

*GUÍA Nº3 PARA OS ADMINISTRADORES QUE NON COÑECEN AS REPERCUSIÓNS
NEGATIVAS PÚBLICAS E PRIVADAS DAS VACINAS*

Fundamentos científicos e evidencias da Non vacunación masiva e sistemática

Páxina 2

Vacunación Libre

Guía nº 3. Outubro de 2019

Liga para la Libertad de Vacunación

www.vacunacionlibre.org

E-mail: info@vacunacionlibre.org

Consello de redacción

Gustau Pau

Vicenç Robles

Jona Mora

Pepi Domínguez

Andreas Duwe

Rosa Montserrat (Tradución)

Jorge Arroyo (Corrector)

Número de Depósito Legal: GI1508-2019

CONTIDOS

- Prólogo
- Presentación
- Vacinas, eficacia, xustiza social
- Vacinas, inmunidade de rabaño ou grupo e solidariedade
- Vacinas, compoñentes e seguridade
- Tipos, frecuencia, intensidade das reaccións adversas das vacinas (RAV)
- Falecementos posvacinais (FPV)
- Referencias bibliográficas sobre reaccións adversas ás vacinas (RAV)
- Anexos
- Contraindicacións e vacinas
- Enquisa prevacinal
- Consentimento informado e vacinación. O dereito a decidir
- Ficha de vacinación triple vírica (XRP)
- Ficha de vacinación Infanrix
- Rede Española de tratamento homeopático e efectos posvacinais
- Rede Española de información sobre as vacinas
- Rede Internacional de Asociacións que loitan pola liberdade da vacinación no mundo

PRÓLOGO

Dende comezos do século, vimos asistindo en España a situacións difíciles de entender canto á vacinación masiva e indiscriminada a nivel xudicial, sanitario, municipal, educación e institucional.

Familias que se separan: só a sinxela denuncia por unha das partes, serve para que o xuíz considere que a non vacinación da menor sexa considerado como malos tratos por parte dun dos cónxuxes.

Familias que van ao centro de asistencia primaria (CAP) ou ao hospital e non están vacinadas: o persoal sanitario de turno considera que hai que denunciar a situación e intervén ao seguinte día a policía xudicial.

Familias que se matriculan nas escolas: a alcaldesa do municipio decide que non teñen ao día o calendario vacinal.

Xoves que desexan no verán facer campamentos e non se poden inscribir porque non teñen a vacina do tétanos nin a tifoidea ao día.

Familias que deciden adoptar menos: son obrigadas a vacinarse antes da decisión administrativa.

Estes acontecementos e outros dánse con máis frecuencia en toda España, país donde existe a libre elección de vacinación.

PRESENTACIÓN

É posíbel que vostede crea que as vacinas sirvan para salvar a Humanidade, é posíbel que crea que protexen artificialmente o grupo ou rabaño, posibelmente crean que os compoñentes das vacinas non son tóxicos, pensará que as reaccións adversas posvacinación son lixeiras e pouco frecuentes, suporá que as vacinas non crean infeccións, creará que as persoas non morren tras a vacinación, e mesmo pensará que se non se vacina masivamente voltarían as epidemias infecciosas vacinábeis.

Se todas estas crenzas coinciden en vostede, si que precisa ler debidamente esta guía.

Nin as vacinas interviron nas epidemias infecciosas, nin dan protección ao rabaño, nin son limpas nos seus compoñentes, nin salvan vidas.

As vacinas cos seus calendarios sistemáticos, masivos e indiscriminados provocan en España e en Europa, cada ano 1 millar de persoas afectadas gravemente e ducias de mortes.

O risco calculado en España de persoas gravemente afectadas por vacinas chega a ser anualmente de 800 casos,

Páxina 5

mentres que os falecementos polas vacinas son de 32 persoas o ano.

Ademais, teña en conta que só se declaran como moito o 1% das reaccións adversas ás medicinas.

O 99% dos acontecementos adversos non son declarado polos servizos de Farmacoloxía existentes no noso país, e polo tanto considéranse inexistentes.

Actualmente o 48% dos europeos pensa que as vacinas orixinan reaccións adversas graves e o 38% opina que xeran infeccións tras a vacinación.

Esta guía ten a intención de modificar as súas crenzas para que, sempre que vostede se atope na aplicación da súa responsabilidade, sexa xusta coas persoas que o rodean.

VACINAS, EFICACIA E XUSTIZA SOCIAL

“As vacinas fixeron desaparecer as epidemias infecciosas da Humanidade”. É unha afirmación moi afastada da realidade.

Poñamos dous exemplos moi entendíbeis de enfermidades infecciosas coñecidas.

A comezos de 1900 en España a mortalidade por cada unha das infeccións de tose ferina e fisferina era respectivamente de 4000 de 6000 persoas.

A vacinación de tose ferina e da difteria introdúcese masiva e particularmente a partir de 1965. Antes de 1965 a mortalidade por tose ferina sen vacina baixou a 33 persoas. A

inmortalidade por difteria antes de 1965 sen vacina baixou a 56 persoas (ver gráfico páxina 6). É dicir, durante o período 1900-1965 a tose ferina e a difteria en España descendeu o 99,5%. ¹ No ano 1997 e 1998 padeceron difteria 3 e 2 persoas vacinadas respectivamente.

Esta situación non foi publicada en España, pero si recollida pola OMS.²

² Actualmente cada ano morren en España 7 persoas afectadas de tose ferina.

Á luz destas cifras oficiais, podemos dicir que o descenso da epidemia de tose ferina e difteria non se produciu polas vacinas.

Páxina 6

(GRÁFICO)

Mortalidade
Miles de casos
Anos
Fonte:

Outras variábeis non farmacolóxicas, e non exactamente a medicina, fixeron posíbel esta diminución da mortalidade.

Entre estas destacaremos a alimentación, a vivenda, a arquitectura hixiénica, a diminución da densidade demográfica, e a alegría de vivir.

Este comportamento da epidemia é internacional, e sucede en todos os países de Europa e do mundo.³ Se a vacinación non foi o elemento que fixo reducir a epidemia e a mortalidade na Humanidade, non se poderá xa afirmar, con rotundidade, que son eficaces.

En consecuencia, non se poderá sentenciar como inxustas as persoas e colectivos que non vacinan nin se poderá exercer prohibición nin presión administrativa sobre as persoas, familias e colectivos.

Páxina 7

VACINAS, INCREMENTO DAS INFECCIÓNS VACINÁBEIS E CRENZAS

As persoas vacinadas non padecen a enfermidade infecciosa e non son portadoras da infección.

A realidade ao longo dos 200 anos de vacinación non é o que parece.

Nesta ocasión poñeremos como exemplo o sarampelo. A principios de 1900 en España, a mortalidade por sarampelo foi de 18.000 persoas.

As vacinas do sarampelo introdúcense en España entre 1981-1982.

Xa no ano 1981 as mortes foron de 19 persoas. É dicir, que sen vacina, a mortalidade por sarampelo baixou o 99'9%.

Agora ben, hai outro dato de interese.

¹ <http://gesdoc.iscii.es/gesdoccontroller.action=download&cid=19/10/2012-3c0cfd4ca3>

² WHO vaccine-preventable diseases: monitoring System. 2015 global summary. Incidence time series to Spain.

³ McKeown, Thomas. Los Orígenes de las Enfermedades Humanas. Editorial Triacastela. Año 1990. Fundación Pfizer.

Cando xa se fixo masiva a vacinación do sarampelo, cunha cobertura do 80%, no período de 1983-1986 en España vivíuse un incremento da morbilidade e mortalidade por sarampelo.

No ano 1983, despois da vacinación de 30.000 persoas afectadas, pasouse a 60.000.

No ano 1986, de 5000 persoas afectadas, pasouse a 40.000.

Esta realidade fainos ver que as persoas vacinadas de sarampelo poden padecer a enfermidade e ser portadoras da mesma.

Actualmente en España, dánse 300 persoas afectadas de sarampelo confirmadas, en Francia 1000 persoas confirmadas, en Alemaña 1500 persoas confirmadas (ver gráfico páxina 8).

