

# Vacunación Libre 23

Octubre 2016

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



# Vacunación Libre

Número 23. Octubre de 2016

Liga para la Libertad de Vacunación

## ÍNDICE

- 3 Es el turno de los políticos / **Editorial**
- 4 Campaña en Francia de retirada del aluminio en las vacunas. El Galileo del siglo XXI: el Prof. Henry Joyeux
- 5 Vacunación obligatoria y duda vacunal
- 6 Síndrome Asia y reacciones autoinmunes en las vacunas (segunda parte) / **Yehuda Shoenfeld**
- 15 Los tribunales confirmaron que la vacuna Triple Vírica causa autismo
- 16 Medicamentos, investigación y alto costo: ¿beneficio público o interés privado? / **Oscar Lanza**
- 19 Libertad de vacunación en Europa / **Françoise Joët**
- 21 La Liga responde – Enterovirus y medidas higiénicas
- 22 Vacuna Papiloma Humano. Preguntas dirigidas a la European Medicines Agency (EMA)
- 26 Ficha de la Vacuna de la Fiebre Amarilla
- 27 Un análisis de los medios de comunicación y el caso Wakefield:
  - 27 a. El abogado U.S.A. James Robert Deal opina sobre las vacunas
  - 28 b. Un abogado del estado sugiere demandar al gobierno federal de los Estados Unidos y a la industria farmacéutica en cuanto a las vacunas / **Catherine J. Frompovich**
- 30 Mortalidad postvacunal / **Maria Schiaffino**
- 31 Autismo 2017. Una mirada en otra dirección
- 33 EFVV – Invitación a la Reunión Anual, Budapest. Septiembre 2016
- 34 Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales
- 35 Red Española de Información sobre Vacunas
- 36 Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo
- 39 Comentario de libros

### CONSEJO DE REDACCIÓN

Rosa Montserrat, Xavier Uriarte

### COLABORADORES

Patro Belenguier, Françoise Berthoud, Lluís Botinas, Alicia Capilla, Enric Costa, Teresa Forcades i Vila, María Fuentes Caballero, Juan Gervás, Coro Goitia, Belen Igual, Miguel Jara, Françoise Joët, Oscar Lanza, Coral Mateo, Ana Medina, Claudia Millwisch, Joan Mora, Jean-Pau Pellet, Mari Trini Ramos, Andrea Ricci, Pedro Ródenas, Máximo Sandín, Maria Schiaffino, Ignasi Sivillà, Armand Soler, J. P. Spinosa, Lucija Tomljenovic, Anna Vallès, Eduardo Yahbes

### EDITA

Liga para la Libertad de Vacunación  
E-mail: [info@vacunacionlibre.org](mailto:info@vacunacionlibre.org)  
Web: [www.vacunacionlibre.org](http://www.vacunacionlibre.org)

Depósito Legal: GI-931-2011

La pintura de la portada ha sido cedida por Isabel Pérez Ramírez y el ornamento de la derecha por Laia Pujol Pérez.

## Es el turno de los políticos

Desde la Liga para la Libertad de Vacunación debemos recordar a todas las ciudadanas y ciudadanos que nuestro sistema de vacunación no es obligatorio. Nuestro sistema sanitario únicamente pone a nuestra disposición un calendario vacunal recomendado. Es muy importante dejar claro este punto para tomar conciencia de cuáles son nuestros derechos y libertades. Y, consecuentemente, poder actuar y decidir con libertad y responsabilidad.

Este sencillo punto guarda tras de sí un conjunto de conceptos que pueden llevarnos a confusión y lamentablemente a indefensión. Las vacunas son únicamente un medicamento preventivo y como tal tiene también efectos adversos. Su efectividad y seguridad deben estar probadas al 100%. Además tratándose de prevención debemos saber de qué nos previene, porqué y para qué. Todo esto hace referencia única y exclusivamente a la información que nos deberían facilitar sin obstáculos de forma detallada y completa para poder ejercer nuestro derecho a decidir libremente y de forma responsable sobre nuestra salud.

Hoy por hoy, esto no es así. En el instante que desde los centros sanitarios nos ofrecen trípticos publicitarios sobre una vacuna de una determinada marca y fabricante y se nos muestra como un derecho de la infancia, están jugando con el lenguaje y confundiendo nuestra capacidad para decidir. El producto en sí no es un derecho. Podremos tener derecho a acceder a él, pero fundamentalmente tenemos derecho a decidir libremente su uso o no, si consideramos que estamos suficientemente informados sobre su composición, efectividad y seguridad, de forma documentada.

Como ciudadanas y ciudadanos debemos exigir esta información a las autoridades porque la responsabilidad en las decisiones sobre la salud de nuestras familias es nuestra y sólo la podremos ejercer cuando la transparencia del sistema masivo de vacunación así lo sea. Mientras tanto debemos esgrimir bien alto nuestros derechos y no permitir que nos confundan con sus malabarismos imposibles. Hay que tener muy claro cuál es la legalidad, el derecho, la obligatoriedad y la libertad. Nadie debe dic-

tarnos cuál debe ser nuestra decisión moralmente correcta.

Las mujeres tenemos el privilegio de disponer de un convenio comunitario dictado el 18 de diciembre de 1.979, publicado en el B.O.E. el 21 de marzo de 1.984, en el cual se apunta que tenemos derecho al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia. Lo contrario sería faltar a nuestro derecho a la educación y despreciarnos como personas con capacidad plena de decidir. Hagamos uso de este convenio y exijamos un trato digno que no consiste en absoluto en recibir un tríptico publicitario.

Señores políticos, que nuestro sistema vacunal sea transparente depende de ustedes. Es su responsabilidad. Que la transparencia no nos sirva a los españoles sólo para saber cuánta cantidad de fécula ingerimos en una loncha de jamón de york.

Liga para la Libertad  
de Vacunación



# Campaña en Francia de retirada del aluminio en las vacunas

## El Galileo del siglo XXI: el Prof. Henry Joyeux

Fuente: [www.reseauinternational.net](http://www.reseauinternational.net)

### Resumen del artículo francés sobre el Prof. Henry Joyeux

La nueva inquisición decidió excluir a partir del 1º de diciembre 2016 al Prof. Joyeux de la lista de doctores por el Colegio de Médicos debido a su opinión de que "la profesión médica sigue una actitud que no se basa en la ciencia" y porque "una discusión que puede ser peligrosa para la población desacreditando el mecanismo de la vacuna preventiva".

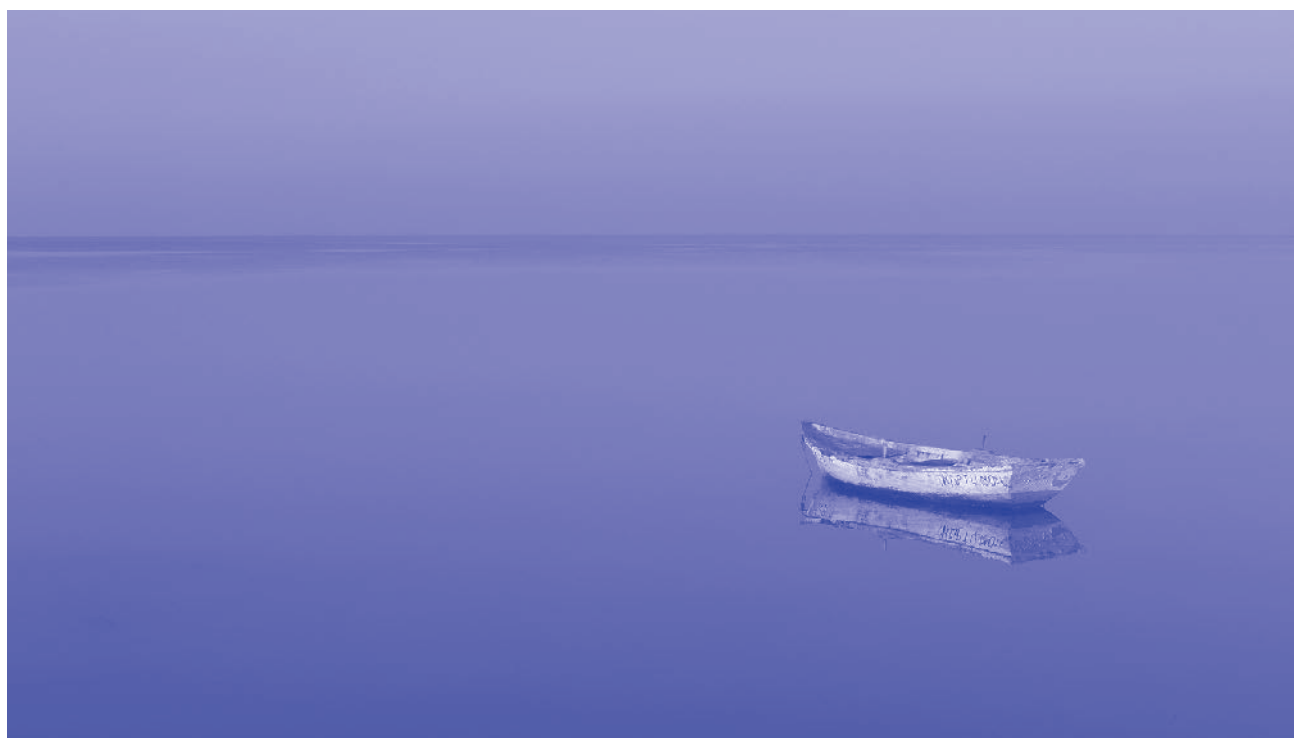
El Prof. Joyeux ni siquiera postuló que las vacunas no tengan un

valor o que sean peligrosas, lo único que mencionó es que algunas vacunas y algunas composiciones de vacunas son peligrosas. Además varían de país a país estando sometidas a criterios políticos y económicos.

Esto es lo que el Prof. Joyeux dice: "Este crimen es imperdonable para la nueva inquisición justo como lo fue el crimen de Galileo Galilei".

El Prof. Joyeux, ya retirado, no puede ser atacado, a él no se le pueden quitar sus diplomas, ni su reputación, ni sus conocimientos, y menos aún, en tiempos de internet.

Según él, la "base científica", a la cual se refiere el Colegio de Médicos, no es necesaria, ni para el médico, ni para el Consejo, ni para nadie, si los efectos negativos dañinos resultan insoportables para un paciente. La reacción del paciente es lo que cuenta y debe ser la base del tratamiento médico. ¿Dónde está la ciencia en este caso? Este es el principio básico para cada tratamiento y aún más para vacunas que son preventivas y en caso de que no se trate de una situación de emergencia. ■



Pere Pujol

# Vacunación obligatoria y duda vacunal

**SEMFYC considera que la vacunación obligatoria aumenta “la duda vacunal”**



Fuente: <http://www.actasanitaria.com/semfyc-considera-que-la-vacunacion-obligatoria-aumenta-la-duda-vacunal>

Madrid, 29 de septiembre de 2016

**E**l Grupo de Trabajo en Bioética de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) ha analizado los aspectos éticos de los programas de vacunación, tras lo que indica que la vacunación obligatoria “debilita la confianza de la sociedad en los profesionales sanitarios, además de aumentar la duda vacunal”.

Según expone este órgano de SEMFYC, la citada duda vacunal “está aumentando en el mundo, especialmente en Europa y en los países con vacunación obligatoria”. De esta manera lo observa en el estudio de reciente publicación de The Vaccine Confidence, un programa en el que colaboran UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“Este estudio revela que, en España, la población escéptica respecto a la seguridad de las vacunas (8,93%) y a su efectividad (7,11%) es inferior a la media europea, donde un 17 por ciento de la población estima que las vacunas no son seguras y un 11,3 por ciento considera que no tienen probada efectividad”, continúa SEMFYC.

En este sentido, esta sociedad científica declara que las cifras “quedan lejos de países como Francia donde, con un calendario de vacunación más coercitivo, registran elevadas ratios de rechazo”. “En el país vecino, hasta un 40,97 por ciento de la ciudadanía estima que las vacunas no son suficientemente seguras”, señala.

## **Creciente número de personas que expresan su desconfianza**

**“E**l creciente número de personas que expresan su desconfianza sobre la seguridad y eficacia de las vacunas se explica por la creciente cientificación de la sociedad, las estrategias de empoderamiento en salud de los ciudadanos, las evidencias reveladas sobre la influencia de los intereses comerciales en el conocimiento biomédico y los daños producidos por la progresiva medicalización de la vida”, sostiene el coordinador del Grupo de Trabajo sobre Bioética de SEMFYC, el doctor Abel Novoa.

A juicio de este profesional sanitario, “la clave para que el profesional especializado en Medicina de Familia y Comunitaria responda ante esta situación reside en explorar la duda vacunal de manera sistemática, aunque no se hayan expresado explícitamente en la consulta de modo que, ante posiciones contrarias a las vacunas o de duda vacunal, se aporten argumentos en términos razonables y respetuosos”.

“Este es el único camino para fortalecer la confianza”, continúa Abel Novoa al respecto, tras lo que agrega que “las instituciones profesionales también deben generar confianza fomentando la mejora del gobierno del conocimiento biomédico con más transparencia y mejor rendición de cuentas de todos los agentes implicados, así como impulsando la participación ciudadana en las decisiones de salud pública”. ■

# Síndrome Asia y reacciones autoinmunes en las vacunas (segunda parte)



Autor: Profesor Yehuda Shoenfeld

Artículo traducido del italiano por el Dr. Eduardo Yahbes, Argentina, al cual le agradecemos su colaboración ([www.vacunacionlibre.com.ar](http://www.vacunacionlibre.com.ar)).

Artículo original: *ASIA–Autoimmune/Inflamatori Syndrome Induced by Adjuvants: Even and Odd*. Parricon, C et cols., *Journal of the Italian Society for Rheumatology. Reumatismo*. Vol. 63, nº 2 (2011).

## ASIA y vacunas: el regalo con un error

En el último siglo la ciencia donó a la humanidad el don de las vacunas que han representado una revolución copernicana de forma significativa al reducir la morbilidad y eliminando prácticamente la mortalidad por enfermedades infecciosas.

**NT: Este criterio no es compartido por investigadores sin conflicto de intereses con la industria farmacéutica. Por lo contrario, consideran que las vacunas son totalmente inefectivas y nada han tenido que ver con la reducción de la morbimortalidad de las enfermedades infectocontagiosas.**

Actualmente, un niño en los Estados Unidos recibe 92 vacunas diferentes durante los primeros 6 años de vida, mientras que la vacunación en la edad adulta implica generalmente poblaciones de alto riesgo específico como inmuno-comprometidos, cuidado de la salud de los trabajadores, ancianos o aquellos sujetos que viajan a áreas potencialmente amenazantes.

La evidencia de que las vacunas son fundamentales para los pacientes con enfermedades autoinmunes ha sido abordada recientemente por un comité de expertos de la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR). Estas recomendaciones establecen que la evaluación inicial de un pa-

ciente con una enfermedad autoinmune debe incluir la evaluación del estado de vacunación. Otras recomendaciones importantes incluyen que la vacunación debe administrarse, idealmente, durante la estabilización de la enfermedad, que la vacunación antigripal y antineumocócica se deben considerar seriamente, que la vacunación puede ser administrada durante el uso de FARME y agentes anti-TNF pero antes de comenzar la terapia de células B o ozono, y que las vacunas de virus atenuados así como la vacunación BCG debe evitarse siempre que sea posible sobre todo en pacientes inmuno-deprimidos. Desde las infecciones puede desencadenar la autoinmunidad y puede provocar una llamarada de la enfermedad autoinmune, su prevención puede reducir la incidencia de las enfermedades, así como las enfermedades de brotes. Sin embargo, las vacunas difieren sustancialmente debido a los antecedentes genéticos del individuo receptor.

