestra preocupación por un tema de salud pública que actualmente esta recibiendo una gran atención por parte de los profesionales sanitarios y del resto de la sociedad.

El tema al que nos referimos es la administración del conservante organo mercurial, Tiomersal, utilizado en preparados farmacéuticos y más concretamente en las vacunas infantiles. Dicho compuesto una vez inyectado con la vacuna se descompone en etil mercurio un compuesto catalogado como "altamente neurotóxico".

La inclusión en España del Tiomersal en vacunas infantiles no esta justificada. Procede de un uso histórico de dicho compuesto en las formulaciones de vacunas y no obedece a razones de seguridad toxicológicas.

A continuación le detallamos dichas razones:

1. Las vacunas que se comercializan actualmente en España se realiza en envases monodosis (viales y jeringuillas precargadas), por lo que no existe peligro de contaminación durante su uso, como es el caso de las vacunas multidosis empleadas en países en desarrollo, principalmente, por un tema de costes.

2. En algunos casos el Tiomersal es utilizado durante el proceso de fabricación de la vacuna, pero actualmente existen los medios tecnológicos suficientes para reducir dicho conservante al nivel de trazas.

3. En el caso de que sea necesario utilizar un conservante en la preparación final, existen otros conservantes de una toxicidad mucho menor que Tiomersal como es el caso del fenoxietanol.

4. Las vacunas más modernas ya no contienen Tiomersal en su composición.

5. La FDA y la EMEA en Julio de 1999 publicaron sendos comunicados para promover en el plazo más breve posible el uso de vacunas infantiles sin Tiomersal.

6. La Academia Americana de Pediatría (AAP) emitió también en Julio de 1999 un comunicado instando a la eliminación del Tiomersal de las vacunas infantiles.

7. Antes de los 18 meses de edad, la administración de este compuesto mercurial en las vacunaciones infantiles puede repetirse hasta 7 veces, (3 dosis de la Hepatitis B y 4 de la DTP) superando así los índices de seguridad establecidos por la FDA para el mercurio.

8. Recientes estudios epidemiológicos publicados establecen una relación entre la exposición al mercurio de las vacunas infantiles que contienen Tiomersal y trastornos en el neurodesarrollo: A mayor exposición, mayor probabilidad de sufrir estos trastornos. Le adjuntamos dicho estudio para su información.

9. El Tiomersal ha sido retirado de la mayor parte de las especialidades farmacéuticas publicitarias y de prescripción por problemas de toxicidad y alergias.

10. El Tiomersal sólo esta permitido en las vacunas animales en envases multidosis, según la legislación Comunitaria (EEC) No 2377/90 y Status of MRL Procedures EMEA/CVMP/765/99-rev.

Es decir si las vacunas infantiles con Tiomersal actualmente comercializadas en España dependieran del Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación en vez de Ministerio de Sanidad y Consumo, su uso sería ilegal y serían inmediatamente retiradas del mercado.

Es una incongruencia que un conservante tóxico prohibido para uso veterinario en las mismas condiciones sea utilizado en vacunas infantiles.

Es de agradecer la creación del Programa Nacional de Investigación en Enfermedades Raras (PNIER) promovido desde el CISATER Centro de Investigación del Síndrome del Aceite Toxico perteneciente al Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo, para estudiar el Trastorno del Especto Autista.

Pero además de un enfoque al diagnóstico precoz de estos trastornos, desgraciadamente incurables y que crean daños neurológicos irreversibles, por favor, apliquen también criterios de prevención evitando la administración de conocidas sustancias neurotóxicas .

Un aumento significativo de casos en una patología en un periodo corto de tiempo , unos 20 años se puede explicar por causas medioambientales, más que por causa genéticas, dado que es

extremadamente improbable que en tan poco espacio de tiempo se haya producido una mutación en una población entera .

Todo apunta a un factor ambiental aplicado a la población infantil de forma masiva y que sólo afecta a un sector susceptible de la misma y que a su vez depende del número de vacunas con el componente mercurial, Tiomersal, que se les haya administrado y de la madurez inmunológica en la que se encontraba el bebé a la hora de administrárselas.

Y un reciente estudio epidemiológico realizado en el Centro de Genética de América, de Maryland, lo acaba de confirmar.