Esta observación mostrada en España coincide co comportamento do sarampelo posvacinal en Europa⁴. E ademais engadiremos outra observación vixente no 2018.

Dende hai tempo sabemos que dos brotes de sarampelo que se dan en Europa e na América do Norte, en ocasións o 90-95% da poboación afectada está vacinada correctamente⁵.

Contradictoriamente ao que se di e se informa, a vacinación pode manter a enfermidade infecciosa.

Páxina 8

SARAMPELO EN ESPAÑA CASOS NOTIFICADOS 1952-1999 E DEFUNCIÓNS 1901-1986

(GRÁFICO)

Mortalidade-Morbilidade

Defuncións

Fonte: Elaboración propia

Datos do Anuario Estatístico de España

En consecuencia, a persoa, familia e colectivo que se opón á vacinación masiva e indiscriminada, non é por crenza senón por coñecemento.

VACINAS, INMUNIDADE DO RABAÑO OU GRUPO E SOLIDARIEDADE

Sectores da sociedade pensan que as vacinas garanten a inmunidade de grupo e consideran que quen non se vacina é uns aproveitado e insolidario.

Presentamos unha descrición feita sobre a Inmunidade de Grupo Natural e Artificial no libro *Vacunaciones Preventivas* polo catedrático de Medicina Preventiva e Saúde Pública UB en 1997.

Durante a época prevacinal, nos países industrializados, cando a circulación da difteria era frecuente e mortal, o organismo refén adquiría a inmunidade de forma natural en contacto coa bacteria presente na larinxe, que fabricaba espontaneamente a toxina protectora. Esta protección natural era específica e duradeira.

Por riba do 80% dos bebés nacían protexidos con anticorpos transmitidos pasivamente pola nai.

⁴ Aristegui, Javier. Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica. Sarampión. Primera edición. Año 2004. Cicloeditorial.

⁵ Harry F. Hull. Factores de riesgo para el fracaso de la vacuna del sarampión entre estudiantes vacunados. Pediatrics, ed. Esp. Vol.20. Nº 4. 1985.

Os meses seguintes, o bebé xa fabricaba a súa propia inmunidade de forma activa. E pouco a pouco, ao longo dos anos, entre 5-15 anos, chegaban a unha protección de grupo natural superior ao 80%.

Páxina 9

Na época posvacinal, debido á diminución da circulación da difteria, reduciuse o contacto. Observouse que a duración da resposta inmunitaria artificial era inferior à natural, e a poboación vacinada podía quedar sen protección o primeiro ano de vacinación.⁶

Esta narración dinos que en épocas de máxima expresión da difteria, a Inmunidade de Grupo Natural funciona de maneira potente se a poboación está ben alimentada, se hai unha boa arquitectura hixiénica, se as persoas teñen vivendas saudábeis, se a densidade demográfica é correcta, e se a alegría de vivir está asegurada.

Destaca a importancia do leite materno durante os primeiros meses de vida do bebé na creación da Inmunidade de Grupo Natural.

A bacteria difteria está sempre presente na nosa farinx e exprésase desfavorablemente segundo as condicións de vida adversas.

A Inmunidade Grupal Artificial considérase máis curta en relación á Natural.

Desta descrición podemos concluir que a Inmunidade Natural é máis vantaxosa que a Inmunidade Artificial.

En consecuencia, as persoas que non se vacinan masivamente ensinan nun acto solidario á poboación en xeral, e en particular á vacinada, que é máis valioso o desenvolvemento social e económico das condicións de vida á protección natural que a protección a través das vacinas.

VACINAS, COMPOÑENTES E SEGURIDADE

Até o ano 2004, os mesmos médicos descoñecían os compoñentes das vacinas e as lesións que podían producir.

Nas vacinas describíronse até 55 compoñentes coñecidos entre as que se atopan substancias recoñecidas como tóxicas.

Facemos un desglose das máis coñecidas: anatoxinas, virus, polisacáridos, hidróxido e fosfato de aluminio (625 microgramos)⁷, antibióticos 0,0001 microgramos, 2-fenoxietanol (2500 microgramos), thiomersal ou etil-mercurio (0,1-52 mcg.), formaldehído, glutamato monosódico, polisorbatos 20 e 80, ovoalbúmina, escualo, fosfatos, sacarosa, lactosa, glucosa, ácido clorhídrico, glicina, fenilalanina, alamina, fenol, histidina,

Páxina 10

... sulfatos, xelatina, látex sorbitol, albúmina humana (1000 mcg.), soro, urea, glifosato, trazas de células MRC-5, dextrán, Tritón, asparraguina, glicerol, citrato de amonio, borato, monofosfórico lipídico (50 mcg.), vitaminas, soro de embrión, ácido succínico, manitol, etc.⁸

Poremos 2 exemplos:

- 1) O etil mercurio, o timerosal ou o tiomersal utilízanse dende 1950 como conservantes das vacinas.

⁶ Salleras, Luis. Vacunaciones Preventivas. Editorial Masson. 1ª Edición. 1997.

⁷ Shoenfeld, Yehud. ASIA-autoimmune / Inflammatorio Síndrome Induced by adyuvantes: even and Odd. Parricon, c te cols. Journal of the Italian Society for Rheumatology. Vol.63, nº 2. 2011.

⁸ Albi Rodríguez MS, Aparicio Rodrigo. Sin datos a largo plazo, las vacunas con Nuevos adyuvantes aumentan discretamente los efectos adversos a corto y medio plazo. Evidencia pediátrica 2016;12-42

A partir do 2004 a Comunidade Europea aconsellou a retirada do mercurio das vacinas. Nese momento o total de mercurio das vacinas do calendario vacinal contiñan 135 microgramos, 11 veces máis do que unha persoa podería soportar. A partir de 2006 diminuíuse a presenza do mercurio nas vacinas, e é presente entre o 0,1 e 52 microgramos.

Historicamente é coñecido o mercurio na química orgánica pola súa elevada capacidade lesiva sobre o sistema nervioso e inmunitario a partir de 0 microgramos.⁹

2) Dende o ano 1950 utilízanse tamén os sales de aluminio en forma de hidróxido e fosfato como estimulante da resposta das vacinas.

A cantidade presente nas vacinas dentro do calendario vacinal supera os 1000 microgramos.

Supón esta cantidade 20 veces máis do que unha persoa podería soportar.

É coñecido este metal lixeiro polos seus efectos biolóxicos sobre a membrana celular, sobre os ósos, sobre as meninxes, encéfalo, ombro, e sobre os mecanismos autoinmunes.¹⁰

Estes compoñentes inxectados directamente no sangue, e que non pasan polo filtro biolóxico das membranas, poden ser causa de efectos adversos graves.

Páxina 11

TIPOS, FRECUENCIA E INTENSIDADE DAS REACCIÓNS ADVERSAS DAS VACINAS (RAV).

“As vacinas excepcionalmente producen efectos adversos, e se así ocorre, os beneficios superan os danos.”

Ésta é unha afirmación habitual dentro dos profesionais da xustiza, da saúde, da educación, dos municipios e da administración en xeral.

A realidade das persoas que se vacinan e dos efectos adversos que sofren é moi diferente.

A partir do ano 2000, os laboratorios publican a posíbel frecuencia das reaccións adversas das vacinas: unha persoa afectada por cada 10, 100, 1000 ou 10.000 doses¹¹. Entre as reaccións adversas posvacinais destacamos:

- 60% reaccións adversas neurolóxicas: encefalite, mielite, meninxite, parálise, combulsións e epilepsia, asperger, autismo neurite, distonía, síndrome dolorosa, accidente cerebrovascular, alteracións do ritmo cardiorrespiratorio e morte súbita.¹²
- 20% reaccións adversas alérxicas: reacción anafiláctica aguda e crónica, asma, urticaria, eczema e intolerancia¹³.

⁹ Segura, M., Catalá R., Huerta, C. Evaluación de la Seguridad de las vacunas miedos sume contenido en thiomersal o timerosal. *Pharmaceutical Care España* 2000; 2: 432-439

¹⁰ Shaw CA, Tomljenovic L. 2013. Aluminium in the central nervous System (CNS): toxicity in humans and animales, vaccine adyuvantes, and autoimmunity. *Inmunológicas Res.* 56: 304-316.