Por lo tanto, el calendario de vacunación sería mejor si fuera personalizado. Por lo que es imperativo que la ciencia tenga como objetivo implementar herramientas como la genómica y la proteómica, para permitir la predicción de establecer más probables reacciones adversas a las vacunas. Thomas et al., han revisado esta cuestión, la recopilación de una serie de ejemplos de genotipo / polimorfismos, principalmente en la familia de

genes HLA, relacionado con la variación individual a la vacunación.

De hecho, existen dos tipos de vacunación:

1) La vacunación activa, es decir, cuando un germen vivo, generalmente atenuado se utiliza como agente (microbio o virus), o una inactivada.

Lista de las vacunas con más probabilidades de estar asociadas con enfermedades autoinmunes o trastornos autoinmunes vacunales:

- **VHB:** La poliarteritis nodosa, liquen plano, ampollar, pénfigo, Schönlein Henoch, polineuropatía, eritema nudoso, ITP, miastenia gravis, esclerosis múltiple, uveítis, artritis reactiva, la AR, LES, desmielinización del SNC, TM, pénfigo, UCTD, síndrome de fatiga crónica.
- **Ántrax LES.**
- **DTP / DTaP / TT:** Neuritis óptica, mielitis, GBS, SLE.
- **Influenza:** SLE, RA, vasculitis, artritis reactiva, GBS.
- **MMR ITP**
- **Paperas:** DT1
- **Rabia:** neuritis, GBS
- **HAV:** ITP
- **Polio oral:** GBS
- **Rubéola:** fibromialgia
- **Gripe porcina MS**
- **BCG** artritis reactiva, la polimiositis / dermatomiositis
- **HiB:** DT1

– **VPH:** La vasculitis, vasculitis cerebral, insuficiencia ovárica primaria.

**Abreviaturas:** **ITP:** púrpura trombocitopénica idiopática; **MS:** esclerosis múltiple; **RA:** La artritis reumatoide; **SLE:** Lupus eritematoso sistémico; **SNC:** sistema nervioso central sistema; **TM:** mielitis transversa; **CFS:** el síndrome de fatiga crónica; **GBS:** Guillain Barré; **DM1:** diabetes mellitus tipo 1, **UCTD:** enfermedad del tejido conectivo indiferenciado. 6 C. Perricone et al. / Diario de autoinmunidad 47 (2013) 1E16 agente infeccioso (o sus componentes), o los productos obtenidos por recombinación genética, o cuando se inyecta el toxoide.

2) La vacunación pasiva, es decir, el uso de preparaciones de inmunoglobulina o antitoxinas. Un número de trastornos autoinmunes se han reportado siguiendo a vacunas. Estos incluyen limitadas condiciones que pueden ocurrir después de la vacunación de rutina así como las enfermedades más graves y potencialmente mortales. Es evidente que una vacuna viva atenuada es más propensa que una vacuna muerta de activar la respuesta de inmunidad. Tal vez, esta es la principal razón, porque es más probable para estimular la vacuna viva atenuada el desarrollo de una enfermedad autoinmune o síntomas autoinmunes. A pesar de que el mimetismo molecular en un individuo predispuesto genéticamente ha sido llamado a ser responsable, el dedo debe señalar a los adyuvantes.

Uno en particular ha planteado varias angustias debidas al aluminio. De hecho, este ha sido utilizado como un adyuvante en los últimos 90 años, pero es también una neuro-toxina como se ha demostrado experimentalmente. La investigación ha mostrado que los adyuvantes de alumbre tienen un potencial para inducir trastornos inmunológicos graves en seres humanos. Por lo tanto, los esfuerzos deben ser puestos al servicio del esclarecimiento de la amenaza potencial

de las vacunas que contienen alumbre. Otra gran preocupación con respecto a la vacunación es que, de vez en cuando, puede ir mal. Por ejemplo, este es el caso de la vacuna inicial contra la polio (Salk). Esta contenía una mezcla de tres cepas virales de polio inactivadas con formalina que, bajo las condiciones de producción en gran escala, pudo escapar a tal inactivación. En 1955, en los Cutter Laboratories la producción de la vacuna no estuvo completamente segura en la inducción de la poliomielitis aguda, en el llamado síndrome post-polio. No obstante, los datos disponibles sugieren que la relación riesgo-beneficio sigue siendo abrumadoramente a favor de las vacunas. Sin embargo, aún más, se necesitan estudios para abordar mejor esta cuestión.

## Evidencia en modelos animales

**H**ay una gran demanda en el campo de las vacunas respecto de los estudios realizados en animales grandes, como perros y monos, con el fin de identificar el desarrollo de auto-anticuerpos y / o enfermedades autoinmunes.

Se ha informado del desarrollo de antilaminin, anti-fibronectina y otros anticuerpos lupus asociado en perros inmunizados. Un mayor número de estudios sobre ratones y ratas están disponibles. El desarrollo de la diabetes se ha documentado en Ratones NOD y ratas BB después de la vacunación. Además, los estudios sobre los salmones han demostrado que la inmunización con vacunas a base de aceite induce a la producción de autoanticuerpos. Además, glucano, un polisacárido de la levadura *Saccharomyces cerevisiae*, fue capaz de aumentar la actividad de la enfermedad y causó muerte temprana en ratones F1 NZB / NZW. En un estudio de 1973, *S. cerevisiae* inyectada en un conejo fue capaz de provocar la aparición de pielonefritis aguda hematogéna. Un artículo sorprendente ha sido

publicado recientemente por Lujan et al. Los autores describen una forma de Síndrome de ASIA en ovejas. Las ovejas inoculadas repetitivamente con vacunas con adyuvantes que contienen aluminio mostraron un episodio neurológico agudo con baja respuesta a los estímulos externos y a los pocos días meningoencefalitis aguda después de la inmunización. Más tarde, apareció una fase excitatoria, seguida de debilidad, caquexia extrema, tetraplejía y muerte. Aluminio se encuentra en los tejidos que indican la presencia del adyuvante en el tejido nervioso de animales experimentales. Como se mencionó anteriormente, un adyuvante de isoprenoides, pristano, se ha demostrado en la promoción de síndromes y patologías similares al lupus y nefritis tanto en ratón autoinmune propenso y cepas no susceptibles después de una sola administración intraperitoneal [124e126].

Por otra parte, el escualeno, un triterpeno y adyuvantes de Freund (CFA/IFA) también podrían provocar síndromes similares al lupus autoinmune en ratones propensos BALB. Para concluir, el creciente número de modelos animales proporcionan una prueba válida de concepto para el síndrome de ASIA.

## Vacunas y enfermedades autoinmunes

**V**arias enfermedades desmielinizantes neurológicas han sido reportadas después de la vacunación, siendo el síndrome principal Guillain Barré (GBS) el más frecuente. Esta es una polirradiculoneuropatía aguda, generalmente se manifiesta por un compromiso simétrico en rápida evolución y parálisis motora ascendente, con la pérdida de los reflejos tendinosos. Se ha demostrado que los síntomas neurológicos de GBS son precedidos por una infección aguda en dos tercios de los casos. Cada vez hay más evidencia de que el GBS es una enfermedad autoinmune. Los autoanticuerpos contra

gangliósidos se pueden encontrar en pacientes con SGB y sus células T pueden reaccionar de manera cruzada a componentes nerviosos. Varias vacunas se han relacionado con la aparición de GBS incluyendo la influenza, toxoide tetánico, BCG, la rabia, la viruela, las paperas, la rubéola, la vacuna antipoliomielítica oral, vacunas contra la hepatitis B, ya sea derivado de plasma o vacuna recombinante y la vacuna contra la difteria. En 1976, la “gripe porcina” o Nueva Jersey vacu-

### *Primer caso relacionado con la ocurrencia de 2 episodios de encefalitis leuco en una paciente previamente sana después de la vacunación y la relación con la vacuna de hepatitis B.*

na 76 provocó un marcado aumento de GBS, suceso que acontece durante la semana después de la vacunación 6E8. En un artículo publicado en el New England Journal of Medicine, se informó de que el riesgo relativo de la GBS asociado con la vacunación, ajustado por edad, sexo, y la temporada de la vacuna, era 1,7.

Más recientemente, de Wals et al., encontraron en un total de 3.623.046 personas-años de observación, 83 casos de SGB identificados durante los 6 meses de seguimiento. De ellos, 25 habían sido vacunados contra la gripe A en 2009 (H1N1) con un riesgo relativo ajustado de 1,80 (95% CI, 1.12e2.87). El número de casos de SGB atribuible a la vacunación fue de aproximadamente 2 por 1 millón de dosis, concluyendo que el riesgo era pequeño y significativo, pero compensado por el beneficio de la inmunización.

Sin embargo, Baxter et al., no observaron recurrencia de GBS que pudiera considerarse asociado con la vacunación. La principal limitación era el tamaño relativamente pequeño del estudio debido a la rareza de la enfermedad. Khamaisi et al., describe

una mujer de 52 años de edad que desarrolló GBS después de su segunda inyección de la vacuna contra la hepatitis B. Esta paciente no era diferente a otros 19 casos previamente descritos en la literatura. GBS fue reportado que ocurre significativamente más a menudo de lo esperado en comparación con los datos del Centro de Control de Enfermedades de GBS.

Otra enfermedad desmielinizante asociada con las vacunas es la encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM). Esta es una enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central que ocurre con frecuencia después de la vacunación contra Rabia, DPT, la viruela, el sarampión, las paperas, la rubéola, la encefalitis B japonesa, la tos ferina, la gripe, la hepatitis B. Huynh et al., centrado en el factor precipitante que

sugiere la presencia de **mutaciones en el gen SCN1A**, la re-infección (la vacunación con una cepa de virus atenuado puede causar problemas sólo si se administra en pacientes que sufren previamente de una infección) puede ser responsable, pero todavía no suficiente para el desarrollo del síndrome. El uso generalizado en el mundo de la nueva vacuna influenza tipo A del virus en 2009, las vacunas trivalentes contra H1N1 (pandemia) 09 y la influenza estacional, dio lugar a la descripción de una serie de casos de ADEM, lo que sugiere la existencia de un componente de la vacuna más propenso a desencadenar esta condición. Preocupaciones similares fueron planteadas por el uso de la vacuna anti-VPH, específicamente Gardasil, que a diferencia de Cervarix, contiene levadura. No obstante, Schäffer et al., han reportado otro caso de ADEM después de la vacunación contra el VPH, pero la vacuna utilizada no fue especificada. La misma vacuna Gardasil se asoció con la aparición de 5 casos de desmielinización inflamatoria que caen dentro del diagnóstico de “síndrome clínicamente aislado / esclerosis múltiple”. Según C. Perricone

et al. / Diario de autoinmunidad 47 (2013) 1E16 7, espectro que ocurre dentro de los 21 días de la vacunación. El carácter multifocal y la naturaleza atípica de estos informes sugirieron que la vacuna puede haber influido en la naturaleza y la severidad de la inflamación del SNC. Las vacunas también pueden desencadenar otras enfermedades neurológicas raras tales como miелitis transversa (TM).

En un artículo reciente, 37 casos reportados de TM se asociaron con diferentes vacunas incluyendo anti HBV, MMR, DTP. Los autores encontraron una asociación temporal entre varios días y 3 meses, aunque un marco de tiempo más largo de hasta varios años también se sugirió. Ablin et al., tienen abordado el tema de las infecciones y la vacunación con el desarrollo de otro trastorno que se caracteriza principalmente por astenia y dolor muscular: fibromialgia (FB). Los autores señalaron con el dedo hacia Rubéola y Lyme, aunque los datos actuales son insuficientes para establecer una relación causal.

Las vacunas parecen jugar un papel en otra condición de desconocida patogénesis. El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza por severa fatiga incapacitante que dura más de 6 meses asociada con trastornos físicos y mentales tales como dolor de cabeza, artralgia, mialgia, pérdida de memoria, dolor de garganta y agrandamiento de ganglios linfáticos. A pesar del hecho de que una asociación entre la vacunación y el SFC está poco documentado; en Canadá, varios informes afirmaron que el SFC se desarrolló después de la inmunización al VHB. Por lo que se creó un grupo de trabajo con el fin de encontrar cualquier forma de asociación entre la vacunación contra el VHB y el síndrome de fatiga crónica. Treinta casos de pacientes con SFC aparecieron dentro de los 3 meses después de la inmunización contra el VHB. Sin embargo, el análisis retrospectivo lleva a la conclusión de que no hay pruebas suficientes para demostrar una asociación entre el SFC y la vacuna



contra el VHB. Se ha demostrado que la ruptura y fugas de silicona de los implantes de mama, de silicona, pueden conducir a enfermedades autoinmunes, un efecto de la llamada “enfermedad adyuvante”. Parece que los adyuvantes incluidos en vacunas humanas pueden, aunque rara vez, inducir autoinmunidad. Esta rareza se puede explicar por un complejo de susceptibilidad genética individual. No obstante, un caso puente entre las condiciones antes mencionadas (FB, LCR y fugas de silicona de implantes) fue descrito por Agmon-Levin et al. de hecho, una señora se presentó con síndrome de fatiga crónica acompañada de FB, desmielinización y auto-anticuerpos que se desarrollaron después de la segunda dosis de vacuna contra la hepatitis B, y agravada por la tercera vacunación. Además (los implantes mamarios de silicona que a la paciente habían implantado 6 años antes de la vacunación sin eventos adversos), apareció una reacción local con inflamación después de la vacunación y se le detectó una fuga de silicona. Si la vacuna contra la hepatitis-B fue una causa o un acelerador de la enfermedad sigue siendo desconocido, así como si la exposición a la silicona podría haber contribuido más al proceso autoinmune.

## VPH

**H**ay varias preocupaciones con respecto al virus del papiloma humano (VPH) y su capacidad para provocar una respuesta autoinmune. En el mayor estudio pos licencia estaban allí 51 informes de trastornos autoinmunes, incluyendo 26 sin especificar, 1 esclerodermia, dermatomiositis 1, 18 LES, AR 13, 1 SS, y 4 informes de EMTC. Los autores hicieron hincapié en la idea de que los datos sobre los trastornos autoinmunes no pueden ser concluyentes dado el relativamente corto tiempo de seguimiento y el uso del VAERS (Sistema de registro de efectos Adversos Vacunales). Una gran proporción de

estos informes (68%) de hecho vinieron del fabricante y la mayor parte de estos informes (89%) no incluyen información de identificación suficiente para permitir la revisión médica de cada caso individual. Por lo tanto, para abordar mejor esta cuestión, un estudio observacional de seguridad de la vacuna cuadrivalente contra el VPH en las mujeres fue realizado por Chao et al. no identificaron ninguna falla de seguridad autoinmune. Sin embargo, el estudio tenía varias limitaciones, incluyendo el tiempo de observación relativamente corto. De hecho, se ha demostrado que el período de tiempo desde la vacunación, para la inducción de la autoinmunidad, puede requerir incluso años. De hecho, la verdadera ventaja de la vacunación contra el VPH es todavía un tema de debate, desde que persistentemente mujeres infectadas con VPH, probablemente, no van a desarrollar cáncer si son examinadas regularmente. Por último, se ha convertido en tangible de que varios efectos secundarios de las vacunas pueden no haber sido reconocidos hasta ahora. La definición de ASIA ha cambiado la idea de que un médico debe buscar la presencia de una enfermedad autoinmune bien definida. Más bien, las vacunas provocan un corolario de signos y síntomas que pueden ser delimitados bajo el nombre de ASIA.