Como medida de precaución la Agencia Española del Medicamento hizo publica el pasado 13 de Marzo de 2000 la Circular 1/2000 en la que requiere la inclusión en la ficha técnica y el prospecto la advertencia de reacciones alérgicas. Pero desgraciadamente la mayoría del personal sanitario no relaciona uso del Tiomersal con la exposición a agentes mercuriales, aunque sí hay un consenso de todos en reducir la exposición a la población a agentes tóxico como el mercurio, con lo cual se resalta que el problema es de información sanitaria. Aunque esta medida es correcta considero que es insuficiente cuando cada vez hay más pruebas a favor de reducir al máximo la exposición de la población a gentes tóxicos como los mercuriales.

Según un estudio realizado en el Reino Unido ("The economic impact of autism in Britain" por K.Järbrink & M.Knaap. Autism 2001; 5: 7-22.), el coste del autismo en Gran Bretaña, asciende a unas cifras de 2.94 millones de libras (aproximadamente 2.1 millones de Euros) para una persona con autismo e incapacidad adicional de aprendizaje a lo largo de su vida.

Aquí se incluyen: Servicios hospitalarios, Medicación, Servicios sociales, Apoyos para la vida diaria, Apoyo de voluntarios, Educación Especial, Trabajo asistido y supervisado, Actividades de día, Tiempo de los miembros de la familia y Gastos de la familia.

El nivel de exposición al Tiomersal se puede conocer por la cartilla de vacunación y los niveles patológicos de mercurio y otros metales pesados pueden conocerse por pruebas medicas de quelación oral ha estos compuestos.

Le rogamos, por tanto, una retirada inmediata de las vacunas infantiles que contengan Tiomersal en su composición así como la concesión de ayudas económicas para tratamientos psicoeducativos domiciliarios a las familias de aquellos niños que tras ser vacunados con dichas vacunas, en su calendario de vacunación infantil oficial y obligatorio, presentaron alteración en su desarrollo psicomotor con trastornos del lenguaje, hiperactividad y conductas autistas.

Amparo Blanco

Opinión DEL LECTOR

En carta escrita por el EFVV (Forum Europeo por la Vigilancia de las Vacunas) en el mes julio del 2002 al EMEA(Agencia Europea por la Evaluación del Medicamento) pidiendo una actualización del registro de efectos posvacunales en la comunidad europea, la respuesta es la siguiente.

Apreciados Señores,

El EMEA viene de reevaluar el nivel de seguridad de las vacunas hexavalentes autorizadas desde el año 2000. Esta reevaluación ha sido favorable a pesar de haber fallecido de manera inexplicada 5 criaturas en Alemania y Austria dentro de las primeras 24 horas después de la vacunación referidas entre noviembre del 2000 y marzo del 2003.
Las conclusiones positivas acerca de la introducción de las vacunas hexavalentes se basan en:
- Sobre los datos disponibles no es posible relacionar estas muertes con la inoculación de la vacuna.
- El balance beneficio/ riesgo de estas vacunas combinadas es favorable.
- En el estado actual del conocimiento, ninguna modificación de las condiciones actuales de utilización de estas vacunas no es justificada.

Cordialmente
Henriette Chaibriant

La Asociación francesa Alis nos envía la contestación del Director General de la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los productos de salud fechada en el mes de abril 2003, ante la petición formulada por Alis de conocer los efectos posvacunales entre la población en el estado francés.

Apreciada Señora,

Le contesto a la misiva enviada el 11 de junio del 2002.
La Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de Productos de Salud(AFSSAPS) es la encargada del control de la seguridad sanitaria y de la vigilancia de los productos destinados al hombre.
Durante el año 2001 hemos recibido un total de 582 notificaciones espontáneas de efectos adversos posvacunales. La mayoría de las observaciones provienen de la vacuna de la hepatitis B(55,3%). Generalmente se han observado reacciones transitorias moderadas como dolor en la zona de la inoculación, fiebre, convulsiones,cefaleas, naúseas, vómitos, diarrea y reacción alérgica.
Sin embargo, la recogida de los casos no es exhaustiva debido a la infranotificación que existe en la actualidad.

Esperando haber respondido a su petición me despido cordialmente.