¹¹ Fichas Técnicas de los laboratorios GlaxoSmithKline, Aventis Pasteur MSD, Pasteur Me-rioux, Sanofi, Pfizer, etc.

¹² Mikaeloff Y, Caridade G, Tardieu M. 2009. Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood. *Neurology.* 72: 873-880.

¹³ Moreno, MC y cols. Revisión. Reacciones Adversas producidas por las vacunas infantiles. *Alergol Inmunol Clin* 2005; 20: 51-63.

- 10% reaccións autoinmunes: vasculite, osteíte, diabetes, distiroidismo esclerose en placas, plaquetopenia púrpura, cambios na coagulación, fatiga, etc.^{14 15}
- 10% reaccións adversas infecciosas, gripe, hepatite, tose ferina, difteria, polio, meninxite, pulmonía (...)

Páxina 12

(...), enterite, sarampelo, papeiras, e rosa, etc.^{16 17}

Esta realidade mostrada à luz da bibliografía internacional fainos ver que as vacinas poden producir, cunha alta frecuencia, enfermidades neurolóxicas, alérxicas, autoinmunes e infecciosas graves.

FALECEMENTOS POSTVACINAIS (FPV).

Actualmente a maior parte dos profesionais da xustiza, da saúde, da educación, das autoridades municipais e administradoras, non aceptan a existencia da mortalidade posvacinal e o público en xeral, cando se produce, non o relaciona coa vacinación. Dentro do apartado das reaccións adversas ás vacinas, o punto referente aos óbitos entre a poboación vacinada é o máis silenciado e menos documentado na bibliografía médica internacional. A pesar desta situación, presentamos datos de máximo interese.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) nos países industrializados é diferente segundo o número da vacina que se inocular. As hospitalizacións incrementáronse do 11% con dúas vacinas, ao 23% con seis vacinas.

A mortalidade infantil pasou do 3,6% con 1-4 vacinas, ao 5,5% con 5-8 vacinas.¹⁸

Reaccións adversas recoñecidas despois da campaña privada da Vacinación Meninxite B durante o período 2015-2017 en Madrid indicaron que a mortalidade posvacinal é de 1/240.000 doses.¹⁹

Xa en 2003 o Comité de Especialidades Farmacéuticas da Axencia Europea para a avaliación das medicinas (EMA) alertou a comunidade médica da existencia en Alemaña e Austria no período 2000-2003 de 5 persoas mortas 24h despois da vacinación con Infanrix e Hexavac.²⁰

Páxina 13

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE REACCIÓN ADVERSA ÁS VACINAS (RAV).

14 Riikonen RS, Retinal vasculitis caused by rubella. *Neuropediatrics*, 1995. Junio; 26(3): 174-6.

15 Batista-Duharte, Alexander. Vacunas y Autoinmunidad: una rara asociación bajo debate. *Rev. Peru Med Exp Salud Pública* 2012; 29(2): 265-71

16 Informe Vacuna Neumonía 2006. Comisión de Salud Pública. Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones de las CCAA España

17 Larequi García, A. Labeaga Sierra. Brote de Parotiditis en Navarra. Evaluación y Actuación en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Camino. Congreso Nacional SEMES. Tarragona 2007.

18 Miller NZ, Goldman GS. 2012. Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: Is there a biochemical synergistic toxicity? *Human and Experimental Toxicology*. 30(9): 1420-1428.

19 RAM. Boletín Informativo del Centro Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid Período 2015-2017. Vol. 24, nº3. Octubre 2017).

20 Chaibriant, Henriette. *Comunique de Presse*. Agence Française de Sécurité Sanitaire. Vaccins Hexavalents: hexavac and Infanrix Hexa. 28 avril 2003.

1. Miller NZ, Goldman GS. 2011. Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: Is there a biochemical or synergistic toxicity? Human and Experimental Toxicology. 30(9): 1420-1428.

- A taxa de mortalidade infantil (TMI) é un indicador do benestar socioeconómico e da saúde pública dun país. En EE.UU especificáanse 26 doses no calendario de vacinación infantil para lactantes menores de un ano, e aínda é así, hai trinta e tres nacións con menor TMI.
- Examináronse os calendarios de vacinacións de trinta e catro nacións e fíxose un estudo de regresión linear. Encontrouse un coeficiente de correlación de $r=0,70$ entre TMI e o número de doses de vacinas de rutina dadas aos nenos.
- Aplicouse à análise de regresión linear entre o número de doses de vacinas coa TMI.
- Tamén agrupamos as nacións en cinco rangos diferentes de doses de vacina: 12-14, 15-17, 18-20, 21-23, 24-26. Os medios de TMI calculáronse para todas as nacións dentro de cada grupo.
- A análise de regresión linear revelou unha alta correlación estatisticamente significativa entre o aumento do número de doses de vacina e o aumento das TMI.

2. Goldman GS, Miller NZ. 2012. Relative trends in hospitalizations and mortality among infants by the number of vaccine doses and age, based on the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1990–2010. Human and Experimental Toxicology. 31(10): 1012–1021.

- Neste estudo investigouse a base de datos do VAERS (Sistema de reporte de efectos adversos de vacinas) dende 1990-2010.
- 38.801 casos foron identificados de hospitalizacións ou morte en lactantes causadas por vacinacións.
- Realizouse unha análise de regresión linear das taxas de hospitalización ben como da función de: a) o número de doses de vacina, b) a idade do doente.
- Os nosos resultados mostran unha correlación positiva entre o número de doses de vacina administrada e a porcentaxe de hospitalizacións e mortes.
- Considerando o número de vacinas administradas a millóns de bebés ao ano, é imperativo que as autoridades sanitarias dispoñan dos datos de (páxina 14) estudos toxicolóxicos sobre todas as combinacións de vacinas que poidan recibir os meniños. Atopar maneira e aumentar a seguridade das vacinas debe ser a máxima prioridade.

3. Classen JB, Classen DC. 2002. Clustering of Cases of Insulin Dependent Diabetes (IDDM) Occurring Three Years After Hemophilus Influenza B (HiB) Immunization Support Causal Relationship Between Immunization and IDDM. Autoimmunity. 35(4): 247–253.

—A vacina haemophilus tense relacionado co desenvolvemento da diabetes autoinmune tipo 1 (DMID) en estudos ecolóxicos.

—Tratamos de determinar se o Haemophilus influenza B (HiB) se asociou cun maior risco de DMID mediante a busca de grupos de casos de DMID utilizando actos dun ensaio clínico a grande escala. Todos os nenos nados en Finlandia entre o 1 de outubro 1986 e o 1 de agosto de 1987, aproximadamente 116.000, foron aleatorizados para recibir catro doses de vacina HiB a partires dos tres meses de vida ou unha dose inicial despois dos vinte e catro meses de vida. Ratos NOD (propensos diabéticos non obesos) foron inmunizados coa vacina para determinar se a inmunización aumentou o risco de DMID.

— Os resultados amosan unha asociación estatisticamente significativa entre a vacina HiB e o incremento do risco de padecer DMID nun punto final prospectivo de sete anos nos nenos finlandeses. En ratos NOD, a vacina tamén inducía diabetes.

—Concluimos que a exposición á inmunización HiB asóciase cun maior risco de DMID. Os ratos NOD pódense utilizar como modelo de diabetes inducida pola vacina.

4 Hernán MA, Jick SS, Olek MJ, Jick H. 2004. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis. *Neurology*. 63: 838-842.

— Avaliouse un posíbel vínculo entre a vacina contra a Hepatite B recombinante e un maior risco de esclerose múltiple (EM)

— Os autores identificaron doentes no Reino Unido que tiveron un primeiro diagnóstico de EM rexistrado entre xaneiro de 1993 e decembro do 2000. A información das inmunizacións recibidas obtívose dos rexistros informáticos.

— As análises inclúen cento sesenta e tres casos de EM e 1.604 controis.

— Os resultados indican que a inmunización coa vacina contra a hepatite B recombinante asóciase cun aumento de risco de EM.

5 Mikaeloff Y, Caridade G, Suissa S, Tardieu M. 2009. Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood. *Neurology*. 72:873–880.