De acuerdo con esto, Tomljenovic y Shaw encontraron recientemente pruebas de vasculitis autoinmune potencialmente provocada por anticuerpos de HPV-16 L1 de reacción cruzada con unión a la pared de vasos sanguíneos cerebrales en muestras de tejido cerebral post-mortem de dos mujeres jóvenes que sufrieron de síntomas de ACV por vasculitis cerebral después de la vacunación con la vacuna contra el VPH Gardasil. Las anomalías incluidas el aumento de la señalización de células T y la activación marcada del anticuerpo dependiente de complemento por la vía clásica en tejidos vasculares cerebrales. En otro informe, una adolescente sana sufrió una muerte súbita inespe-

rada en el sueño 6 meses después de 3 inyecciones intramusculares de la vacuna tetravalente contra el VPH, Gardasil. En la sangre postmortem y tejido esplénico, obtenidos en la autopsia, se encontró que contienen 16 VPH-ADN del gen L1 similar a los fragmentos de ADN de genes de HPV-16 del Gardasil, lo que sugiere una posible relación. De acuerdo con ellos, el informe de Chang y colegas que describen dos pacientes que presentaron desmielinización de SNC, guarda estrecha relación temporal con la administración de la vacuna contra el VPH. Interesante fue el primer caso, en el que la causalidad era notable ya que no había problemas médicos presentes antes de la administración de la vacuna y los criterios de McDonald para el diagnóstico de la EM se reunieron con el seguimiento por resonancia magnética. Por lo tanto, no es sorprendente encontrar en los informes de casos, la búsqueda de una asociación entre la vacunación contra el VPH y la “madre” de las enfermedades autoinmunes, SLE. Gatto y coll. Recientemente se han descrito seis casos de LES como enfermedad siguiente a la inmunización contra el VPH. En los casos reportados se observaron varias características comunes, como la susceptibilidad personal o familiar a la autoinmunidad, así como una respuesta adversa a una dosis previa de la misma vacuna. No sólo es potencialmente peligrosa para la vida, sino también condiciones graves de discapacidad se han relacionado con la vacunación contra el VPH. La insuficiencia ovárica prematura (FOP) en las niñas tiene significativas consecuencias para el futuro de la salud y las perspectivas de la maternidad. Una señora fue diagnosticada con POF después de que se administraron tres vacunas recombinantes tetravalentes contra el VPH. Los autores hicieron hincapié en la necesidad de información histológica detallada sobre los ovarios de ratas y la fecundidad en curso después de la vacunación VPH.

Por otra parte, se han descrito

recientemente los casos de tres mujeres, incluyendo dos hermanas que desarrollaron amenorrea secundaria siguiente a la vacuna contra el VPH. Curiosamente, fueron detectados anticuerpos anti-ovario y antitiroperoxidasa (ATPO) en dos de cada tres casos siguientes a la vacuna. Además, como en el POF desarrollado en dos hermanas, se ha planteado como hipótesis una susceptibilidad genética que predispone después de la vacunación a padecer POF. Finalmente, la vacuna contra HPV se ha relacionado con la aparición de síndrome de taquicardia postural ortostática (POTS), un trastorno autonómico de origen incierto en el que la detección ganglionar de anticuerpos contra el receptor de acetilcolina, plantea la hipótesis de un origen autoinmune en algunos casos. El caso de que una mujer de 20 años, desarrolle POTS dos semanas después de la inmunización contra el VPH - en ausencia de otros factores de riesgo ni los acontecimientos que precedieron a la enfermedad - ha sido

*Mujeres embarazadas con riesgo de enfermedad de gripe severa fueron vacunadas y un estudio noruego subrayó que si de un lado la vacunación durante el embarazo redujo sustancialmente el riesgo de un diagnóstico de influenza, se aumentó el riesgo de muerte fetal en las mujeres vacunadas.*

reportado por Blitshteyn, quien sugirió en primer lugar de una relación temporal plausible entre POTS y la vacuna VPH. Tomadas en conjunto, estas evidencias permiten plantear la hipótesis de que la vacuna contra el VPH puede desencadenar una respuesta autoinmune. Esto parece ser especialmente cierto para Gardasil que, sin embargo, se puso a prueba en los juicios contra una que contenía placebo con aluminio, demostrando seguridad similar 8 C. Perricone et al. / Diario de autoinmunidad 47 (2013)

1E16 perfiles. Una mejor mirada al interior de la vacuna puede dar la respuesta al fabricante y, sobre todo, a las mujeres que harán su uso. Entonces, debido a que el programa de vacunación contra el VPH tiene cobertura mundial, la salud a largo plazo de muchas mujeres puede estar en riesgo frente a los beneficios de la vacuna todavía desconocidos. Los médicos deben permanecer dentro de las normas rigurosas de la medicina basada en la evidencia, con el fin de contrarrestar los riesgos y los beneficios de la vacunación.

### VHB

La vacuna contra el VHB se ha utilizado de forma rutinaria durante casi 20 años.

A pesar de que la mayor parte de las reacciones adversas son locales y transitorias, importantes eventos secundarios pueden incluir fenómenos autoinmunes. Eritema nudoso, liquen plano, vasculitis, glomerulonefritis, Síndrome Evan, púrpura trombocitopénica, artritis reumatoide y artritis reactiva se han descrito como singularidades post-vacunación. Por otra parte, los trastornos desmielinizantes autoinmunes como esclerosis múltiple, mielitis transversa y GBS, así como otras enfermedades autoinmunes francas incluyendo el LES, pueden ocurrir en

variable, aunque esporádica frecuencia. McMahon et al. afirmaron que los eventos adversos causados por la vacuna contra el VHB derivado de plasma pueden ser debidos tanto al timerosal, material de conservante mercurial (compuesto que se ha demostrado ser neurotóxico, pero que no está incluido en las vacunas VHB desde 1999) y como al alumbre-hidróxido, usado como un adyuvante. Otros componentes de la vacuna, tales como levadura, han sido también acusados. La levadura, por ejemplo, puede reducir

el número y función de las células T reguladoras, un mecanismo que está involucrado en la generación de autoinmunidad. La mayor cohorte de casos diagnosticados con enfermedades autoinmunes después de la inmunización con la Vacuna contra el VHB ha sido ya mencionada en la introducción. Se expresó preocupación por la evidencia del aumento de la desmielinización inflamatoria del SNC después de vacunación HBV. Mikaeloff y colaboradores en su trabajo encontraron que esto parece ser verdad esencialmente sólo por la vacuna Engerix B, mientras que el riesgo es el aumento de la esclerosis múltiple (MS) a largo plazo. Sería de interés conocer las composiciones exactas de las diferentes vacunas VHB especialmente en términos de alumbre y contenido de levadura. Así, Hernan y compañeros en su trabajo han investigado profundamente la posible relación entre las vacunas y el aumento del riesgo de la EM. Llevaron a cabo un estudio de casos y controles anidado dentro de la Investigación Base de datos de Medicina General en el Reino Unido y sus resultados fueron consistentes con la hipótesis de que la inmunización con la vacuna recombinante contra la hepatitis B se asocia con un mayor riesgo de EM, mientras que no hubo evidencia de aumento del riesgo de EM asociada con vacunas contra tétanos e influenza. Cabe destacar que, una asociación epidemiológica no se ha encontrado hasta el momento. A pesar de eso, Konstantinou et al. describen el primer caso relacionado con la ocurrencia de 2 episodios de encefalitis leuco en una paciente previamente sana después de la vacunación y la relación con la vacuna de hepatitis B. En este caso único, una relación de causalidad directa fue sugerida por la ausencia de enfermedad neurológica diseminada anterior; la presencia de grandes lesiones únicas con afectación de la sustancia gris (un hallazgo inusual en casos de EM), como se muestra por MRI; la resolución de lesiones, como se muestra en la RM; hallazgos histopatológicos; la ausen-

cia de nuevos déficits neurológicos; la falta de detección de nuevas lesiones por MRI realizado durante los 2,5 años de seguimiento, y la ocurrencia de 2 eventos neurológicos clínicos y radiológicos similares pero separados poco después de la administración de la segunda y tercera dosis de la vacuna.

A pesar de que la evaluación de una posible asociación entre la vacunación y SLE (Lupus eritematoso sistémico) produjo resultados contradictorios, se sugirió una asociación temporal entre SLE y diferentes vacunas incluyendo la vacuna anti-VHB. Un estudio de casos y controles encontró un rango de posibilidades de 1,4 (0.9e2.21) para autoinmunidad post-vacunación VHB. Agmon-Levin et al., primera posibilidad dirigida a la identificación común y características atípicas de SLE diagnosticadas después de la vacunación VHB. Los autores compararon la presentación de la vacunación 10 LES-post los pacientes que muestran una frecuencia similar de ciertas manifestaciones (músculos, las articulaciones, la piel y la foto-sensibilidad), pero excepcionalmente las bajas tasas de participación hematológica, así como la ausencia de nefritis lúpica. Maillefert et al. sugieren que LES puede exacerbarse después de la vacunación VHB, parcialmente en desacuerdo con la resultados de Battafarano et al. quienes propusieron que las inmunizaciones se añadirán a la lista de posibles factores desencadenantes de SLE sólo cuando los síntomas se desarrollan dentro de 3 semanas de la inmunización de refuerzo, y la integración a los resultados de Senécal et al. que acordaron que la vacunación antineumocócica es segura y útil en el LES, pero reportaron un caso de exacerbación del LES después de la vacunación contra la hepatitis B. Otra enfermedad autoinmune que puede ser provocada por vacunas, específicamente HBV, es pénfigo. Esta es causada por auto-anticuerpos contra los componentes intercelulares epiteliales y hay informes que asocian la enfermedad con la vacuna contra la gripe y el tétanos con difteria. No obstante,

el primer caso de pénfigo después de la vacunación del VHB (Engerix-B) fue reportado por Berkun et al. El pénfigo desarrollado sólo tres meses después de la vacunación, sugiere una asociación temporal posible y que la vacuna per se o su adyuvante puede causar una activación no específica del sistema inmune y desenmascarar un pénfigo latente. Recientemente, también se ha descrito la asociación entre el VHB de la vacuna y la aparición de la enfermedad del tejido conectivo indefinido (UCTD). Se ha planteado la hipótesis de que algunos componentes de la vacuna contra el VHB, tales como levaduras y alumbre, puede contribuir al desequilibrio de la relación de Tregs / Th17, hacia una respuesta Th17, que tiene un papel en la patogénesis de la UCTD.

Sin embargo, la vacuna contra el VHB puede desencadenar otras enfermedades autoinmunes aún más raras tales como dermatomiositis, la poliarteritis sistémico-nodosa, y manifestaciones neurológicas tales como estado epiléptico. Por lo tanto, es concebible que la vacunación HBV puede tener efectos significativos en el cerebro a través de diversos mecanismos: desde desmielinización a la hiperactividad.

## Vacuna Influenza

La influenza, comúnmente conocida como gripe, es una enfermedad infecciosa causada por los virus ARN de la familia Orthomyxoviridae. Siguiendo esta observación y la capacidad de crecer el virus en embriones de huevos de gallina, descubiertos en 1931, el ejército de Estados Unidos desarrolló la primera vacuna antigripal inactivada en la década de 1940. Las vacunas actuales se consideran seguras y eficaces por la comunidad médica, para la población en general, así como para pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes. El vínculo con las

enfermedades autoinmunes es todavía un tema de debate. Varios informes de casos muestran una asociación entre la vacuna contra la gripe y LES / APS. Al considerar los pacientes con un diagnóstico previo de LES, Vista et al. fueron capaces de demostrar que la vacunación antigripal puede inducir anticardiolipina de nueva aparición, pero los anticuerpos no anti-b2-glicoproteína I, posiblemente, dan lugar a diferentes manifestaciones clínicas, y, a una más “benigna” con patrón de

## *La enfermedad de Kawasaki se desarrolló en un joven que fue vacunado contra la fiebre amarilla.*

auto-anticuerpos. Como se menciona anteriormente, la vacuna de la gripe también se asoció con la enfermedad neurológica autoinmune GBS y con un vínculo sospechoso para los pacientes con ADEM o TM. Otra fachada de ASIA podría ser la asociación entre arteritis de células gigantes y polimialgia reumática (ACG/PMR) desarrollada después de la vacunación contra la influenza según lo descrito por Soriano et al., el período de inicio podría abarcar más de 30 años, por lo tanto los autores sugirieron que en lugar de la especificidad viral de la vacuna, el papel principal fue interpretado por los adyuvantes contenidos, y específicamente, por el alumbre. Una huelga importante en Finlandia fue motivada por el aumento repentino de la narcolepsia infantil observada poco después de pandemia C. Perricone et al. / Diario de autoinmunidad 47 (2013) 1E16 9 epidemias de gripe y la vacunación con adyuvante-ASO3 Pandemrix. El riesgo de narcolepsia era 12,7 veces mayor en los vacunados en comparación con los individuos no vacunados (intervalo de confianza del 95% 6.1e30.8), con un riesgo atribuible a la vacuna de la narcolepsia en desarrollo de 1: 16.000 personas vacunadas con 4 a 19 años de edad (95% intervalo de confianza 1: 13,000 a 1: 21.000). Estos datos sugirieron que la vacunación contribuyó a la aparición

de la narcolepsia. Además, la unión robusta de la enfermedad con el HLA DQB1 \* 0602 a lo que es dos veces más común en el norte de Europa, refuerza la idea que la inmunidad de la vacuna / adyuvante, mediada genéticamente, se desarrolla en individuos predispuestos.

Finalmente, durante el programa de vacunación contra la pandemia de gripe A (H1N1) en 2009, las mujeres embarazadas con riesgo de enfermedad de la gripe severa fueron vacunadas y un estudio noruego subrayó que si de un lado la vacunación durante el embarazo redujo sustancialmente el riesgo de un diagnóstico de influenza, se aumentó el riesgo de muerte fetal en las mujeres vacunadas (equilibrado. OR 1,91; 95% IC, 1.07e3.41). Este informe plantea nuevas preocupaciones, especialmente con respecto a la vacunación durante el delicado y valioso mecanismo del embarazo. Por lo tanto, la relación daño-eficacia de la política de vacunación antigripal requiere la consideración de todos estos eventos adversos, es decir, el desarrollo de trastornos por enfermedades autoinmunes.

A la luz de estas nuevas adquisiciones informativas, puede ser tiempo para revisar las estimaciones de la efectividad y el costo-efectividad de las vacunas de influenza.