Le Directeur Général
P. Duneton

Nota: *Esta misma petición la LV formuló en el año 2001 a los veinte servicios de farmacología que existen a lo largo del territorio español. El silencio fue la respuesta*

http://www.vacunacionlibre.org

¿Quiénes somos?
Área médica
Área legal
Documentación
Lista
Foro
Enlaces
Últimas noticias
En los medios
Filiación

RED ESPAOLA DE INFORMACIN SOBRE VACUNAS

TELÉFONOS DE CONSULTA:

Juan Manuel Marín (médico). Tel: 932457575 - Ester Sagredo (médica). Tel: 944213499

ARAGON

Pablo Saz (médico). Tel: 976320920. C/ Miguel Labordeta, 43 3ºB. 50017 Zaragoza

Roberto González (naturópata). Tel: 976359538. C/ Félix Latassa, 14 pral A. 50008 Zaragoza

Sónsoles Barco (médica). C/ Bolonia, 4 entlo dcha. 50008 Zaragoza

Francisco Lázaro (médico). C/ Calzada Rapitán, 23 2ºE bajo. 22700 Jaca Huesca

BALEARES

Joaquín Peleteiro (médico). Tel: 971206658. Avda. Joan March, 8 5º 1ª. 07004 Palma de Mallorca

Felip Ramis (médico). Tel: 971771250. C/ Margalida Caimani, 24 1º. 07005 Palma de Mallorca

Asociación Nèixer i Crèixer. Via Caleta, 12, 6B. 07180 Santa Ponça

CANARIAS

Sergio Martínez (médico). Tel: 922260603. C/ Anchieta, 26 2º dcha.. 38021 la Laguna

CASTILLA-LA MANCHA

Juan Manuel Marín (médico). C/ Concepción, 9 3ºB. 02002 Albacete

CASTILLA-LEON

María Teresa García (médica). Tel: 979890653. Urbanización Virgen del Valle. 34100 Saldaña Palencia

Angel Reija (biólogo). Tel: 921441995. C/ Jardín Botánico, 2 esc. 1 1ºB. 40002 Segovia

Ficha de filiación A LA LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIN

(EJEMPLAR PARA ENVIAR A LA LIGA)

Datos personales

Nombre y apellidos: _____

Domicilio: _____ Población: _____

Código postal: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Dedicación: _____

Datos bancarios

Banco o Caja: _____ Clave banco: _____ Clave oficina: _____

Nº cuenta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Titualr cuenta: _____

Cuota anual de: ☐ 30 euros ☐ 48 euros ☐ 60 euros ☐ 90 euros ☐ _____ euros (superior a 30 euros)

CATALUÑA

Asociación Tascó. Tel: 934266559. Gran Vía Corts Catalanes 439 5º2ª. 08015 Barcelona

Anna Sanés (comadrona).Tel: 972201344. C/ Isabel Catòlica, 5, 3r 2a. Girona

Joan Mora (médico).Tel: 972202803. Girona

Mare Nostrum. Tel: 972488034 Girona. Tel: 933022915. Barcelona

Noel García (médico). Tel: 933183050. Plaza Urquinaona, 2 3º 2ª. Barcelona

Juan Manuel Marín (médico). Tel: 932457575. C/ Consell de Cent, 417-419 4º 2ª. 08009 Barcelona

Gustau Pau (naturópata). Tel: 932155060. Passeig de Gràcia, 59 2ª porta. 08007 Barcelona

Gemma Baulíes (médica). Tel: 933400652. C/ Gran Vía, 439 5º 2ª. 08015 Barcelona

Lluïsa Folguera (médica). Tel: 938282299. C/ Papiol, 3 6ºD. Vilafranca del Penedés (BCN)

Montse Catalán (médica). Casa de Neixements Migjorn. Roques Baixes, 23. 08295 Sant Vicenç de Castellet. Tel: 938330678

EUSKADI

Ester Sagredo (médica). Tel: 944213499. C/ Zabálburu, 4 1º dcha.. 48010 Bilbao

Koro Goitia (médica). Tel: 944104011. C/ Euskalduna, 10 1ºA. Bilbao

Eneko Landáburu. e-mail: enekolan@arrakis.es

Mariví Azpiazu (médica). C/ Ledesma, 7 2º dcha. Bilbao

Josu Simón (médico). C/ Zabala, 1 9ºD. 48003 Bilbao

Carmen Marcos (médica). C/ Amesti, 16 3º pl. dep. 7. 48990 Guetxo (Vizcaya)

Antonio Garín (médico). C/ Islas Canarias, 33 4ºC. 48015 Bilbao

José Luís Abuín (naturópata). Tel: 943770133. c/ San Josepe nº 10 bajo D. 20500 Mondragón (Guipuzcoa)

GALICIA

Pedro Arangüena (médico). Tel: 986416321. C/ Celso Emilio Ferreiro, 5. 36203 Vigo