—O risco de desmielinización inflamatoria do SNC asociada á vacina contra a hepatite B (HB) rebátase con estudos que informan con resultados contraditorios.

—Realizouse un estudo de casos e controis de base poboacional, no cal os casos eran nenos cun primeiro episodio de desmielinización inflamatoria aguda do SNC en Francia (1994-2003). A información sobre as vacinas foi confirmada por unha copia da vacinación certificada. As odds ratio de desmielinización inflamatoria do SNC asociadas coa vacinación HB valoráronse mediante a regresión loxística condicional.

—Os nosos resultados indican que a vacina HB xeralmente non aumenta o risco de desmielinización inflamatoria do SNC na infancia. Porén, a vacina Engerix B parece aumentar este risco, en particular para a esclerose múltiple a longo prazo.

— Os nosos resultados requiren confirmación en estudos futuros.

6 Jefferson T. 2006. Influenza vaccination: policy versus evidence. *BMJ*. 333:912-915.

Este artigo é unha análise e non inclúe un *abstract*. Os puntos clave do artigo son os seguintes:

— Cada ano ponse un enorme esforzo na produción de vacinas contra a gripe para ese ano específico. Cremos que este esforzo non está xustificado. A política pública recomenda o uso de vacinas antigripais inactivadas para previr brotes estacionais.

— Xorden tres problemas ao tentar buscar evidencias sólidas:

1) Hai unha forte dependencia en estudos non aleatorios principalmente de tipo cohorte especialmente en anciáns (sesgo de selección)

2) Ou ben a ausencia de probas ou a falta de probas convincentes sobre a maior parte dos efectos no centro dos obxectivos na campaña de vacinación en nenos menores de dous anos, as vacinas inactivadas deron os mesmos resultados que o placebo en adultos menores de sesenta e cinco anos non afectou a duración de hospitalización nin o tempo de traballo)

3) O reducido e heteroxéneo conxunto de datos sobre a seguridade das vacinas inactivadas, o cal é sorprendente dado o seu longo e extenso uso. A Cochrane atopa só un ensaio antigo con datos de trinta e cinco participantes de doce a dezaioito meses de idade.

— A grande fenda entre a política e o que nos manifestan os datos é sorprendente. As razóns polas que existe esta fenda non están moi claras pero dados os enormes recursos involucrados debe realizarse unha reavaliación con urxencia.

7 Yoshida H, Horie H, Matsuura K, Miyamura T. 2000. Characterisation of vaccine-derived polioviruses isolated from sewage and river water in Japan. Lancet. 356: 1461-1463.

— Un cambio de nucleótico de Ua C na posición 472 na rexión non codificante 5' do poliovirus tipo 3 é asociado cun aumento da neurovirulencia. Mediante unha análise PCR e MAPREC valorouse a neurovirulencia das mostras ambientais obtidas na prefectura de Toyama, Xapón.

— Os resultados amosaron que tres cepas illadas a partir de auga de río eran do tipo virulento.

— Os nosos resultados resaltan que existe un risco ambiental da poliomielite parálitica asociada à vacina sempre e cando a vacina antipoliomielítica oral en vivo non sexa substituída pola vacina da polio inactivada.

— Debido a que hai poucas posibilidades de os individuos entraren en contacto directo coas augas negras, o risco de infección por esta ruta é moi baixo. Con todo, o acceso ao río é fácil para moitas persoas e quen sexa susceptíbel de facelo deben ser considerados por ter un maior risco de infección pola auga do río. A vacina contra a poliomielite está a mutar, ocasionando cepas virulentas.

8 Geier MR, Geier DA, Zahalsky AC. 2003. Influenza vaccination and Guillain Barre syndrom. Clinical Immuno-logy. 107: 116–121.

— Examináronse os casos agudos e graves da síndrome de Guillain-Barré achegados despois da administración da vacina contra a influenza entre 1991-1999. Mediuse tamén a

concentración de endotoxina nas vacinas. A media do inicio da síndrome despois da vacina foi de 12 días.

— En comparación cos adultos que recibiron a vacina contra o tétanos-difteria como control, viuse un maior risco da síndrome de GB aguda (4.3) e grave (8.5).

— As vacinas contra a influenza analizadas contiñan 1255-1250 veces mais concentración de endotoxina, en comparación coa concentración de endotoxina na vacina contra o tétanos-difteria adulta.

— O mecanismo biolóxico polo cal a vacina pode causar a síndrome de GB pode involucrar os efectos sinérxicos da endotoxina e da autoinmunidade inducida pola vacina.

— Os pacientes deberían tomar unha decisión informada, xa que esta vacina é opcional e os médicos deben informar deste posíbel efecto da vacina e reportala cando o ven, para poder emprender unha avaliación continua da seguridade da vacina contra a influenza.

Páxina 16

9 Maglione MA, Das L, Raaen L, Smith A, Chari A, Newberry S, Shan-man R, Perry T, Goetz MB, Gidengil C. 2014. Safety of Vaccines Used for Rou-tine Immunization of US Children: A Systematic Review. Pediatrics. 134 (2): 325–337.

— A preocupación sobre a seguridade das vacinas levou algúns pais a rexeitaren a vacinación recomendada dos seus fillos, o que supón a reaparición de enfermidades. A seguridade das vacinas segue sendo crítica para a saúde da poboación. Este estudo revisou sistematicamente a literatura sobre a seguridade das vacinas de rutina recomendadas para nenos nos EEUU.

— De 20.478 artigos identificados, sesenta e sete foron incluídos. Os datos revelan que existe unha asociación entre a vacina do sarampelo/papeiras/rubéola e convulsións febrís; a vacina contra a varicela asociouse con complicacións en persoas inmunodeficientes. Hai unha forte evidencia de que a vacina do sarampelo/papeiras/rubéola non está asociada co autismo. Hai probas moderadas de que as vacinas contra o rotavirus se asocia coa invaxinación intestinal.

— Atopáronse evidencias de que algunhas vacinas están asociadas con eventos adversos graves. Con todo, estes acontecementos son extremadamente raros e deben ser sopesados fronte aos beneficios de protección que as vacinas proporcionan. Balance-risco-beneficio.

10 "Possible Side-effects from Vac-cines". Centers for Disease Control and Prevention. 11 June 2015.

<http://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/ side-effects.htm#mnr>

Esta é a ligazón da páxina web da CDC. Mostra unha listaxe das vacinas dispoñíbeis e os seus posíbeis efectos adversos documentados.

11 Klein NP et.al. 2010. Measles– Mumps–Rubella-Varicella Combina-tion Vaccine and the Risk of Febrile Sei-zures. Pediatrics. 126(1): 1–8.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e1.short>

— En febreiro de 2008 alertamos o comité asesor sobre prácticas de inmunización debido á evidencia preliminar dun duplo risco de convulsións febrís despois da combinación da vacina do sarampelo/papeiras/ rubéola/varicela en comparación con distintos réximes de vacinación.

— Os datos utilizados do 2000-2008 de Vacinas Datalink foron avaliados, observáronse as convulsións febrís vistas en nenos de doce a vintetrés meses despois das súas vacinacións combinadas e separadas,

Páxina 17

calculouse o risco de convulsións utilizando a regresión de Poisson.

— Observáronse convulsións e estados febrís de sete a dez días despois da vacinación combinada, pero non despois da vacinación da varicela só. O risco de sufrir convulsións durante os días de sete a dez foi maior despois da vacina cuádrupla (4.3 por cada 10000 doses) que a tripe + varicela (1.98 por cada 10000 doses).

12a Kawahara M. 2005. Effects of aluminum on the nervous system and its possible link with neurodegenerative diseases. Journal of Alzheimer's Disease. 8(2): 171–182.

<http://europepmc.org/abstract/med/16308486>

— Cada vez hai máis evidencias que suxiren a implicación da hemostase do aluminio na patoxénese da enfermidade de Alzheimer.

— O aluminio e outros metais causan os cambios conformacionais da proteína beta-amiloide. Causan a acumulación da proteína tau e da proteína beta-amiloide en animais experimentais. Induce apoptose neuronal in vivo así como en in vitro.