## BCG y autoinmunidad: otra espada de doble filo

La instilación intra-vesical de BCG ha sido utilizada con éxito desde los últimos 40 años en el tratamiento de carcinoma de vejiga urinaria.

A pesar de que la mayoría de los pacientes toleran el tratamiento sin efecto secundario grave, existe la posibilidad de que la BCG, por el aumento de la respuesta inmune local, puede alterar el equilibrio del sistema inmune sistémico. Esto puede conducir al desarrollo de reacciones autoinmunes.

Shoenfeld et al. describen por primera vez cuatro pacientes que desa-

rollaron artropatías crónicas después de recibir tratamiento con BCG para el carcinoma de vejiga, uno de los cuales desarrolló el síndrome de Reiter. Los autores abordaron la cuestión de la “espada de doble filo” de la vacunación en pacientes que reciben BCG para el carcinoma de vejiga urinaria, lo que sugiere que estos pacientes deben ser conscientes de que podrían experimentar el desarrollo de la artritis y otros síntomas autoinmunes mediados después de la terapia con BCG. Los autores consideran la hipótesis de un fenómeno ‘Caballo de Troya’ de la vacunación, que significa que el don de la inmunización puede generar un ataque al organismo huésped desde dentro. Hay varias preocupaciones, especialmente con respecto a algunos antígenos inmunizantes genéticamente modificados que, al limitar las reacciones inmunes (y autoinmunes), también limitan de este modo los posibles efectos secundarios no deseados del procedimiento.

Además, dado que este tipo de eventos son más relevantes en individuos genéticamente susceptibles (tales como portadores de HLA-B27 y todos los pacientes conocidos previamente con condiciones autoinmunes), el tratamiento debe ser detenido rápidamente y el cribado HLA se debe realizar en pacientes considerados para BCG inmunoterapia.

## Otras vacunas y autoinmunidad

El inicio de la autoinmunidad después de la difteria / tétanos / tos ferina acelular, la tos ferina y la vacuna contra la polio (DTaP-IPV) es anecdótica, mientras hay varios informes de pacientes con complicaciones neurológicas en desarrollo. Hoffman et al., describen un caso que ejemplifica un vínculo entre estas dos condiciones, la presentación de informes en un paciente que desarrolló anti-NMDA receptor encefalitis, un reciente trastorno autoinmune mediado por anticuerpos donde se

describe a la NR1 subunidad del receptor de N-metil-D-aspartato, 24 horas después de recibir una vacunación de refuerzo contra (DTaP-IPV). El inicio de síntomas similares a virus poco después de la inmunización es intrigante y sugiere a la vacunación como un posible desencadenante de respuesta autoinmune. Otras vacunas relativamente seguras pueden llevar al desarrollo de enfermedades autoinmunes. Este es el caso de la hepatitis, una vacuna que puede desencadenar vasculitis incluyendo Schönlein Henoch (PSH). Por otro lado, la aparición de esta condición (sola o junto con otras enfermedades autoinmunes) se ha asociado con diversas vacunas incluyendo la influenza, vacunas de hepatitis B y neumococo. Desde que se demostró que se incrementó la producción de IL-10 significativamente después de la inmunización contra hepatitis A y que HSP (Sensibilidad Personal Aumentada) se asoció con elevación en suero de IL-10, se sugirió que la hepatitis A produce antigenicidad inducida de IL-10 que puede jugar un papel clave en el desarrollo de HSP vacunal inducido. Un negocio riesgoso podría ser la administración de vacunas a los sujetos que viven en las zonas de riesgo para las enfermedades específicas. Aquí, las preocupaciones se incrementaron incluso con las vacunas de rutina ya que las vacunas generalmente no llegan a la misma eficacia y seguridad, la vacuna suele ser voluntaria y dependiente de la voluntad de permanecer en esa área. No obstante, los casos de autoinmunidad después de las vacunaciones están presentes en la literatura, tales como la de una enfermedad de Kawasaki que se desarrolló en un joven que fue vacunado contra la fiebre amarilla. Dada la edad inusual del inicio de la enfermedad, los autores sugirieron una contribución clave de la vacuna en la aparición de la enfermedad manifiesta.

## Los casos de recaídas y exacerbaciones

La noción de que la interrupción de la vacuna aún con más impulso en los pacientes que inicialmente desarrollaron reacciones adversas siguientes a la primera vacuna inyectada es de hecho el apoyo de muchas observaciones clínicas. Los casos de recaídas y exacerbaciones de enfermedades reumáticas autoinmunes han sido reportados en la literatura, posteriormente a diferentes tipos de vacunas, incluyendo la gripe y la hepatitis B, lo que sugiere la reactividad cruzada o mecanismo de activación policlonal.

Como antes se menciona, Soriano et al. describen un caso de polimialgia reumática inducida por la vacuna contra la influenza en una paciente de edad avanzada que recayó dos años más tarde, después de una nueva administración de la vacuna contra la influenza estacional, mientras que la paciente se encontraba en remisión clínica. Konstantinou et al. informan de la ocurrencia de 2 episodios de leuco encefalitis en un paciente previamente sano, después de la vacunación y la revacunación con vacuna de la hepatitis B. Quiroz-Rothe et al. describen un caso después de la vacunación con polineuropatía parecido al síndrome Guillain Barré en un perro Rottweiler que sufrió dos episodios separados de polineuropatía aguda después de recibir dos vacunas diferentes (tanto adyuvante) y donde se demostró la presencia de anticuerpos contra mielina del nervio. No había otra exposición a sustancias tóxicas o trauma distintos de la vacunación. Con la vacuna contra la rabia inactivada que el perro había recibido 15 días antes se observaron los primeros signos clínicos. Tres meses más tarde (después de la remisión clínica inducida por esteroides) el perro se presentó con los mismos signos clínicos: la historia reveló que el perro había recibido 12 días antes una vacuna tetravalente con adyuvante inactivada de una vacuna diferente que no

incluía antígeno del virus de la rabia. También Gatto y coll. describen 6 casos de lupus sistémico después de la vacunación tetravalente contra el virus del papiloma humano (VPH). En los seis casos, se observaron varias características comunes. a saber: una susceptibilidad personal o familiar a la autoinmunidad y una respuesta adversa a una dosis previa de la vacuna, por lo que se asoció con un mayor riesgo de autoinmunidad post-vacunación completamente solapada. En uno de estos casos, mujer con 32 años de edad, fue diagnosticada con criterios clínicos de lupus sistémico. 10 C. Perricone et al. / Diario de autoinmunidad 47 (2013) 1E16 eritematoso después de la tercera vacunación con Gardasil. Su médico manifestó que en su historia no tenía nada especial antes de la vacunación, sin embargo, se observó leve debilidad, eritema malar facial y pérdida del cabello después de la primera vacunación (6 meses antes de la hospitalización); también, reacción local a la vacunación, fiebre, fatiga, erupciones cutáneas leves y artralgias fueron documentadas después de la segunda dosis, pero fueron mal interpretadas como un “resfriado común”.

## Producción de auto-anticuerpos post-vacunación

La producción después de la vacunación de auto-anticuerpos se ha convertido en uno de los criterios de seguridad de las vacunas. Abu-Shakra y sus colegas evaluaron 24 mujeres con LES que recibieron una vacuna contra la gripe.

Los anticuerpos que reaccionan con Sm, Sm / RNP, Ro y La antígenos se observaron 6 a 12 semanas después de la vacunación, y tres de seis pacientes desarrollaron inmunoglobulina G y M anticuerpos anticardiolipina, respectivamente. La producción de auto-anticuerpos (es decir, anticuerpo

antinuclear, aCL y anti-beta-2 glicoproteína 1). También en un estudio en 92 trabajadores médicos sanos después de la vacunación antigripal, Perdan-Pirkmajer et al. encontraron que la vacunación antigripal produjo cambios transitorios causados en los títulos de ANA (**Anticuerpo Anti Nucleares**), incluyendo el desarrollo de nuevos ANA y una elevación estadísticamente significativa en los tí-

*Un estudio de casos y controles, anidado dentro de la Investigación Base de datos de Medicina General en el Reino Unido, aportó resultados que fueron consistentes con la hipótesis de que la inmunización con la vacuna recombinante contra la hepatitis B se asocia con un mayor riesgo de EM.*

tulos cuando se consideraron las mujeres. Los anticuerpos de desconocida especificidad contra timo de conejo o extractos de bazo humanos después de la vacunación se encontraron en pacientes con AR y AS, respectivamente, como la vacuna podría inducir a aCL IgG / IgM. Confirmado lo anterior por estudios que mostraron altos títulos de anti-Sm, anti-Sm / ribonucleoproteína (RNP), anti-Ro y anti-La en pacientes con LES 6 semanas después de la vacunación de la gripe, en el estudio realizado por Perdan-Pirkmajer y compañeros de trabajo, los pacientes ANA positivos también tenían una tendencia a desarrollar más anti-ENA después de la vacunación.

## Consideraciones finales

A pesar de la enorme cantidad de dinero invertido en el estudio de las vacunas, hay pocos estudios observacionales y prácticamente tampoco ensayos clínicos no aleatorios que documenten el efecto sobre la mortalidad de cualquiera de



# Los tribunales confirmaron que la vacuna Triple Vírica causa autismo

Fuente: <http://despiertavivimosenunamentira.com/la-vacuna-triple-viral-srp-causa-autismo/>

## Conclusión: ¡¡hay un vínculo entre el autismo y la vacuna triple vírica!

No se oye nada al respecto en los medios de comunicación, acerca de lo que ha dictaminado “*El Tribunal de las Vacunas*”, el nuevo gobierno federal ha reconocido, aunque muy discretamente, que la combinación de la Vacuna Triple Vírica de sarampión, paperas y rubéola, en una sola vacuna realmente causa el autismo.

En un dictamen publicado recientemente, parte del cual había sido censurado a parte del público, un joven recibió cientos de miles de dólares de indemnización después de que la administración de esta vacuna le condujo a una diagnóstico confirmado de trastorno del espectro autista (TEA).

Los padres de Ryan Mojabi, de diez años, dicen que primero sufrió de encefalopatía después de haber sido vacunado contra MMR, el 19 de diciembre de 2003.

La encefalopatía es una reacción adversa a las vacunas reconocida, y una reacción que los tribunales de vacunas ya habían vinculado a las vacunas. De acuerdo con los padres de Ryan, la vacuna combinada contra el sarampión, paperas y rubéola causó la encefalopatía su hijo, que se manifiesta como “*disfunciones neuro-inmunológicas*” en forma de asma y problemas de autismo.

Después de caminar de un tribunal a otro, donde Ryan finalmente fue escuchado por las Actas de la corte, se dio a conocer que el autismo ómnibus

es un efecto secundario de esta administración intravenosa, de acuerdo con el Huffington Post.

Y, al final, el gobierno federal acordó que la encefalopatía de Ryan fue causada por el combinado sarampión, paperas y rubéola, una decisión histórica que confirma lo que se encontró el Dr. Andrew Wakefield después de más de 15 años de estudio de los trastornos intestinales en los niños que recibieron la vacuna triple vírica.

Es de particular interés en este caso que los documentos de la concesión por parte del gobierno se mantendrán sellados. Mientras que la corte y el gobierno en general han admitido abiertamente que la vacuna triple vírica, que combina el sarampión, las paperas y la rubéola causó la encefalitis Ryan, pero no han hecho mención pública sobre el trastorno de autismo que también sufre el joven.

Pero el hecho de que estos documentos estén censurados muestra que el gobierno está ocultando algo muy importante para el público, algo que sin duda tiene que ver con el vínculo entre la vacuna contra el sarampión, las paperas, la rubéola combinados y el autismo.

Los padres de todas partes están muy preocupados por el dictamen que ha expuesto el Tribunal sobre la triple vírica y el autismo.

En un caso similar oído en el mismo mes, el joven Emily Moller de Houston, Texas, también recibió una gran compensación por los problemas derivados de la vacuna combinada contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Según los informes, Emily experimentó una reacción grave después de recibir no sólo el sarampión, paperas, rubéola juntos, sino también vacunas contra la DPT (difteria, tétanos y tos ferina), Hib y Prevnar. Al igual que en el caso de Ryan, el gobierno reconoció que estas vacunas han causado el autismo y otras cuestiones de desarrollo y Emily.

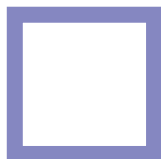
Estos dos casos, combinados con numerosos estudios publicados en los Estados Unidos, América del Sur y Europa, muestran que la vacuna combinada contra el sarampión, paperas y rubéola no es la vacuna inocua que la industria médica convencional afirma que sea.

De hecho, todo lo que el Dr. Wakefield se encontró a finales de 1990 sobre el sarampión, paperas, rubéola juntos, son conclusiones que le costaron su carrera y reputación, y que por otra parte, ahora resultan ser una verdad innegable.

“*No cabe duda de que las vacunas pueden causar y de hecho causan autismo*”, dijo recientemente el Dr. Wakefield en su casa de Austin, Texas.

“*En estos niños, la evidencia de efectos adversos sobre el daño cerebral a raíz de la vacuna combinada contra el sarampión, paperas y rubéola que luego progresa a un diagnóstico de autismo es convincente. Ahora es una cuestión de número de muertos. Los gobiernos deben dejar de jugar con las palabras, mientras que los niños siguen siendo dañados. Mi esperanza es que el reconocimiento de las enfermedades intestinales en los niños dará lugar al alivio de su sufrimiento*”. ■

# Medicamentos, investigación y alto costo: ¿beneficio público o interés privado?



Autor: Oscar Lanza

E-mail: [olanzav@gmail.com](mailto:olanzav@gmail.com) (Bolivia)

Publicado en Nueva Tribuna, Madrid (España), 22 de Agosto de 2016

*A partir de este número de la revista publicaremos artículos elaborados por Oscar Lanza, que hemos considerado interesantes por los vínculos existentes entre la industria farmacológica y la economía.*

## Introducción

El elevado costo de los medicamentos y de los nuevos agentes biológicos interfiere en el ejercicio del Derecho a la Salud y tienen un impacto abrumador sobre los presupuestos de salud. Esta situación generada por la avaricia de ganancias de las empresas farmacéuticas refleja en buena medida, que los altos precios de los medicamentos están siendo legitimados por los políticos que permiten y toleran este problema, poniendo en evidencia la imprudente interferencia con la atención de salud eficiente, por parte de empresas con fines de lucro. Por ello, recientemente Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en una resolución adoptada el 1 de julio 2016, ha reconocido que el acceso a los medicamentos es “uno de los elementos fundamentales para lograr progresivamente la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y salud mental”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al menos un tercio de la población mundial no tiene acceso regular a los medicamentos. La situación es más que preocupante en el caso de los países menos desa-

rollados, donde entre el 50 y el 90% del gasto privado en salud se utiliza para el pago de medicamentos esenciales<sup>1</sup>.

La indiferencia de los tomadores de decisión para afrontar algunos temas de trascendentes de salud, como el presente, hace que, por ejemplo, se conozca poco acerca del costo real necesario para desarrollar un nuevo medicamento y/o para la innovación lo que plantea la necesidad de contar con más investigación y evidencia para la toma de decisiones. Así, las autoridades mismas ven debilitada su capacidad para intervenir con solvencia y evidencia en la fijación de precios, para que resulten asequibles a las personas, buscando una relación “calidad-precio” que sea razonable y fortalecer el ejercicio del Derecho a la Salud. A nivel global se registra un acceso discriminatorio a medicamentos según la ubicación geográfica o la situación económica de las poblaciones y amplía aún más las existentes desigualdades e inequidades en salud.