Juan Núñez Gallego (médico higienista). Tel: 986424152. Vigo

MADRID

Belén Igual (médica). Tel: 916302943. C/ León, 3 1ºB. 28014 Madrid

Cristina Conde (médica). Tel: 917721544. Avda. Dr. García Tapia, 127 7ºD. 28030 Madrid

Abelardo Roldán (médico). Tel: 916320536. Avda. Monte Olivar, 69. Urb. Olivar de Mirabal. 28660 Boadilla del Monte

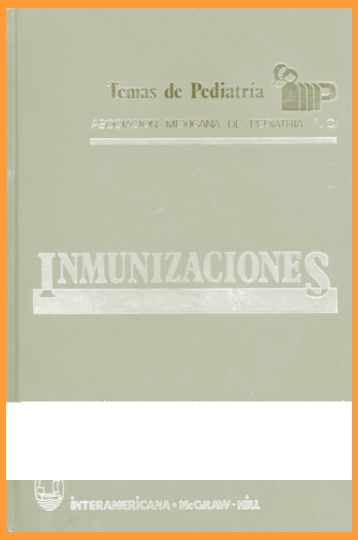
NAVARRA

Karmelo Bizkarra (médico). Zuhaizpe-Las Casetas. 31177 Arizeta Navarra. Tel: 948542187

PAIS VALENCIANO

Mª Trinidad Ribero (médica) .Tel: 965923742. C/ Portugal, 26 6ºC .03003 Alicante

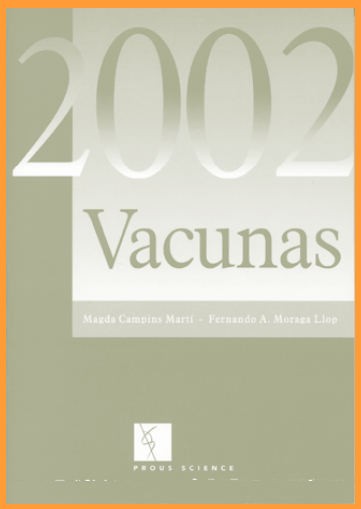
Coni Peris (fisioterapeuta). Dr. Manuel Candela, 11 bajo. 46021 Valencia



INMUNIZACIONES

Temas de Pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría.
Autor: Mercedes Macias Parra.
Edita:Interamericana-McGraw-Hill
Año 1995

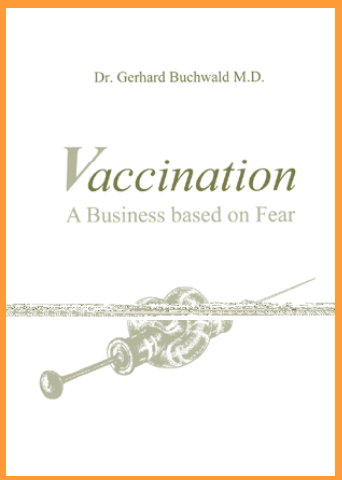
En esta obra se hace un recorrido por las diversas enfermedades infecciosas vacunables más frecuentes en México como son la tubercuñosis, meinigitis, varicela, difteria, sarampión, rubeola, parotiditis, hepatitis, rabia, cólera, y neumococo. Al mismo tiempo habla de las diferentes vacunas, de las indicaciones y de las contraindicaciones. Es un libro vacunalista pero tiene aspectos de interés para el lector.



VACUNAS 2002

Autora: Magda Campins Martí y Fernando A. Moraga
Edita: Prous Science
Año 2002

Ambos autores de los servicios de medicina preventiva y de pediatría del Hospital Vall d' Hebron son asiduos en la publicación de artículos sobre las vacunas.
En este libro se hace una revisión sobre la eficacia de ciertas campañas de vacunacción. Especialmente se revisan aspectos epidemiológicos, económicos y farmacológicos de la varicela afirmando que existen muy pocos argumentos para vacunar.



VACCINATION

Autor: Gerhard Buchwald MD
Edita:Books on Demand GmbH
Año: 2003

El autor alemán octogenario de reconcida trayectoria en el mundo antivacunalista ha traducido al inglés la anterior obra "Impfen" publicada en 1999. Es un libro riguroso donde se hace una revisión del comportamiento de las enfermedades infecciosas en Alemania Federal desde 1947 hasta el 2003, se valoran las repercusiones de las vacunaciones masivas entre la población y se detallan los efctos adversos registrados y observados durante este período.
Es un buen libro.