12b Shaw CA, Tomljenovic L. 2013. Aluminum in the central nervous system (CNS): toxicity in humans and animals, vaccine adjuvants, and autoimmunity. Immunol Res. 56: 304–316.

— Examínase a neurotoxicidade do aluminio en seres humanos e animais. A literatura claramente demostra os impactos negativos do aluminio sobre o sistema nervioso central a través dun rango de idade. En adultos, a exposición ao aluminio pode culminar en déficits neurolóxicos aparentemente relacionados co envellecemento como a enfermidade de Alzheimer. (variante de Guam, ALS-PDC).

— Ademais, a inxección de vacinas que conteñen aluminio utilízase para tentar reproducir a síndrome da Guerra do Golfo (déficits neurolóxicos) en ratos.

— En nenos, existe unha correlación altamente significativa entre o número de vacinas pediátricas con aluminio e a taxa dos trastornos do espectro autista.

— Moitas das características da toxicidade inducida polo aluminio poden dar lugar mesmo a reaccións autoinmunes, como parte da síndrome de ASIA.

12c Jaishankar M, Tseten T, An-balagan N, Mathew BB, Beeregowda N. 2014. Toxicity, mechanism and health effects of some heavy metals. *Interdiscip Toxicol.* 7(2): 60–72.

Este artigo explora os diferentes efectos citotóxicos de metais e o seu mecanis-

Páxina 18

mo de acción. Aquí só inclúo o apartado de mecanismo de acción de toxicidade do aluminio.

— O aluminio interfere coa maioría dos procesos físicos e celulares.

— Descoñécese exactamente o mecanismo de absorción do aluminio no tracto gastrointestinal.

— Baseándose na literatura dispoñíbel, é difícil citar cando se poden esperar síntomas causados pola toxicidade do aluminio.

— O mecanismo de toxicidade probablemente é o resultante da interacción entre o aluminio e a membrana plasmática.

— Nos seres humanos, Mg^{2+} / Fe^{3+} substitúense por Al^{3+} o que causa moitos trastornos asociados coa comunicación intercelular, o crecemento celular e as funcións secretoras.

— Os cambios que o aluminio provoca nas neuronas son similares ás lesións dexenerativas que se observan en doentes de Alzheimer.

— Observouse que a neurotoxicidade do aluminio pode culminar en atrofia neuronal no locus ceruleus, substancia negra e o estriado.

12d Guillard O, Fauconneau B, Pineau A, Marraud A, Bellocq JP, Che-nard MP. 2012. Aluminium overload af-ter 5 years in skin biopsy following post- vaccination with subcutaneous pseudo lymphoma. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology.* 26(4): 291–293.

— O hidróxido de aluminio utilízase nunha ampla gama de vacinas para mellorar as respostas inmune ao antíxeno. O papel patóxico do aluminio maniféstase na presenza de síndrome de fatiga crónica, miofascite macrofásica e pseudolinfoma subcutáneo, vencellados á inxección intramuscular de vacinas que conteñen este metal.

— O obxectivo deste estudo era verificar se o pseudolinfoma subcutáneo observado nos nosos pacientes no sitio da inxección da vacina está ligado a unha sobrecarga de aluminio. Moitos anos despois da vacinación, obsérvase un nódulo subcutáneo nunha muller de corenta e cinco anos. Na biopsia da pel no sitio da inxección da vacina, atopáronse depósitos de alta concentración de aluminio. Os autores do devandito estudo queren chamar a atención do perigo de empregar sales de aluminio nas vacinas.

13 Barlow WE et.al. 2001. The risk of seizures after receipt of whole-cell per-tussis or measles, mumps, and rubella vac-cine. *New England Journal of Medicine.* 345 (9): 656–661.

— A administración dos toxoides diftéricos, tetánicos e tose ferina (DTP) e sarampelo, papeiras e rubéola (MMR) asociouse con convulsións.

Páxina 19

— Estudouse a relación entre estas vacinas e o risco dunha primeira crise, convulsións posteriores e trastornos do desenvolvemento neural dos nenos.

— Existen riscos significativamente elevados de convulsións febrís despois da recepción da vacina DTP ou vacina triple vírica, pero estes riscos non parecen estar asociados con calquera consecuencia adversa a longo prazo.

14 Song JY, Cheong HJ, Hwang IS, Choi WS, Jo YM, Park DW, Cho GJ, Hwang TG, Kim WJ. 2010. Long-term immunogenicity of influenza vaccine among the elderly: Risk factors for poor immune response and persistence. *Vaccine*. 28: 3929–3935.

— Os anciáns foron considerados como o grupo prioritario para a vacinación contra a gripe, pero o seus anticorpos inducidos pola vacina diminúen rapidamente.

— Avaliouse a inmunoxenicidade a longo prazo da vacina antigripal nos anciáns, en comparanza cos adultos mozos.

— As taxas de seroprotección diminuíron significativamente nos adultos maiores de sesenta e cinco anos, e caeron por debaixo de niveis seroprotectores ao redor de seis meses despois da vacinación.

15 Geier DA, Geier MR. 2006. An assessment of downward trends in neurodevelopmental disorders in the United States following removal of thimerosal from childhood vaccines. *Med Sci Monit*. 12(6): 231–239.

— Os EEUU están no medio dunha epidemia de trastornos do neurodesenvolvemento. O timerosal é un composto que contén etilmercurio engadido nalgunhas vacinas infantís. Realizouse un estudo ecolóxico para avaliar a incidencia de enfermidades do neurodesenvolvemento coa eliminación de timerosal nas vacinas.

— Os resultados amosan unha redución significativa na proporción de enfermidades do neurodesenvolvemento ao retirarse o timerosal.

16 Molina V, Shoenfeld Y. 2005. Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity. *Autoimmunity*. 38(3): 235–245.

— Moitos factores ambientais afectan ao sistema inmunolóxico e poden xogar un papel como desencadeante. Infeccións bacterianas, virais e parasitarias poden inducir e exacerbar enfermidades autoinmunes polo mecanismo de mimetismos molecular. Tamén, en varios informes, se atoparon vacinas que foron seguidas de enfermidades autoinmunes.

Páxina 20

Os mesmos mecanismos que actúan na invasión infecciosa do hóspede aplícanse igualmente á resposta do hóspede á vacinación.

17 Tomljenovic L, Wilyman J, Va-namee E, Bark T, Shaw CA. 2013. HPV vaccines and cancer prevention, science versus activism. *Infectious Agents and Cancer*. 8:6.

— O fundamento dos programas de vacinación actuais contra o VPH iníciase a partir de dúas premisas, 1) que a vacina contra o VPH evitará cancro de cérvix e salvará vidas, 2) que non ten riscos graves ou efectos secundarios. Unha análise coidadosa amosa, con todo, que estas premisas están en desacordo con probas científicas e que derivan en gran parte da mala interpretación da información dispoñíbel.

O autor engade unha serie de preguntas que se deberían facer aqueles que desexen promover a vacina incluíndo:

— Non se demostrou que as vacinas contra o VPH axuden a previr o cancro de cérvix. Por tanto, por que se promove o seu uso?

— Se a maioría das infeccións por VPH e unha gran proporción de lesións pre-cancerosas aclaran espontaneamente sen tratamento médico e daquela non son unha indicación fiable de cancro, como se poden atribuír os indicadores de casos de cancro de cérvix á vacina?

— Por que non se informa as mulleres de que, nalgunhas circunstancias, a vacinación contra o VPH pode acelerar a progresión de anormalidades cervicais?

18 McKinlay JB, McKinlay SM. 1977. The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Millbank Mem Fund Q Health Soc*. 55(3): 405–428.

Este artigo conclúe o seguinte:

— Por regra xeral, as intervencións médicas (quimioterapéuticas e profilácticas) non parecen contribuír á diminución da mortalidade infantil nos EEUU dende o 1900.

— En moitas ocasións, estas intervencións médicas inseríronse varias décadas despois de que a enfermidade comezara a remitir, tendo pouca influencia en moitas instancias.