El asumir una responsabilidad de autoridad en salud, implica privilegios, pero también responsabilidad social para asegurar mayor justicia social, decisiones basadas en evidencia, escrutinio público, rendición de

cuentas de sus acciones, transparencia, apertura para la evaluación y gestión de riesgos, fortalecer la capacidad de análisis independiente sobre los costes reales de la investigación y desarrollo, en este caso en relación a los fármacos. Si no se presta suficiente atención a estos aspectos no se protege el Derecho a la Salud y no se puede alcanzar la confianza ciudadana en las autoridades y tampoco promover el acceso efectivo a medicamentos.

## Patentes y el precio de medicamentos

Cuando se desarrolla un nuevo fármaco y es puesto en el mercado, este, está protegido por una patente, que se entiende como el conjunto de derechos exclusivos concedidos por un estado al inventor de un nuevo producto que es susceptible de ser explotado comercialmente, por un período limitado de tiempo, a cambio de la divulgación de la invención.

La protección de patentes se enmarca dentro de las normas de propiedad industrial, que forman parte del régimen de propiedad intelectual. La patente resulta un artificio legal



para asegurar monopolios de producción y el negocio sobre productos por un tiempo estipulado. Esto hace que los productos patentados resulten más caros que los no patentados, pues la patente permite asignarle un buen precio y no infrecuentemente un precio exagerado y abusivo, hasta que expire la misma y la competencia pueda producirlo cuando ya no está protegido, o bien surja un producto genérico.

El acceso a medicamentos debe examinarse no solo desde la perspectiva del acceso a los medicamentos existentes, muchos de cuales aumentan su precio sin suficiente explicación, pero también desde la perspectiva del desarrollo y el acceso a nuevos medicamentos en los que intervienen factores tales como la innovación, la asequibilidad, disponibilidad entre otros.

Si bien los países en desarrollo pueden hacer uso de flexibilidades previstas para las patentes, en los países en vías de desarrollo la presión por parte de los países desarrollados es mayor para que no adopten estas flexibilidades, en una suerte de doble discurso, que afecta el derecho a la salud. Las flexibilidades son salvaguardias que los países pueden incluir en sus legislaciones para favorecer el acceso a medicamentos arguyendo razones de interés para la salud pública, como ser licencias obligatorias que son una autorización concedida por el estado para el uso de la invención patentada sin el consentimiento del titular de la patente, o bien la importación paralela que permite importar un producto protegido de un país donde el medicamento haya sido puesto en el mercado por el titular de la patente o por terceros autorizados por él, al comercializar el producto en el país exportador los derechos del titular de la patente ya fueron reconocidos, no habiendo, por tanto, justificación para que el titular sea de nuevo recompensado en el país importador.

## La investigación médica y el precio de los medicamentos

Se estima que el 41 % de la investigación médica y desarrollo (I+D) a nivel mundial son subvencionados con fondos públicos<sup>2</sup>. La investigación y desarrollo de nuevas vacunas, medicamentos e instrumentos de diagnóstico son a menudo realizados en universidades y otras instituciones de investigación pública, pero luego resulta que las patentes benefician al sector privado. Muchos medicamentos para el SIDA, por ejemplo, fueron desarrollados en laboratorios públicos y después explotados por laboratorios privados. Por ello, surgen preguntas como ser: ¿ la investigación y desarrollo responden y aportan genuinamente al interés público o más bien van, sesgadamente a favorecer el interés privado?, ¿Cuál es el beneficio de la ciencia y el desarrollo de medicamentos innovadores si la mayoría de las personas no pueden pagarlos?.

Las patentes son consideradas, no por pocos, como la base de una “colaboración eficiente” entre universidades (que se encargan, en buena parte, de la Investigación y el desarrollo) y las compañías (que al comercializar los descubrimientos se favorecen de los fondos públicos, para poner en el mercado los productos).

En el actual sistema, el fabricante fija el precio y “secuestra” la producción de fármacos a través de los patentes por 20 años y así representan un símbolo de “ciencia en el interés (industrial) privado”. El Premio Nobel Joseph Stiglitz se refiere a los derechos de propiedad intelectual como la “cerradura o candado al acceso del conocimiento”. Así, junto a las publicaciones, las patentes se han convertido hoy en un segundo patrón para el éxito de la investigación científica.

Mientras la investigación médica básica, en su mayoría, es conducida en instituciones de investigación pública,

las compañías farmacéuticas son luego los principales responsables por el desarrollo de un medicamento hasta que esté listo para explotarlo en el mercado. Bajo esta óptica, las enfermedades que afectan principalmente a personas pobres, no son del interés de las industrias farmacéuticas para producirlos, ni objeto de su investigación, ya que su objetivo está dirigido a la producción de medicamentos comerciales para patologías prevalentes en poblaciones de países ricos.

De esta forma, hoy afrontamos una serie de “enfermedades desatendidas” (enfermedades que reciben poca atención y se ven postergadas

*Según la Organización Mundial de la Salud, al menos un tercio de la población mundial no tiene acceso regular a los medicamentos*

en las prioridades de la salud pública porque los afectados son poblaciones pobres del mundo en desarrollo que carecen de influencia política y viven en países de bajos ingresos) y de “medicamentos huérfanos” (fármacos que no son desarrollados por la industria farmacéutica, al no ser de su interés por razones económicas, pero que son necesarios para responder a necesidades sentidas de salud pública). La afirmación de un alto ejecutivo de la farmacéutica alemana Bayer, confirma la posición de la industria sobre estos temas al sostener que “no producimos medicamentos para los indios. Los producimos para los pacientes occidentales que pueden permitírselos”<sup>4</sup>.

## Medicamentos de alto precio

Si un medicamento tiene un exorbitante precio al público es también debido al hecho que las agencias reguladoras de medicamentos, las autoridades estatales y los gobiernos lo toleran, evidenciando un fallo del sistema. Estas autoridades

deberían generar, a través de la investigación, mayor información que justifique autorizar o tolerar el alto costo de los medicamentos. La creciente aparición y comercialización de medicamentos de alto precio para muchas enfermedades, exige cambios radicales en el modelo comercial actual vigente referente a la investigación, el desarrollo y la comercialización de fármacos.

Diversas estrategias han sido planteadas para tener precios más razonables de los medicamentos y facilitar su asequibilidad, tales como las licencias obligatorias, importaciones paralelas, ya antes mencionadas, además de un sistema de precios diferenciales que es esencialmente un sistema de discriminación de precios, buscando establecer precios diferentes para el mismo producto, planteando que el coste de la innovación y la publicidad de un nuevo producto sea sufragado por los países desarrollados, y que los países menos desarrollados tan sólo paguen el coste directo del tratamiento.

Algunos estiman que los beneficios de la industria sobrepasan el 20%, un margen de utilidad tan alto que no tienen otras industrias como son las financieras y del armamento. A ello se suma que el 80% de fármacos sólo sirven como tratamiento en lugar de

curar, para así hacerlos más rentables<sup>3</sup>. Los crecientes costos de salud se convierten en la principal causa de la pobreza inducida, empujando a cerca de 150 millones de personas al empobrecimiento cada año<sup>5</sup>, aspecto que al ser tolerado, promueve la deshumanización de la medicina. La investigación y el desarrollo en el campo de la salud deben estar orientados a responder a las necesidades del ser humano, deben estar guiados por principios básicos de respeto a la vida, la eficacia, la eficiencia, la asequibilidad y la equidad, y deben ser considerados como una responsabilidad compartida basada en la evidencia.

## Referencias y bibliografía

- <sup>1</sup> Joan Costa Font, Elsevier- Rev. Farmacia Profesional, Vol. 17. Núm. 11. Diciembre 2003 – España. <http://w.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-precios-diferenciales-1305624>
- <sup>2</sup> BUKO - Investigación médica: La ciencia en el interés público “Licencias Justas” para resultados de investigaciones financiados con fondos públicos – Alemania 2009.

- <sup>3</sup> Velasquez German Dempeus per la salut Publica. <https://dempeuserlasalut.wordpress.com/.../27> 2011 (España)
- <sup>4</sup> Marijn Dekkers, Revista Bloomberg Business Week.London.UK. December 3rd.2013.
- <sup>5</sup> Kanaga Raja - Access to medicines fundamental to achieving right to health–South Centre – Geneva (Switzerland). August 2016.

## Para mayor información

- JUSTICIA, SALUD & DESARROLLO (Bolivia).
- Movimiento por la Salud de los Pueblos – PHM - (Bolivia).
- Red Internacional Grupos Alimentación Infantil IBFAN (Bolivia).
- Llamado Global de Acción Contra la Pobreza (GCAP Bolivia).
- Comité Defensa Derechos del Consumidor (CODEDCO Bolivia).
- Red IDESAL (Bolivia).
- Telefax: (591 2) 725 15932
- E-mail: oscarlvd@gmail.com
- La Paz – Bolivia.



Pintura de Isabel Pérez (Mirp)

# Libertad de vacunación en Europa



Conferencia dada por la Dra. Françoise Joët en 2013 en Girona.  
E-mail: [françoise.joet@sfr.fr](mailto:françoise.joet@sfr.fr) (Francia)

Cuando hablamos de vacunas, nos referimos a un acto ritual planetario, practicado sistemáticamente en todos los países del mundo y que se ha ido ampliando desde hace dos siglos, a pesar de la desaprobación de una gran parte de la comunidad científica y de una gran parte de la población. En efecto, en todas partes existen grupos de oposición que ponen en tela de juicio el valor de las vacunas a nivel científico y sobre todo, piden una libre elección. Este fenómeno de la vacunación llegó a ser un verdadero lastre liberticida, puesto que las presiones para vacunar a toda la población mundial se hacen cada vez más fuertes.

Aunque muchos países intentan mantener una tradición democrática, frente a los dictados de la poderosa industria farmacéutica y de sus acólitos vacunistas, no logran preservar y dar peso a la libertad individual, violando por consecuencia todos los textos que garantizan las libertades fundamentales del hombre.

Nadie puede escapar a las vacunaciones: se imponen a los recién nacidos, a los adolescentes, a los adultos –sobre todo si viajan– a los mayores –sobre todo si están encerrados en instituciones. Una situación que no se ha visto nunca en el pasado en ninguna otra circunstancia. Me pregunto entonces si estamos viviendo un momento histórico de gran fervor y de obediencia total a unos preceptos religiosos universales, beneficiosos para la humanidad o si estamos viviendo la más perniciosa de las dictaduras, una dictadura con máscara de filantropía.

## Veamos la situación en Europa

La Unión Europea comprende ahora 27 estados que políticamente e históricamente tienen notables diferencias. Si el nivel de vida es un poco parecido, hay factores económicos y sociales que aportan algunas variables, como la presencia o no de laboratorios farmacéuticos y de fabricantes de vacunas.

De todas formas, desde el año 1950, Bruselas nunca dio consignas armonizadas a favor de una política sanitaria común. Resulta que cada país es más o menos autónomo en cuanto a la gestión de la salud pública. Sin embargo, la necesidad de coordinar las políticas sanitarias en la unión fue subrayada por la Comisión Europea que quiso promover la emergencia de una “Política europea de la salud” en cierto modo “estándar”, pero sin intervenir en las competencias y prerrogativas de los estados miembros. El lanzamiento de la campaña de vacunación contra la gripe A, el año pasado, mostró el fracaso de esta política uniformadora que generó en ciertos países un verdadero boicot. Sin embargo cada año, en ocasión de la semana europea de vacunación, el Centro Europeo de Prevención de Enfermedades (ECDC) lanza proyectos para elaborar una política común europea de vacunación (con los mismos calendarios, las mismas vacunas, las mismas dosis, la misma propaganda, la misma actitud del cuerpo médico, etc...).

En realidad a nivel de vacunas, hasta ahora, los países miembros obe-

decen a la OMS, pero cada uno hace lo que quiere. De hecho aparecen varias discrepancias, en particular en los calendarios vacunales, en el número de vacunas obligatorias o recomendadas, en los procesos de control de las vacunaciones, en la rigidez de las sanciones...

No puedo aquí hacer una relación completa de las diferentes situaciones en Europa, me contentaré con evocar los puntos más relevantes.

### Hay que distinguir tres categorías de países:

**1. Los países nórdicos** como Inglaterra, Islandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Finlandia, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, Holanda. A estos países hace falta añadir España que aunque esté ubicada en el sur, forma parte de los países que no tienen leyes de obligación. De hecho, dichos países han suprimido todas las obligaciones legales, esencialmente porque la obligación no cuadraba con las leyes democráticas. Excepto Bélgica que conservó una obligación de vacuna contra la polio, sin justificación epidemiológica, sin duda para rendir homenaje al Profesor SABIN, que inventó la vacuna oral y que era belga.

Si estos países no tienen obligación, sí que tienen un sistema muy coercitivo de control y de presión sobre la gente (visita de las comadronas en casa de los recién nacidos, médicos retribuidos según el número de vacunas realizadas, administración muy puntillosa...). Así que las recomenda-

ciones pasan por ser obligaciones en la mente del público y las coberturas vacunales se acercan a los 90% para casi todas las vacunas de rutina. Finlandia por ejemplo, tiene el sistema más apremiante, es el país que más vacuna, y es el país donde se hacen el mayor número de ensayos de vacunas en Europa.

**2. Los países del antiguo bloque soviético** que se han integrado en la Unión recientemente. Estos países fueron marcados por una política de vacunaciones intransigente durante el comunismo y conservan todavía este espíritu en sus estructuras sanitarias hoy día.

Por ejemplo en **Eslovenia** son 9 las vacunas obligatorias. Si los padres presentan un certificado de contra-indicación valedero deben pasar delante de un juzgado que va a determinar si la contra-indicación se justifica. Muchas veces, el juzgado rechaza la contra-indicación sin motivo realmente científico, sólo porque la persona no manifiesta un estado de ánimo “solidario”. Esto es el fruto de una perversión mental que consiste en hacer creer que el interés de los individuos se confunde con el interés del grupo, que es en realidad el interés del dominante. El propósito es crear una especie de “cárcel modelo” que prescinde de guardias ya que cada uno es para el vecino, al mismo tiempo, un juez y un sospechoso. De ahí las denuncias y las persecuciones de los que no se conforman con el modelo establecido.

En **Croacia**, son 11 las vacunas obligatorias, igual en La república Checa, en Polonia, Hungría, Bulgaria, Rumania, Eslovaquia, con una vacuna suplementaria contra la encefalitis debida a garrapatas, enfermedad frecuente en estas zonas. Me han dicho que en los países bálticos y en Rusia y Bielorrusia, están liberalizando la política vacunal introduciendo cierta flexibilidad. Pero me lo dudo porque Estonia, por ejemplo, posee un sector de biotecnologías muy desarrollado y acaba de lanzar una vacuna contra el pretendido virus HIV.

Sin embargo, al consultar el informe redactado por un grupo de expertos europeos involucrados en el proyecto **VENICE** del año 2007 y que trata de los programas de inmunización europeos, observamos que en casi todos los países recientemente integrados en la Unión Europea, todas las vacunas de rutina son obligatorias, incluso la BCG para los recién nacidos. Y resulta que la cobertura alcanza un promedio de 99%. En la mayoría de dichos países, existen multas para los que se niegan a vacunarse.

A pesar de todo, unos movimientos de protesta empiezan a manifestarse, y no debemos olvidar que Polonia y la República Checa rechazaron oficialmente la vacuna contra la gripe A.

**3. Los países mediterráneos.** Portugal, Italia, Grecia, Francia conservan obligaciones, en virtud de leyes que remontan a los años anteriores a la segunda guerra mundial. Pero, si en **FRANCIA** el sistema es muy apremiante, parece que en los otros países haya menos apremios. En Francia, son tres las vacunas obligatorias para los niños y cinco para los profesionales de la salud. Además, se decidió en Francia, en el año 2007, un aumento de las sanciones: la multa pasó a 3.750 €, y se completa con una pena de prisión de 6 meses en caso de no cumplir con la obligación. No vacunarse viene a ser un delito penal, como si fuera lo mismo que cometer un acto sangriento.

En **ITALIA** se promulgó, en 1998, un decreto que autoriza a los alumnos no vacunados la frecuentación de la escuela. Además, en la región de Venecia, en el año 2007, todas las vacunas se han vuelto facultativas. Recientemente, los tribunales han revisado las leyes vacunales reforzando la libertad individual: hoy día, casi todas las regiones italianas, incluyendo Cerdeña, han renunciado a las sanciones económicas por ausencia de vacunas. Otro elemento importante, el año pasado, el tribunal de apelación de Nápoles ha confirmado que las leyes de obligación vacunal no debían ser “coercitivas”, es decir, que

no deben permitir “excluir a los niños de la escuela” o “quitar a los padres la autoridad parental”. Podemos señalar que el ayuntamiento de Verona se ha implicado en el combate de Giorgio TREMANTE, instalando un letrero en un parque en recuerdo de sus dos hijos muertos después de la vacuna contra la polio. El letrero dice que los niños murieron a causa de “**una vacuna obligatoria**”. Eso muestra que las autoridades del municipio toman en cuenta la existencia de los efectos secundarios de las vacunas y de las víctimas. A pesar de eso, los italianos fueron los primeros en imponer la vacuna contra la hepatitis B que se volvió obligatoria en 1993, bajo el impulso de un ministro corrupto.

En **GRECIA**, para frecuentar la escuela, son 14 las vacunas obligatorias previstas en el programa nacional. La única contraindicación aceptada es una contraindicación médica. Pero en muchos lugares no hay sanciones por ausencia de vacunas. Ahora bien, la realidad cotidiana no se conoce bien. Sin embargo, actualmente está circulando una petición llevada por la asociación ARNICA a favor de la libertad de las vacunaciones en Grecia. La han presentado al Ministerio de sanidad, al ministerio de educación y al comité de vacunación. Esta campaña se está ampliando cada día más, signo de una rebelión profunda dentro de la población.

En **PORTUGAL** recomiendan fuertemente 8 vacunas (polio, tétanos, difteria, BCG, triple vírica, tos ferina). Se promulgó un decreto-ley en 1962 que imponía dos vacunas: tétanos y difteria. Y progresivamente se intensificaron las presiones para recomendar fuertemente toda la serie de vacunas para los niños. Y los padres se creen que todas son obligatorias. Los padres raros que se niegan a vacunar, son objeto de fuertes presiones psicológicas y finalmente tienen que firmar una declaración de responsabilidad para escapar a la obligación. Resulta que es muy difícil que un niño no vacunado pueda entrar en la escuela.

Conviene añadir que, en casi todos los países, los reglamentos administrativos establecen obligaciones indirectas para imponer las vacunas en todas las colectividades de niños.

## Para concluir

**D**iremos que en cualquier país que sea, el ciudadano puede ser acosado y encontrarse sin ningún apoyo para defenderse, para

afirmar sus derechos a una libre elección, para expresar un consentimiento informado. Sólo las personas que se han enterado y que tienen información completa pueden defenderse, los demás suelen capitular, entran en el rebaño y se dejan vacunar sin saber nada de lo que les están haciendo.

Por lo tanto es muy importante establecer EL DERECHO A NO VACUNARSE lo que llamamos en Francia la obtención de “une clause de conscience” es decir el respeto de la libertad de conciencia, el respeto

de disponer libremente de su propio cuerpo, el respeto de la integridad física, el respeto de la vida privada.

Sera difícil, pero se logrará, gracias en particular al tipo de intervención que propone el defensor del pueblo de Girona que quiero saludar y agradecer. Comprender que una sociedad sólo es fuerte si sus ciudadanos son libres, es un signo de gran madurez y sabiduría. Y todos aquí tenemos nuestro papel que desempeñar para alcanzar esta meta. ■

# La Liga responde – Enterovirus y medidas higiénicas

**D**esde hace ya unas semanas estamos viviendo un brote de encefalitis por enterovirus poco habitual por los daños causados en algunas personas.

Han sido una cincuentena de personas afectadas entre 9 meses y 5 años, el 50% ha sido ingresada y se ha producido 1 muerte y 2 personas con tetraplejía o parálisis de las cuatro extremidades.

Los enterovirus son unos virus que viven en nuestro cuerpo, especialmente localizados en nuestras mucosas digestivas.

Los más conocidos son los poliovirus, los echovirus y los coxsackie. Se han identificado más de 100 serotipos diferentes.

Se manifiestan habitualmente en las temporadas cálidas en forma de diarreas o de procesos gripales. Se reproducen velozmente en un medio ácido (pH= 3 ó 4).

Tienen una alta capacidad de mutar o de cambiar según en las condiciones que se encuentren.

La más extendida enteroviriosis en España fue la padecida en los años

1945-1965, conocida como Poliomielititis.

Estas enteroviriosis pueden evolucionar en dos fases. La primera se puede manifestar en forma digestiva (diarrea) o gripal (resfriado).

Si se complica puede pasar a la segunda fase que es la lesión meningoencefálica (somnolencia, parálisis o fallecimiento).

En la reunión de Roma de 1960, revisando las circunstancias que hicieron posible las complicaciones de la poliovirus, aprendimos una lección.

En esta reunión se afirmó que las complicaciones meningoencefálicas de la polio aparecieron por las medidas farmacológicas y quirúrgicas sanitarias aplicadas en su momento.

Por lo tanto, en estos momentos las medidas sanitarias más interesantes a tener en cuenta son:

1. Ante los procesos de diarrea y respiratorios propios de esta primavera intensa No utilizar los Antibióticos, los Antitérmicos, los Antiinflamatorios ni los Antidiarreicos.

2. Mantener a las niñas y a los niños en Casa con cuidados sencillos y no químicos.

3. No visitarse en el hospital sistemáticamente. Utilizar el Servicio Domestico para así evitar contaminaciones hospitalarias innecesarias.

4. Parar o aminorar las Campañas de Vacunación sobre todo con vacunas virales (hepatitis A y B, sarampión, paperas, rubéola, gripe, polio, etc.) hasta que pase el brote.

5. No utilizar la punción lumbar salvo que sea imprescindible durante este período de brote.

6. La Alimentación, durante los días necesarios, que sea exclusivamente vegetal (verduras, frutas, tubérculos, caldo vegetales, zumos, legumbres frescas y cereales integrales) si se dan las manifestaciones digestivas y o gripales.

24 de Mayo de 2016  
Liga por la Libertad de Vacunación

# Vacuna Papiloma Humano

## Preguntas dirigidas a la European Medicines Agency (EMA)

(Traducción AAVP).

# AAVP

ASOCIACIÓN DE AFECTADAS POR LA VACUNA DEL PAPILOMA

email: [informacion.aavp@gmail.com](mailto:informacion.aavp@gmail.com)

web: <http://aavp.es>

**H**ay un creciente número de adolescentes gravemente enfermas después de la vacunación contra el VPH. En consecuencia, muchos padres, médicos generalistas, especialistas médicos (incluyendo cardiólogos, ginecólogos, inmunólogos, neurólogos, reumatólogos, patólogos, etc.) y científicos (bioquímicos, neurocientíficos, etc.) de todo el mundo están en desacuerdo con las conclusiones de la EMA de que los beneficios de las vacunas contra el VPH (Cervarix/Gardasil) que actualmente se ofrecen a las jóvenes para prevenir el cáncer de cuello uterino superan a los riesgos.

Es una regla comúnmente aceptada que los riesgos de las intervenciones preventivas que se ofrecen a las personas sanas deberían ser próximas a cero. Una cantidad emergente de la literatura revisada por pares sugiere que este no es el caso con Gardasil y Cervarix, las cuales contienen aluminio como adyuvante.

Por otra parte, es bien sabido que las autoridades sanitarias tienen más datos para la evaluación del riesgo/beneficio de lo que puede encontrarse en la literatura publicada. En consecuencia, el grupo en continua expansión de legos y profesionales académicos desean hacer las siguientes preguntas, divididas en cuestiones de gran preocupación y otras cuestiones.

## Principales puntos preocupantes

### I. Cuestiones farmacéuticas

Se ha mostrado que la vacuna contra el VPH (Gardasil) contiene impurezas de ADN que se han relacionado con eventos adversos mortales (eventos adversos graves, p. ej. Ref.: Lee SH, 2012a Avances Biosci Biotech 3: 1214-24; Lee SH, 2012b J InorgChem 112: 85-92; Lee SH, 2013 BiolChemAvances 3: 76-85).

¿Cuál es el impacto de estos pertinentes hallazgos en la relación beneficio/riesgo? ¿No debería reconsiderarse la autorización de comercialización?

Ver reciente carta abierta de queja a la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan,

– <http://sanevax.org/wp-content/uploads/2016/01/Allegations-of-Scientific-Misconduct-by-GACVS.pdf>.

### II. Cuestiones preclínicas

**a.** ¿Cuál es la DL50 del aluminio? ¿Cómo se compara con la cantidad de aluminio presente en las vacunas contra el VPH?

**b.** ¿Se ha demostrado que el aluminio es seguro en modelos animales cuando se aplica por vía parenteral (es decir, por vía subcutánea, intramuscular, intraperitoneal o intravenosa) a dosis equivalentes a la exposición en humanos? Si no es así ¿qué reacciones tóxicas se han encontrado?

**c.** En base a la literatura, el aluminio está implicado en el “síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes (síndrome ASIA)” (p. ej. Ref.: Schoenfeld Y & Aron-Maor A, 2000, J Autoimmun 14: 1-10; Schoenfeld Y & Agmon-Levin N, 2011, J Autoimmun 36: 4-8). Este síndrome ha sido descrito en varios modelos animales (Ref., libro “Vacunas y autoinmunidad” 2015, editado por Schoenfeld Y, Agmon-Levin N & Tomljenovic L, pp. 35-41).

¿Se ha reconocido la posibilidad del síndrome ASIA inducido por aluminio antes de la aprobación de la autorización de comercialización de Cervarix o Gardasil, o en algún momento después? ¿Estos resultados tienen alguna implicación en la seguridad para humanos? En caso afirmativo ¿cuál?

### III. Cuestiones clínicas

#### Seguridad: POTS, CRPS y síntomas coexistentes

a. ¿Por qué los funcionarios sanitarios han evaluado únicamente unos pocos síntomas distintos (POTS, CRPS) a pesar del hecho de que en la mayoría de los casos generalmente hay varios otros síntomas coexistentes?

No es sorprendente aprender del informe de la EMA que los criterios de POTS/CRPS no se cumplen en todos los casos. En el ámbito clínico, hay un gran número de personas que han enfermado gravemente después de haber sido vacunadas, independientemente de que los criterios de diagnóstico para POTS/CRPS se cumplan o no. Una amplia variedad de eventos adversos graves informados a los funcionarios sanitarios ha sido publicada en revistas revisadas por pares (p. ej. Ref.:Chang J et al, 2011, *J NeurolNeurosurg Psychiatry* 82 (11):1296-304; Chao C et al, 2011, *J Intern Med* 271: 193-203; Colafrancesco S et al, 2013, *Am J ReprodImmunol* 70: 309-16; Das A et al, 2008, *Med J Aust* 189:178; Di Mario FJ et al, 2010, *J Child Neurol* 25: 321-7).

Por lo tanto, para estimar la relación global de beneficio/riesgo, ¿no deberían evaluarse los diferentes eventos adversos graves (experimentados por adolescentes previamente sanas) como un grupo de síntomas post-vacunación (en lugar de centrarse únicamente en un solo síntoma cada vez)?

b. Ya que el criterio diagnóstico para el CRPS no se estableció hasta 2010 (Refs. 1,2 en el informe de la EMA para POTS, CRPS) ¿cómo se determinó la tasa de fondo para esta afección?

c. Presumiblemente los datos para la tasa de fondo referida en el informe de la EMA se recogieron en los Países Bajos por de Mos y colaboradores (Ref. 5 en el informe EMA); ¿puede

considerarse esta como estimación fiable de la tasa de fondo en cualquier otro país? ¿Tienen las autoridades sanitarias estadísticas relevantes disponibles de otros estados miembros o de otros países (p. ej. Estados Unidos, Japón) para la comparación? En otras palabras, ¿no debería de conocerse en la población general la posible variación en la incidencia de CRPS en diferentes regiones/países antes de sacar conclusiones definitivas de los riesgos de CRPS relacionados con las vacunas VPH?

#### Seguridad: Toxicidad reproductiva

a. ¿Podría haber una causalidad real entre la vacunación VPH y la insuficiencia ovárica prematura como se ha sugerido en una serie de casos clínicos publicados? Por ejemplo: Colafrancesco S et al, 2013, *Am J ReprodImmunol* 70: 309-16; Poco DT & Ward HR, 2014, *J Investig Med High Impact Case Report* 28 (2): 1-12, – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26425627> – <http://hic.sagepub.com/content/2/4/2324709614556129.full> – <http://www.acpeds.org/the-college-speaks/position-statements/health-issues/new-concerns-about-the-human-papillomavirus-vaccine>

¿Hay algún estudio preclínico (no publicado) donde se haya investigado la capacidad ovárica a largo plazo y la duración de la función ovárica en ratas hembras vacunadas u otros animales?

b. En el caso de una posible causalidad entre la vacunación contra el VPH y la insuficiencia ovárica prematura uno esperaría ver un aumento de anomalías congénitas y de la tasa de abortos. Los ovarios envejecidos prematuramente tendrían una mayor probabilidad de producir óvulos con defectos tales como trisomías, es decir, anomalías cromosómicas. Tam-

bién sería de esperar que el aumento de anomalías cromosómicas se asocie con un aumento en la tasa de abortos. ¿Se ha observado tal tendencia en algún estudio preclínico/clínico o durante la vigilancia post-comercialización? ¿Hay datos clínicos disponibles para revisión pública? (ver también apartado V. a).