— Nas condicións como a influenza, pneumonía, difteria, tose ferina e poliomielite, o declive na mortalidade maniféstase substancialmente despois dunha intervención, pero non se pode concluír que todo o declive se poida atribuír á dita intervención.

— Valórase que, como moito, un 3.5% do declive total na mortalidade desde 1900 se poida adscribir a intervencións médicas introducidas para as enfermidades amentadas anteriormente.

Páxina 21

Todo isto suxire que a mellora do saneamento e das condicións de vida xunto cun menor amoreamento da poboación contribuíron de forma maioritaria ao declive na mortalidade, non as intervencións médicas (vacinas).

19 <http://gesdoc.isciii.es/ges-doccontroller?action=download&i-d=19/10/2012-3c0cfd4ca3>

Nesta ligazón ao Xestor Documental do “Instituto de Salud Carlos III”, onde aparece o traballo de investigación “Análisis de la sanidad en España siglo XX”, na súa páxina 116, encontramos táboas da evolución do descenso dos casos de morte por difteria en España desde 1900.

20 Eloe–Fadrosh EA, McArthur MA, Seekatz AM, Drabek EF, Rasko DA, Sztein MB, Fraser CM. 2013. Im-pact of Oral Typhoid Vaccination on the Human Gut Microbiota and Corre-lations with S. Typhi–Specific Immunolo-gical Responses. PLOS one. 8(4): e2026.

— O ecosistema bacteriano intestinal xoga un papel integral na modulación da resposta inmune tanto a nivel local como sistemático. É preciso investigar detalladamente as respostas inmunes efectoras despois da administración dunha vacina, en relación coa microbiota gastrointestinal.

— Neste estudo a febre tifoidea atenuada en vivo administrada por vía oral como vacina aplicouse para investigar se a inmunización oral provoca alteracións da microbiota e para investigar se certas composicións ou subconxuntos da microbiota están asociadas con distintas respostas inmunolóxicas a S.Typhi.

— A análise revelou unha variabilidade considerábel en sentido inter e intraindividual. Os voluntarios foron clasificados de acordo coa cinética e a magnitude das súas respostas. Os individuos que exhibían respostas multifásicas e respostas celulares inmunolóxicas tardías albergaban comunidades máis diversas e complexas.

— Estes resultados proporcionan unha visión, sen precedentes, da heteroxeneidade temporal dramática tanto da microbiota intestinal como das respostas inmunolóxicas despois dunha vacinación oral contra S.Typhi.

21 Buttery JP, Riddell A, McVernon J, et al. 2005. Immunogenicity and Safety of a Combination Pneumococcal-Me-ningococcal Vaccine in Infants. JAMA. 293 (14): 1751–1758.

— As vacinas conxugadas viron un éxito na diminución da enfermidade invasiva por Streptococcus pneumoniae e Neisseria meningitidis do grupo C. Isto supuxo unha presión importante nos calendarios de vacinación infantís, polo

Páxina 22

que se está dando prioridade ao desenvolvemento de vacinas combinadas

— O noso obxectivo era determinar a seguridade e a inmunoxenicidade da combinación de vacina: neumocócica grupo //falta letra, B,C?// e antimeningocócica grupo C (Pnc9-Men), administrada de maneira rutinaria no Reino Unido a nenos de dous, tres e catro meses.

— Os resultados demostran que a vacina combinada Pnc9-MenC administrada a bebés aos dous, tres e catro meses reduciu inmunoxenicidade meningocócica en comparación coa vacina MenC única. A inmunoxenicidade de Haemophilus influenzae tipo B

adminístrase normalmente concomitantemente con pertussis, feito que tamén diminúe a inmunoxenicidade.

Ao final do artigo, os autores comentan que o seus resultados poñen de manifesto a imprevisibilidade das reaccións inmunes individuais a cada antíxeno dunha vacina combinada. Subliñan a importancia de avaliar a inmunoxenicidade de toda a vacina en ensaios previos a vacinación. Conclúen que a vacina combinada Pcn9-MenC non é un substituto adecuado para as súas vacinas individuais correspondentes.

22 Eggermont AMM. 2009. Im-munostimulation Versus Immunosu-ppression after Multiple Vaccinations: the Woes of Therapeutic Vaccine Deve-lopment. Clin Cancer Res. 15(22): 6745– 6747.

— Xa se publicaron tres artigos deste número da revista Clinical Cancer Research que mostran como a administración de múltiples vacinas pode conducir á inmunosupresión. Por outra banda, dous estudos en pacientes mostran que o factor GM-CSF estimulante de colonias de macrófagos e granulocitos, empregado en vacinas, pode conducir a resultados adversos en termos de recaída e supervivencia. A modulación da actividade das células T reguladoras pode ser necesaria para superar este resultado e ser crucial para o desenvolvemento de vacinas terapéuticas.

23 Heffernan JM, Keeling MJ. 2009. Implications of vaccination and waning immunity. Proc. R. Soc. B. 276: 2071–2080.

— Para moitas enfermidades, a inmunidade esvaece co tempo e vese reforzada posteriormente por encontros sintomáticos coa infección.

— Utilizamos o modelo do sarampelo para mostrar como a vacinación pode ter unha serie de consecuencias inesperadas, xa que reduce o reforzo natural da inmunidade. Mostramos, especificamente, que o tempo de decadencia esperado é de uns corenta a oitenta anos e que os altos niveis de vacinación que se rexistran hoxe en día (máis dun 70%) poden inducir oscilacións a grande escala, xerando moitos casos asintomáticos.

— Ademais podemos predicir que, despois dun período libre de enfermidade, a longo prazo, a introdución da infección dará lugar a epidemias moito mais grandes que a predita polos modelos estándar.

24 Santos LS, Sant'anna LO, Ramos JN, Ladeira EM, Stavracakis–Peixoto R, Borges LLG, Santos CS, Napoleão F, Camello TCF, Pereira GA, Hirata R, Vieira VV, Cosme LMSS, Sabbadini PS, Mattos-Guaraldi AL. 2015. Diphtheria outbreak in Maranhão, Brazil: micro-biological, clinical and epidemiological aspects. Epidemiol Infect. 143: 791–798.

Descríbense os aspectos microbiolóxicos, clínicos e epidemiolóxicos dun brote de difteria en Maranhão, Brasil. A maioría dos casos confirmados ocorreron en nenos parcialmente ou completamente inmunizados. Signos clínicos característicos da difteria como a formación de pseudomembrana e linfadenopatía cervical eran ausentes no 48% e 7% dos casos, respectivamente. Observáronse complicacións como parálises de membros inferiores. Tres casos resultaron en morte, dous deles en nenos completamente inmunizados.

— A análise microbiolóxica identificou o *Corynebacterium diphtheriae* biovar *intermedius* cun tipo PFGE predominante. A maioría deles eran tosíxenos e algúns mostraron unha diminuída susceptibilidade á penicilina G.

— Conclusión: a difteria segue sendo endémica en Brasil e os profesionais deben ser conscientes da posibilidade de que xurdan casos atípicos de infección por *C. diphtheriae*, incluíndo farinxite sen formación de pseudomembrana.

25 Pellegrino P, Carnovale C, Pozzi M, Antoniazzi S, Perrone V, Salvati D, Gentili M, Brusadelli T, Clementi E, Ra-di S. 2014. On the relationship between human papilloma virus vaccine and au-toimmune diseases. *Autoimmunity Re-views*. 13: 736–741.

— A vacina contra o papiloma humano introduciuse para reducir a incidencia de cancro cervical.

— Xunto coa introdución das vacinas bivalentes e tetravalentes contra o VPH aparecen varios casos de exacerbación de enfermidades autoinmunes, o que provocou preocupacións acerca da súa seguridade. Con todo, este programa de vacinación introduciuse nunha poboación de alto risco para a aparición de enfermidades autoinmunes, polo que é difícil avaliar o papel da vacina nestes casos. Así pois analizamos e revisamos exhaustivamente todos os informes de casos e estudos relativos a calquera aparición dunha enfermidade autoinmune no suxeito vacunado.

— Nuns poucos casos estableceuse unha relación causal, e o balance risco-beneficio da vacina aínda está por resolver.

— A vixilancia en curso para a seguridade desta vacina segue sendo, daquela, de suma importancia.

Os autores deste artigo tamén engaden un cadro de mensaxes clave do estudo, no cal se inclúe o seguinte:

— A decisión de vacinar contra o VPH é de carácter persoal e non debe ser implementada en nome da saúde pública. O VPH non é unha enfermidade letal no 95% das infeccións, e o outro 5% é detectábel e tratábel na etapa precancerosa.

26 Kanduc D. 2009. Quantifying the possible cros-reactivity risk of an HPV16 vaccine. *Journal of Experimental Therapeutics and Oncology*. 8: 65–76.

— **Antecedentes:** Os posíbeis efectos adversos asociados coa vacinación contra enfermidades infecciosas, subliñan a necesidade de analizar e definir o risco das vacinas. Nós utilizamos como modelo o proteoma HPV16 e cuantificamos os seus riscos reais e teóricos da vacinación contra HPV16. Tamén definimos o espectro de enfermidades cruzadas concomitantes que se poden dar no organismo como resultado de vacinación.

— **Métodos:** Buscamos a secuencia primaria do proteoma HPV16 e buscamos secuencias heptaméricas compartidas con proteínas humanas utilizando o Protein International Resource Database.

— **Resultados:** O proteoma humano contén oitenta e dous heptapéptidos e dous octapéptidos atopados en HPV16 tamén. Estas secuencias compartidas co proteoma

humano son proteínas involucradas na diferenciación celular, o crecemento, e a regulación neurosensorial. Especificamente, encontramos secuencias heptaméricas compartidas coa vacina en proteínas humanas como: moléculas de adhesión, antígenos de diferenciación de leucocitos, encimas, proteínas asociadas coa espermatoxénese, factores de transcrición e antígenos neuronais.

— Estas secuencias compartidas fan que a aparición de reaccións cruzadas autoinmunes despois da vacinación a base de HPV16 sexa case inevitábel.

— **Conclusións:** Calquera vacina baseada en antígeno necesita ser deseñada minuciosamente e ten que avaliarse os seus posibles efectos secundarios baseada na secuencia do antígeno e a súa comparación a nivel molecular con proteínas humanas.

27 Chang J, Campagnolo D, Vollmer TL, Bomprezzi R. 2011. Demyelinating disease and polyvalent human papilloma virus vaccination. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 82(11): 1296-1298.

— A vacina polivalente contra o VPH, Gardasil, xerou moita controversia desde a súa creación, xa que se reportaron relacións entre a súa administración e a subsecuente aparición de enfermidades autoinmunes, tales como encefalomielite diseminada aguda, esclerose múltipla e síndrome de Guillain Barré.

— Atopamos con dous casos con presentación inicial de desmielinización do SNC seguidos en estreita relación temporal á administración de Gardasil. Discutimos a súa posíbel asociación.

— Os autores conclúen que é moi probábel que nestes casos haxa individuos xeneticamente predispostos a reaxir cunha resposta inmunitaria esaxerada á administración dunha vacina. Isto pode culminar, pois, nunha autoinmidade.

— Cren que é importante recoller máis casos para poder documentar os efectos adversos da vacina e determinar a súa seguridade e eficacia.

28 Sutton I, Lahoria R, Tan IL, Clouston P, Barnett MH. 2009. CNS demyelination and quadrivalent HPV vaccination. Multiple Sclerosis. 15: 116–119.

— A vacinación considérase segura xeralmente en pacientes con esclerose múltipla. Presentamos cinco pacientes con síndromes desmielinizantes multifocais ou atípicas xeradas vinteún días despois da inmunización coa vacina tetravalente do VPH.

— Aínda que a poboación obxectivo, mulleres novas, é unha poboación de alto risco inherente para a esclerose múltiple, a asociación temporal con eventos desmielinizantes nestes cinco casos poden explicarse polas potentes propiedades inmuno–estimuladoras da vacina.

29 Tomljenovic L, Shaw CA. 2012. Death after Quadrivalent Human Papi-llomavirus (HPV) Vaccination: Causal or Coincidental? Pharmaceut Reg Affairs. S12:001.

— É necesario entender o verdadeiro risco que comportan as vacinas para previr efectos adversos innecesarios. Aínda así, no día de hoxe, non hai evidencias sólidas ou criterios establecidos para determinar cales dos efectos adversos teñen como causa as vacinas.

— Queremos determinar se algunhas das enfermidades autoinmunes e neurolóxicas que aparecen despois da vacina contra o VPH teñen unha relación coincidente ou causal. Utilizamos evidencia inmunohistoquímica para avaliar a posíbel relación.

— Mostras postmortem de tecido cerebral de dúas mulleres novas que padeceron síntomas relacionados con vasculite cerebral, posterior á administración da vacina Gardasil, foron examinadas con varios marcadores inmunoinflamatorios. Tamén marcamos mostras con anticorpos contra os antíxenos HPV-16 L1 e HPV-18 L1, presentes en Gardasil.

– En ambos os casos, a autopsia non revelou ningún resultado anatómico, microbiolóxico ou toxicolóxico que puidese explicar a morte destas mulleres.

— Con todo, a nosa análise inmunohistoquímica mostrou evidencia dunha vasculite autoinmune, potencialmente desencadeada por unha reacción cruzada dos anticorpos contra HPV-16 L1 uníndose á parede dos vasos sanguíneos cerebrais en todas as mostras. Tamén detectamos a presenza de partículas de HPV-16 L1 dentro da vasculatura cerebral, algunhas delas adheridas á parede vascular.

— Os anticorpos contra HPV-18 L1 non se adheriron aos vasos cerebrais ou calquera outro tecido neuronal.

— A inmunohistoquímica tamén revelou un incremento na sinalización das células T e unha activación marcada no torrente clásico do complemento en tecidos vasculares cerebrais en ambos os casos.

— Este padrón de activación do complemento, en ausencia dunha infección cerebral activa, indica un funcionamento alterado do sistema inmunitario de tipo autoinmune.

— O noso estudo suxire que as vacinas contra o VPH que conteñen antíxenos HPV-16 L1 supoñen un risco para a aparición de vasculopatías autoinmunes.

— Implicacións prácticas: Moitos síntomas reportados sobre a seguridade da vacina nas bases de datos son indicadoras de vasculite cerebral, pero non se recoñecen como tal: xaquecas intensas e persistentes, síncope, convulsións, tremores... De aquí xorde unha grave preocupación, considerando os nosos resultados. O persoal sanitario debe ser consciente desta asociación.

ANEXOS

CONTRAINDICACIÓNS E VACINAS

Contraindicacións relativas

Aquelas contraindicacións que son temporais ou transitorias, non permanentes e que posibilitan, no momento en que se resolva a situación volver valorar a vacinación.

Baixo peso ou Prematuro

Infección aguda / Convalecencia / Terreo Hipersensibilizante

Dermatite Atópica

Diarrea

Hipertermia ou febre

Embarazo

Preconcepción

Aleitamento materno

Malnutrición

Contraindicacións absolutas

Aquelas contraindicacións definitivas e permanentes que impidan a vacinación ao longo da vida.

Inmunodeficiencias (conxénita, adquirida, utilización de corticoides, de inmunoterapia pasiva, presenza de tumor, etc).

Encefalopatía evolutiva e non evolutiva (convulsión, epilepsia, letarxia, somnolencia, irritabilidade, choros, berros, hipercinesia, apnea, hipoapnea, etc).

Reacción anafiláctica.

Hipersensibilidade á neomicina, kanamicina, polimixina, estreptomicina, lactosa, polisorbatos, mercurio, aluminio, boratos, látex, albúmina, xelatina, formaldehído, fenoxietanol.

Alteracións da coagulación (hemorraxia ou trombose).

Grupo sanguíneo Cero, B. Marcadores HLA: DR3, B7, A3, DR2-7, DW17

Antecedentes familiares ou persoais de encefalopatía, diabetes, alerxia, nefrose.

ENQUISA PREVACINAL

É un cuestionario sinxelo e básico de 10 preguntas publicado polo Colexio de Médicos de Barcelona (COMB) no ano 2002 e que non se aplica na actualidade.