#### Seguridad: Causalidad y fiabilidad de los datos sobre seguridad

a. Hay varios casos en los que los síntomas han aumentado después de cada dosis de refuerzo (ver p. ej. Cervarix: ¿Mi vida alguna vez será normal de nuevo? Cambios que alteran la vida de mi hija después de Gardasil, Daños por Gardasil: No más excusas, necesitamos respuestas). ¿No deberían considerarse estos casos, con una clara dosis-respuesta entre los síntomas y número de vacunaciones, como prueba directa de verdadera causalidad? ¿No deberían estar contraindicadas las dosis adicionales cuando la persona vacunada ha experimentado reacciones adversas inesperadas, como se aconseja en la literatura médica? – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20541691>

b. ¿Se ha estudiado de forma fiable la seguridad de las vacunas contra el VPH en alguno de los ensayos llevados a cabo - es decir, utilizando una solución salina inerte como placebo y mediante la realización de un seguimiento activo (no sólo pasivo) de la seguridad?

Hasta donde sabemos, las vacunas placebo (que se han utilizado en la mayoría de los ensayos clínicos) han contenido aluminio y otros excipientes, que pueden inducir efectos perjudiciales sin los componentes activos (antígenos) de la vacuna (véase también el punto II.c anterior). Por tanto, las comparaciones entre tales grupos activo y placebo no pueden esperarse que demuestren nada sobre la seguridad de las vacunas VPH. Por tanto, la calidad de los datos de seguridad no

es convincente. La escasa fiabilidad de los datos de seguridad se enfatiza aún más con la idea de que los datos de seguridad de los ensayos clínicos se basan en un seguimiento pasivo, el cual comúnmente se cree que revela solamente el 1-10% de todas las reacciones adversas. Para más detalles relacionados con el diseño de estudios sesgados, ver p. ej. los siguientes artículos publicados: Bosch FX y de Sanjose S, 2003, *J Natl Cancer Inst-Monogr* 31: 296-304; Tomljenovic L & Shaw CA, 2012a, *J Intern Med* 272: 514-15; Tomljenovic L & Shaw CA, 2012b, *J Law Med Ethics* 40: 673-81; Tomljenovic L & Shaw CA, 2012c, *Am J Public Health* 102: e13-14; Tomljenovic L & Shaw CA, 2013, *Ann Med* 45: 182-93.

En base a la correspondencia personal entre el Dr. Deidre Little y el Dr. John Skerritt del Departamento de Salud del Gobierno de Australia (31 de agosto de 2015, R15/554.600) los componentes de la vacuna han constituido el placebo en todos los ensayos sobre la seguridad de Gardasil. Posteriormente, a petición de este médico, la autoridad reguladora nacional solicitó al patrocinador corregir la información de su producto, indicando erróneamente que la solución salina había sido utilizada en un ensayo controlado sobre la seguridad en jóvenes menores de 16 años (protocolo 018), como se explica en la carta original:

*Estimado Dr. Little*

**Asunto: Datos del Ensayo sobre la seguridad de Gardasil en la Información de Producto**

*Gracias por su correspondencia del 20 de junio de 2015 en relación con la representación de la información del ensayo sobre la seguridad de Gardasil en su Información de Producto (IP).*

*Después de revisar la IP, me han informado de que su observación sobre la composición del placebo en el estudio 018 es válida y que la información actual es una tergiversación de la situación. Esto*

*es, que la actual referencia al placebo como "salino" tergiversa el placebo real utilizado en el protocolo 018.*

*Como resultado de esta revisión, al patrocinador, Merck Sharp and Dohme Australia Pty Ltd, se le ha requerido modificar los encabezados relevantes en la Tabla 11 y en la Tabla 12 de la IP, "Placebo salino" por "Placebo", e incluir bajo cada tabla un pie adicional declarando la composición del placebo (sin contener aluminio). A Merck se le ha pedido realizar esta rectificación en su próxima revisión de la Información de Producto.*

**c.** ¿Es posible que múltiples síntomas, muy similares, experimentados por muchachas vacunadas contra el VPH en todo el mundo sean una coincidencia?

– Eficacia

**d.** Hasta ahora solo ha habido evidencia indirecta de la eficacia. ¿Hay quizá ya a estas alturas algunos datos directos que demuestren que Cervarix o Gardasil pueden prevenir el cáncer de cérvix y/o las muertes por cáncer de cérvix? En caso afirmativo ¿cuáles?

#### **IV. Cuestiones sobre la relación global beneficio/riesgo de las vacunas contra el VPH**

**a.** En base a las pruebas científicas acumuladas (obtenibles de la literatura publicada) la relación beneficio/riesgo de las vacunas contra el VPH (Cervarix, Gardasil) parece negativa. ¿Tiene la EMA datos extra que sugieran otra cosa? En caso afirmativo ¿Cuáles?

**b.** ¿Cuál es la tasa de umbral crítico de eventos adversos graves para las vacunas contra el VPH que darían lugar a la retirada de la autorización de comercialización?

#### **V. Cuestiones regulatorias**

¿Todos los estudios de seguridad y clínicos llevados a cabo con las vacunas VPH están disponibles para revisión pública, o todavía son considerados confidenciales (como lo eran en 2014)? ¿Se enfrenta aún la EMA a un procedimiento legal sobre la liberación de ciertos documentos?

– [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news\\_and\\_events/news/2013/04/news\\_detail\\_001779.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/04/news_detail_001779.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1)

Por lo que conocemos, algunos académicos han tenido dificultades para recibir los datos que han solicitado a la EMA para poder hacer su revisión en relación con la sospechada toxicidad reproductiva de las vacunas VPH (ver cuestiones sobre "Seguridad/toxicidad reproductiva" más arriba).

#### **Otros puntos preocupantes**

##### **I. Cuestiones preclínicas**

**a.** ¿Se conocen las posibles consecuencias de la inyección de ADN extraño sobre la salud a largo plazo?

**b.** La cantidad límite para la contaminación de ADN es de 10 nanogramos por dosis de vacuna y los niños están generalmente expuestos a varias vacunas y a sus cantidades variables de impurezas. ¿Se ha estimado el límite de seguridad en humanos para la exposición acumulativa a diferentes tipos de ADN extraño, o se ha considerado esto simplemente un asunto irrelevante?

**c.** ¿Hay estudios de carcinogenicidad a largo plazo con las vacunas contra el VPH y/o sus ingredientes?



## II. Cuestiones clínicas

a. Por lo que sabemos, los profesionales sanitarios no han sido alertados para analizar el riesgo de leucemia entre las adolescentes vacunadas como se sugiere en el informe de evaluación mencionado a continuación (\*). ¿Qué acciones (si las hay) se han llevado a cabo para determinar si las vacunas VPH podrían o no causar o desencadenar esta condición en ciertos individuos predispuestos?

(\*) Referencia: Información 26 de marzo de 2015 EMA/CHMP/76591/2015

– [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/EPAR\\_Public\\_assessment\\_report/human/003852/WC500189113.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Public_assessment_report/human/003852/WC500189113.pdf)

Página 117: *“Se han reportado cinco casos de leucemia aguda (4 con la vacuna VPH-nonavalente y 1 con la vacuna VPH-tetravalente), tres de ellos en individuos menores de 20 años de edad en el momento del diagnóstico. Aunque el número de casos observados de leucemia superó el número de casos esperados, esta observación se basa en pocos casos en relación con un riesgo muy bajo de fondo para la leucemia en este grupo de edad. Tal comparación será inevitablemente sensible para sucesos aleatorios de casos individuales y no se considera suficiente para implicar una relación causal en este estado. No hay suficiente evidencia para apoyar una plausibilidad biológica para*

*una relación causal. Aunque se considera que el hallazgo es probablemente un suceso aleatorio, puede obtenerse confirmación adicional del programa de estudio en curso, que elevará sustancialmente el total de personas expuestas en el tiempo. La aparición de nuevos casos de leucemia, con foco de atención en los estudios en curso/planeados, debería reportarse, como parte de un seguimiento riguroso de la leucemia, en los Informes Periódicos de Actualización sobre la Seguridad (Periodic Safety Update Report, PSUR)”.*

Conclusiones en la página 118: “Hubo un caso de vasculitis pulmonar y algunos casos de leucemia, que tras la evaluación no constituyen suficiente evidencia para plantear un problema específico de seguridad por el momento”.

b. ¿Al evaluar el perfil beneficio/riesgo de las vacunas VPH que todas contienen aluminio, se ha reconocido una posible predisposición genética resultante en una sensibilidad aumentada a la toxicidad del aluminio? (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238833>) ¿cómo?

c. ¿Qué porcentaje de eventos adversos graves consideran aceptable los funcionarios sanitarios para las vacunas contra el VPH?

Dado que hasta ahora sólo ha habido prueba indirecta de los beneficios (es decir, la capacidad de las vacunas VPH para prevenir el cáncer de cérvix), los porcentajes de eventos adversos graves observados en los ensayos clínicos parecen alarmantes:

- Los eventos adversos graves representan el 2,3% (Gardasil 9) y el 2,5% (Gardasil) de la población.
- El 4,5% de los participantes en un ensayo de Gardasil 9 en India reportaron nuevas condiciones médicas potencialmente indicativas de alteraciones autoinmunes sistémicas.

## III. Cuestiones regulatorias

a. ¿El análisis de agentes extraños en las vacunas VPH es obligatorio, o basado en recomendaciones no vinculantes?

b. ¿Tuvieron los ponentes todos los datos primarios disponibles para la evaluación de la solicitud de autorización de comercialización? ¿Se consideraron suficientes y fiables?

En base a la literatura publicada (resaltado anteriormente) y a otra información no publicada disponible para los clínicos y científicos internacionales independientes, la fiabilidad de los resultados del estudio debería cuestionarse seriamente.

c. ¿Los evaluadores clínicos del informe de la EMA (sobre CRPS & POTS) consultaron a especialistas en trastornos del sistema nervioso autónomo? Si lo hicieron... ¿habían declarado los especialistas algún conflicto de intereses? ■



Pere Pujol

# Ficha de la Vacuna de la Fiebre Amarilla

(Información de julio de 2016)

## Referencias bibliográficas

1. Salleras, Lluís. Vacunaciones Preventivas. Editorial Masson. 1998.
2. Pilette, Jean. Constituants des Vaccins. 2009.
3. De Arístegui, Javier. Vacunaciones en el niño. Editorial Ciclo. 2004.

## 1. Composición

Existen dos tipos de vacunas: Arilvax y Stamaril.

- Gelatina hidrolizada de origen bovino.
- Sorbitol.
- Cloruro de sodio.
- Fosfato disódico monohidrogenado.
- Fosfato de potasio dihidrogenado.
- Cloruro de potasio.
- Polimixina y neomicina.
- Lactosa.
- L-Alanina.
- Clorhidrato de L-Histidina.
- Cloruro de calcio.
- Sulfato de magnesio.

## 2. Reacciones adversas postvacunales

- Se considera que el riesgo de padecer reacciones adversas es del 10-30%.
- Entre las adversidades benignas se destaca la astenia, diarrea, mialgia, artralgia y la cefalea.
- Entre las severas y mortales:
  - Reacción Alérgica, choque anafiláctico y Reacción Anafiláctica: 1 persona cada 55.000 dosis.
  - Lesión Neurológica: 1 persona cada 125.000 dosis.
  - Entre las más frecuentes la encefalitis, meningitis, vasculitis y parálisis Guillain- Barré.
  - La reacción meníngea tras la vacunación es muy frecuente.
  - Fallo Multiorgánico, Coma cetoacidótico, Hepatitis y Fallecimiento: 1 persona cada 40.000 dosis.
  - Las últimas muertes que tenemos constancia acaecidas en el mundo tras la vacunación de la fiebre amarilla se produjeron en Tailandia en el año 2002, en Colombia en febrero del 2004 y en Huelva (España) en octubre del 2004.
  - En España desde el año 1996, como mínimo, se han recogido 12 personas con efectos adversos tras la vacunación de la fiebre amarilla.

## 3. Contraindicaciones y precauciones

- Personas con antecedentes personales y familiares de alergia al huevo, a las gelatinas y a los componentes de la vacuna y que padezcan procesos alérgicos activos no importa el origen.
- Personas con síndrome de Deficiencia Inmunitaria (hepatitis, tuberculosis, SIDA, etc).
- Personas con alteración o extirpación de la Glándula del Timo.
- Personas con Miastemia Gravis y o miopatías progresivas.
- Personas que padezcan Cáncer.
- Personas con leucosis, mononucleosis infecciosa o con ciertas enfermedades de la sangre.
- Personas que realizan quimioterapia, que hagan radioterapia, que estén en tratamiento con medicamentos corticoides e inmunosupresores y que se les haya practicado un trasplante autólogo.
- La utilización paralela de fármacos preventivos de la malaria puede reducir la eficacia de la vacuna.
- Se aconseja no donar sangre en los primeros 14 días tras la vacunación por el riesgo de transmitir el virus.
- Entre la vacunación de la fiebre amarilla y la fecundación ha de transcurrir un mínimo de 6 meses para que no haya gran riesgo de malformación.
- Si se ha recibido la vacuna de la fiebre amarilla han de transcurrir 4 semanas antes de poner otra vacuna.

## 4. Certificación Internacional

Cuando viajamos a alguna zona del mundo donde sea obligada la vacuna de la fiebre amarilla se puede presentar la contraindicación escrita en un certificado médico oficial en francés o en inglés.

## 5. Vacunación

- Hasta el año 2015 se vacunaba cada 10 años.
- Francia aconseja desde junio del 2016 que solamente se vacune una vez en la vida de la vacuna de la fiebre amarilla.
- Se puede vacunar entre los 9 meses y los 59 años.

# Un análisis de los medios de comunicación y el caso Wakefield

## a. El abogado U.S.A. James Robert Deal opina sobre las vacunas

Fecha: 8 de abril de 2015

Fuente: [www.researchgate.net/publication/282121386\\_An\\_Attorney%27s\\_View\\_of\\_Vaccines](http://www.researchgate.net/publication/282121386_An_Attorney%27s_View_of_Vaccines)

Los periódicos *The Los Angeles Times* y el *The Daily Herald* publicaron un artículo titulado “*La ignorancia sobre las vacunas es mortal y contagiosa*”. Este artículo no fue escrito por médicos o científicos, sino por miembros destacados del Consejo de Relaciones Exteriores de Estados Unidos, y contiene numerosos errores, tanto científicos, como históricos y legales.

Los autores de este artículo repiten calumnias contra el Dr. Andrew Wakefield, que son totalmente falsas. Un número especial de *Nova* publicó recientemente un artículo denominado “La última palabra sobre las vacunas”, que repite esas calumnias que ahora han sido desmentidas, que representa un caso de periodismo descuidado. Recuerden que Wakefield escribió en la revista *Lancet* en 1998 que en casos prácticos que comprendían a doce niños, la colitis y los trastornos del espectro autista que presentaban guardan aparentemente una relación de causa y efecto con la vacuna triple de las paperas, sarampión y rubéola.

A Wakefield lo denunciaron como si fuera un negacionista de las vacunas, aunque apoyaba y aún apoya a la vacuna contra el sarampión en única dosis y a otras vacunas. Wakefield se oponía solamente a la vacuna triple, que es una inyección conjunta. Las vacunas que se dan de manera conjunta pueden ser más dañinas que las vacunas que se dan por separado. Por el hecho de haber cuestionado si una vacuna era segura, a Wakefield lo “linchó” la GlaxoSmithKline y el cuerpo médico. Sin embargo, por lo menos 28 estudios realizados por científicos de otros países replicaron los resultados de Wakefield. Además, Wakefield sabe muy bien cómo tratar a los niños que sufrieron reacciones adversas causadas por las vacunas, tratando a la enfermedad gastrointestinal que acompaña a las reacciones adversas.