Unha vez realizada a enquisa incorpórase á historia médica e serve para valorar se está indicada ou non a vacinación.

1. Estivo enferma ou sufriu diarrea importante nas últimas 24 horas?
2. Ten ou tivo febre superior a 38´5º C nas últimas 24 horas?
3. Toma algún medicamento?
4. Recibe tratamento por sufrir algunha enfermidade?
5. Recibiu algunha transfusión de produtos hemáticos?
6. Administróuselle algunha vacina ou gammaglobulinas?
7. Hai algunha persoa no fogar que sufra cancro, leucemia ou algunha inmunodeficiencia?
8. É alérxico a algún medicamento ou alimento?
9. Presentou algunha reacción grave a anteriores vacinas?
10. No caso de ser muller, está grávida?

Referencia bibliográfica

Cuadernos de la buena praxis. Guía de actuación en la aplicación de las vacunas. Colegio de Médicos de Barcelona. Enero 2002.

CONSENTIMIENTO INFORMADO E VACINACIÓN.

O DEREITO A DECIDIR

Observacións

O consentimento informado é un documento exclusivamente dirixido ao persoal sanitario ou representante da administración que de maneira insistente quere vacinar.

A vacinación é un acto médico e como tal hai que levalo a cabo con toda a información existente.

Este documento será presentado polo cidadán, os proxenitores, os adoptivos ou os titores e asinado polo Axente de saúde ou a Administración para que asuma a súa responsabilidade ante os danos ou prexuízos antes, durante ou despois da vacinación.

Sempre se asinará por duplicado. Un orixinal será para o paciente e o outro para o Axente de saúde ou Administrador. (Ver mostra na páxina seguinte).

Liga para a Liberdade de Vacinación (LLV)

www.vacunacionlibre.org

Datos do Axente de saúde ou Administrador

Nome:

Apelidos:

Nº Colexiado:

Provincia do Colexio:

Enderezo:

Correo electrónico:

Datos do paciente

Nome:

Apelidos:

Enderezo:

Correo electrónico

Segundo o artigo 15, 17 e 18 da Constitución Española e a lexislación estatal nos artigos 2, 10.1A, 10.9A e 28, onde se ve reflectida a importancia da preservación da boa saúde, a autonomía, a liberdade e o dereito á intimidade de cada paciente,

CERTIFICO que a administración deste medicamento non é obrigatoria e, por tanto, é recomendada pola autoridade médica de cabeceira asignada á/o paciente.

Despois de estudar os posíbeis efectos adversos das vacinas (neurolóxicos, alérxicos, autoinmunes e infecciosos), incluíndo os que non constan no prospecto correspondente, e igualmente os que poderían aparecer a curto, a medio e a longo prazo referidos ou non na bibliografía internacional,

CERTIFICO que o paciente non se expón a ningún risco na súa saúde tras a administración de calquera das vacinas recomendadas no calendario vacinal español,

A fin de que así conste para efectos do paciente.

Data e sinatura do Axente de saúde ou do Administrador.

FICHA DA VACINA TRIPLA VÍRICA (XRP)

Data de elaboración

2017

Referencias bibliográficas

Prospecto Informativo Sanofi Pasteur MSD (Ano 2013)

Tipos de vacinas

MMR VAX, ROR VAX, PRIORIX.

Compoñentes coñecidos

- Virus do sarampelo.
- Virus das papeiras.
- Virus da rubéola.
- Sorbitol.

- Fosfato sódico potásico.
- Sacarosa.
- Xelatina.
- Ácidos aminados.
- Vitaminas.
- Glutamato.
- Neomicina 25 microgramos.
- Vermello fenol.
- Bicarbonato sódico.
- Ácido clorhídrico.
- Hidróxido sódico.
- Carbonato de sodio.
- Albúmina humana.
- Residuos de ovo de embrión de pito.
- Trazas de fibroblastos pulmonares.
- Lactosa.
- Manitol.

Reaccións adversas posvacinais

- Reacción alérxica aguda e crónica.
- Encefalite, autismo, epilepsia, mielite, meninxite aséptica ou tóxica e estado de coma.
- Sarampelo, rubéola, papeiras ou gripe.
- Diarrea, vómitos, enterite ou colite.
- Neurite óptica e neurite auditiva.
- Artrite.

- Enfermidade autoinmune e vasculite: diabetes, desmielinización, tiroidite, nefropatía.
- Alteración na coagulación.

Observacións

Seremos prudentes se presentamos alerxia a algúns dos moitos compoñentes de dita vacina, mesmo se temos alerxia ao ovo.

Non tomemos a vacina se queremos ficar grávidas, se temos unha tuberculose activa, se temos antecedentes dunha deficiencia inmunitaria, se temos antecedentes de convulsións ou epilepsia e se estamos sufrindo un cancro.

Se xa pasamos a enfermidade tampouco vacinaremos.

Entre a proba da tuberculina e a vacinación tripla vírica ten que haber un espazo de polo menos de catro a seis semanas.

Fabricantes

Sanofi Pasteur MSD e GlaxoSmithKline.

FICHA DA VACINA INFANRIX

Data de elaboración

2017

Referencias bibliográficas

Prospecto Información Infanrix (Año 2011) de GlaxoSmithKline.

Tipos de Vacinas

Infanrix, Infanrix- Hib, Infanrix- IPV, Infanrix Hep B, Infanrix- IPV- Hib, Infanrix Hexa, Tetravac, Pentavac e Hexavac.

A vacina Infanrix Hexa é a máis utilizada actualmente en España.

Inclúe Difteria, Tétanos, Tose ferina, Polio, Hib e Hepatite B.

Composición Vacina Infanrix Hexa

- Anatoxina tetánica.
- Anatoxina diftérica.
- Anatoxina tose ferina.
- Polisacáridos Hib.
- Ag. virus Hepatite B.
- Ag. virus Polio.

- Lactosa 12.600 microgramos (μg).
- Cloruro de sodio 4.500 μg .
- Fenoxietanol 2.500 μg .
- Hidróxido de Aluminio + Fosfato Aluminio, desde 500 ata 2.500 μg .
- Polisorbato 20 e 80.
- Cloruro de potasio.
- Formaldehído.
- Glicina.
- Antibióticos: neomicina e polimixina.
- Glifosato.

Reaccións adversas posvacinais

- Infeccións como tose ferina, haemofilus influenza, polio, difteria, hepatite e infeccións repetitivas.
- Linfadenopatías.
- Lesión renal e insuficiencia renal.
- Bronquiolite, incremento da mucosidade e asma.
- Encefalite: irritabilidade, somnolencia, autismo, TDAH, regresión na maduración, cambio no apetito, cambios na personalidade e no contacto visual, convulsións e epilepsia, modificacións do ton muscular, hipotonía, narcolepsia, apneas e cambio do ritmo soño-vixilia.
- Eccema, dermatite atópica, empeoramento da psoriase e urticaria.
- Morte súbita.
- Cambios en coagulación do sangue.
- Trastornos do metabolismo do óso.
- Alteracións dixestivas: diarrea, enterite e colite.

Observacións

- A vacinación debe ir precedida dunha revisión do historial médico e dun exame clínico.

– Teña especial coidado se a súa filla ten unha enfermidade cerebral non diagnosticada, en evolución descontrolada ou presenta convulsións ou ataques cando ten febre, se presenta claros antecedentes familiares de convulsión ou epilepsia.

– Coidado se o seu fillo ten problemas de coagulación.

Con todo, os trípticos dos Departamentos de Sanidade e Seguridade Social fan caso omiso das observacións que fan os fabricantes e só nomean a febre, a inflamación local e o malestar como efectos adversos.

Fabricantes

GlaxoSmithKline

Aventis Pasteur MSD

Rede Española de Tratamento Homeopático de Efectos Posvacinais

[...]

Rede Española de Información sobre Vacinas

[...]

Rede Internacional de Asociacións que Loitan pola Liberdade de Vacinación no Mundo

[...]

ALEMAÑA

[...]

ARXENTINA

[...]

BÉLXICA

[...]

ILLAS FIXI

[...]

NOVA ZELANDIA

[...]

PAÍSES BAIXOS [...]

[...]

SUÍZA