A Wakefield lo expulsaron de la profesión de médico de Gran Bretaña. No obstante, John Walker-Smith, uno de los coautores del estudio objetable de 1998, cuestionó su expulsión y recientemente fue readmitido, lo que indica que si lo solicitara, Wakefield

también podría ser reincorporado. Wakefield trabaja como investigador en Texas y está demandando a Brian Deer, Fiona Godlee y a la revista *British Medical Journal* por acusarlo falsamente de fraude.

Parece que los autores del CRE también ignoran que a Wakefield lo reivindicó recientemente el Dr. William Thompson del CDC (Centros para el control de enfermedades de Estados Unidos) cuando se “salió del clóset”. Thompson fue uno de los autores de un estudio del CDC que negaba toda relación de causa y efecto entre las vacunas y el autismo. Sin embargo, Thompson admitió en un artículo de 2004 que él y otros autores habían excluido deliberadamente datos que ya habían sido recabados, y que habrían invalidado la conclusión que habían publicado de que no existe una relación entre las vacunas y el autismo. No obstante, los medios de comunicación principales trataron la historia de la reivindicación de Wakefield y la confesión de Thompson muy por encima. ■

## b. Un abogado del estado sugiere demandar al gobierno federal de los Estados Unidos y a la industria farmacéutica en cuanto a las vacunas

Autora: CATHERINE J. FROMPOVICH, 29 de Septiembre de 2015

(Extractos)

Un abogado piensa que hay que demandar y reprender al gobierno federal de los Estados Unidos y a la industria farmacéutica desde un punto de vista legal por su responsabilidad en difundir información falsa e imprecisa sobre las vacunas sobre la que se basa la vacunación obligatoria, incluyendo los daños a la salud que han sufrido bebés, niños, adolescentes (y también adultos) por esas vacunas.

James Robert Deal, un abogado del Estado que vive en Washington, considera que los daños causados por las vacunas y la falta de consentimiento informado son horribles, y que “ninguna entidad bajo el sol tiene derecho ni autoridad legal para arrogarse a sí mismo el derecho a dañar o lesionar, enfermar o infectar, paralizar o matar a la gente de esta nación. Dicha conducta por parte del Estado no es solamente un grave incumplimiento del contrato social, sino que representa un profundo quebrantamiento de la confianza pública”.

En su informe James Deal declara: “Decir que las vacunas son *seguras y efectivas* es utilizar un lenguaje impreciso, pues implica que todas las vacunas son seguras y efectivas para todas las personas. De hecho, algunas vacunas han causado mucho daño”. Si lo dudas, lee los descubrimientos de la Corte de las vacunas (Vaccine Court), que ha pagado alrededor de tres mil millones de dólares norteamericanos a niños por las reacciones adversas, incluyendo la muerte, que se admitió

que fueron causadas por las vacunas. Ve a <http://www.uscfc.uscourts.gov/opinion-search> y busca “measles-mumps-rubella” (paperas-sarampión-rubéola) o “influenza” (gripe). Y lee los prospectos que acompañan a las vacunas. También puedes leerlos en línea en [http://www.immunize.org/packageinserts/\\*](http://www.immunize.org/packageinserts/*)

\*17 de Octubre de 2015 - La Corte federal de las vacunas de los Estados Unidos (U.S. Federal Vaccine Court) le otorgó 61 millones de dólares norteamericanos a un niño que sufrió reacciones adversas graves después de haber sido inmunizado.

También dice que “la vacuna contra la gripe es un gran negocio, particularmente las que contienen mercurio. Se venden unas 300 millones de dosis<sup>1</sup>, mientras que se venden sólo 20 millones de dosis de todas las demás vacunas”.

Además, la persona vacunada difunde virus, y por lo tanto la gente se puede infectar no solamente de los que sufrieron casos de paperas incontrolables, sino también de los que fueron vacunados recientemente. Es más, la vacuna triple (paperas-sarampión-rubéola) no es particularmente eficaz: “En un brote en Canadá en 2011, más del 50% de los 98 individuos habían sido vacunados dos veces contra las paperas”<sup>2</sup>.

A una madre no se la puede considerar una negacionista de las vacunas si pone en duda que una vacuna que

contiene mercurio, aluminio [neurotoxinas] glutamato de sodio, antibióticos, huevos, formaldehído [cancerígeno y mutagénico], la hormona beta gonadotropina coriónica humana o la vacuna triple que contiene la cepa urabi sea segura.

No es una negacionista si cuestiona el hecho de que se le den a los niños 49 inyecciones de 14 vacunas para cuando cumplieron 6 años, incluyendo la vacuna contra la hepatitis B apenas nacidos, puesto que la hepatitis es una enfermedad que afecta generalmente a los drogadictos que se inyectan y a los que ejercen la prostitución. Tampoco es una negacionista si se rehúsa a aceptar la recomendación del CDC de que se dé la vacuna contra la gripe (que contiene mercurio) cuando está embarazada, aunque no se haya demostrado que esta vacuna sea segura para las mujeres embarazadas y los fetos, y aunque la FDA aconseje que se use “solamente si se necesita explícitamente”.

Algunas vacunas son ineficaces. La revista Discover informó que el 73% de los niños entre los 7 y los 10 años de edad que contrajeron tos ferina en Washington en 2012 habían sido enteramente vacunados<sup>3</sup>.

Lo mismo vale para la vacuna contra las paperas<sup>4</sup>. Un niño que fue vacunado con un virus vivo experimenta una versión suave de la infección, y por lo tanto se convierte en un sujeto contagioso que infecta a otras personas. Es probable que los brotes

de paperas y tos ferina procedan de los que fueron vacunados, no de los que no fueron vacunados.

En conclusión, el abogado James Robert Deal no se opone a las vacunas que demuestran ser seguras, eficaces, necesarias y legales. Sin embargo, son pocas las vacunas que logran pasar estas pruebas, y por esta razón no deberían ser obligatorias.

Se tendrían que mejorar las vacunas para que sean seguras y eficaces, y se tendrían que utilizar únicamente contra las enfermedades más mortales y contagiosas, y contra las enfermedades potencialmente letales que avanzan tan rápido que el organismo no

logra responder a tiempo, por lo que sobreviene la muerte. Las vacunas se deberían usar únicamente después de haber sido sometidas a ensayos minuciosos. Puesto que todos los fármacos causan reacciones adversas, no se deberían utilizar las vacunas para prevenir enfermedades que rara vez son mortales.

### Fuentes

- <sup>1</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=nvXIqUyOdK4>
- <sup>2</sup> <http://beforeitsnews.com/r2/?url=http://www.edwardjennersociety.org/>

wp-content/uploads/The-re-emergence-of-measles1.pdf

- <sup>3</sup> <http://beforeitsnews.com/r2/?url=http://discovermagazine.com/2013/march/15-broken-vaccine>
- <sup>4</sup> <http://beforeitsnews.com/r2/?url=http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2014/06/17/measles-vaccine-failure.aspx>
- [www.activistpost.com/2015/09/attorney-suggests-suing-government-and-big-pharma-regarding-vaccinations.html](http://www.activistpost.com/2015/09/attorney-suggests-suing-government-and-big-pharma-regarding-vaccinations.html) y
- [www.researchgate.net/publication/282121386\\_An\\_Attorney%27s\\_View\\_of\\_Vaccines](http://www.researchgate.net/publication/282121386_An_Attorney%27s_View_of_Vaccines)

## PROGRAMA BIOCULTURA

BILBO. Domingo, 2 de Octubre de 2016

**12h. Las 10 Condiciones de Vida que pueden evitar las Epidemias Infecciosas de la Humanidad.**

- ▶ Xavier Uriarte (Médico. Gerona)

**13h. ¿Qué información sobre Vacunas piden las familias ante el nacimiento del primer hijo?**

- ▶ Sra. Eneka Basabe (Doula. Bizkaia)

**14h. Mesa de familias que no vacunan sistemáticamente.**

- ▶ Coordina: Sra. Eva Sanz (Colaboradora de la Liga. Bizkaia)

**15h. ¿Vacunarnos o cuidarnos para curarnos?**

- ▶ Karmelo Bizkarra (Médico. Navarra)

**Coordinan:**

Eva Sanz y Xavier Uriarte

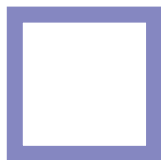
**Organiza:**

Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)

**BioCultura**  
Feria de productos ecológicos  
y consumo responsable



# Mortalidad postvacunal



**Autora: Maria Schiaffino (Argentina)**  
**E-mail: mariaschiaffino100@gmail.com**

*Tendencias relativas a la hospitalización y muerte de niños de 1990 a 2010 de acuerdo con el número de vacunas recibidas y la edad, basándose en las denuncias de casos de efectos adversos causados por las vacunas*

**E**l estudio de G. S. Goldman y N. Z. Miller de California, publicado en *Human & Experimental Toxicology* en Octubre de 2012, se basó en las denuncias de efectos adversos causados por las vacunas en 38.801 niños que fueron hospitalizados o murieron, y comparó el número de vacunas con la edad de los niños.

Las hospitalizaciones aumentaron del 11,0% con 2 vacunas, al 23,5% con 8 vacunas, y del 10,7% en niños de 0,9 año (10,8 meses), al 20,1% en niños menores de 0,1 año de edad (1,2 meses).

La mortalidad fue del 3,6% con 1 a 4 vacunas, y del 5,5% con 5 a 8 vacunas.

## Conclusión

**El estudio demuestra que cuantas más vacunas se den juntas y más pequeños sean los niños, más hospitalizaciones y muertes.**

## Fuentes

[https://www.researchgate.net/publication/279296297\\_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\\_vol\\_31\\_pg\\_1012\\_2012](https://www.researchgate.net/publication/279296297_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_vol_31_pg_1012_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 (vol 31, pg 1012, 2012)

Article in *Human & Experimental Toxicology* 31(11):1190-1190 · November 2012 with 1 Read  
Impact Factor: 1.75 · DOI: 10.1177/09603271124466767

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22531966>

*Hum Exp Toxicol.* 2012 Oct;31(10):1012-21. doi: 10.1177/0960327112440111. Epub 2012 Apr 24.

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.

Goldman GS1, Miller NZ.  
Author information

Erratum in *Hum Exp Toxicol.* 2012 Nov; 31(11):1190.

## Abstract

**I**n this study, the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) database, 1990-2010, was investigated; cases that specified either hospitalization or death were identified among 38,801 reports of infants. Based on the

*types of vaccines reported, the actual number of vaccine doses administered, from 1 to 8, was summed for each case. Linear regression analysis of hospitalization rates as a function of (a) the number of reported vaccine doses and (b) patient age yielded a linear relationship with  $r(2) = 0.91$  and  $r(2) = 0.95$ , respectively. The hospitalization rate increased linearly from 11.0% (107 of 969) for 2 doses to 23.5% (661 of 2817) for 8 doses and decreased linearly from 20.1% (154 of 765) for children aged <0.1 year to 10.7% (86 of 801) for children aged 0.9 year. The rate ratio (RR) of the mortality rate for 5-8 vaccine doses to 1-4 vaccine doses is 1.5 (95% confidence interval (CI), 1.4-1.7), indicating a statistically significant increase from 3.6% (95% CI, 3.2-3.9%) deaths associated with 1-4 vaccine doses to 5.5% (95% CI, 5.2-5.7%) associated with 5-8 vaccine doses. The male-to-female mortality RR was 1.4 (95% CI, 1.3-1.5). Our findings show a positive correlation between the number of vaccine doses administered and the percentage of hospitalizations and deaths. Since vaccines are given to millions of infants annually, it is imperative that health authorities have scientific data from synergistic toxicity studies on all combinations of vaccines that infants might receive. Finding ways to increase vaccine safety should be the highest priority. ■*

[PMID: 22531966

PMCID: PMC3547435

DOI: 10.1177/0960327112440111]

# Jornada sobre el autismo en Suiza. Una mirada en otra dirección

**Autora: Françoise Berthoud (Suiza)**

**E-mail: francabertud@gmail.com**

**Traducción: R. Montserrat Ferré**

Con la colaboración de profesionales de renombre se está preparando en Suiza para el próximo 11 de noviembre, viernes, unas jornadas en el Auditorio de la FER, Rue de Saint Jean, 98 en Ginebra, como tema principal el Autismo. Acto organizado por la asociación ARIANE y la asociación “Responsabilité Santé”, bajo el patrocinio del profesor Luc Montagnier, premio Nobel de Medicina 2008.

El conocimiento de las causas del Autismo está en plena revolución. No hay que poner en duda los factores genéticos, como se ha venido diciendo desde hace años ya que son cartas muy importantes en este “juego”, no obstante el papel nefasto de los factores medioambientales cada vez es más conocido, lo que permite un acercamiento terapéutico de desintoxicación lleno de esperanza.

Este primer congreso organizado en Suiza se dirige a padres de niños autistas y a todos los profesionales de la

salud, médicos u otros que se quieran implicar en el cuidado de niños autistas.

En USA hay un niño autista entre 50 lo que se traduce en un 2% entre la población infantil, según las cifras oficiales del CDC, en Corea del Sur 1 entre 36 y en la mayoría de los países europeos se estima de 1 entre 100 o 150 niños: la situación es alarmante. No obstante, a pesar de la abundante investigación científica y otras medidas de presión, la responsabilidad biomédica sobre niños autistas se puede considerar casi inexistente o apenas reconocida.

Es hora de dejar de enviar a los padres a buscar soluciones en interminables pruebas psicoanalistas, es hora de tomar conciencia de los factores medioambientales y también, es hora de superar nuestro retraso en el dominio de los tratamientos.

Alrededor del premio Nobel de Medicina, el profesor Luc Montagnier, personalmente dedicado a investigar las causas del autismo, este congreso reunirá a importantes conferenciantes

famosos por sus tratamientos o por sus trabajos en este tema: Dra. Corinne Skorupkas, Senta Depuydt, Dra. E. Blaurock-Busch, Dra. Françoise Berthoud e Isabelle Daulte.

El autismo es, hoy por hoy, uno de los más grandes problemas de salud pública en los niños del siglo XXI.

Las controversias actuales se expondrán sin tabúes y serán debatidas de forma constructiva con el fin de nutrir nuestra reflexión.

## **Dirección de correspondencia**

Association Ariane – Case postale 166  
- CH. 1213 Petit Lancy

Para toda clase de información contactar con Françoise,  
– Tel.: 0033 (0) 450 43 35 04  
– Email: [journeeautismege@gmail.com](mailto:journeeautismege@gmail.com)

Las inscripciones se efectuarán siguiendo el orden de llegada de los correos. ■



Pere Pujol

# Liga para la Libertad de Vacunación

CHARLA – PRESENTACIÓN EN LA SEU D'URGELL

**“Vacunaciones masivas: Puntos para la reflexión”**

Ponentes: Dra. Angels Codina y Dr. Xavier Uriarte

Viernes, 23 setiembre  
A las 19.30 h  
En la Sala de la Inmaculada  
Calle del Carme, 9

CHARLA – PRESENTACIÓN EN PUIGCERDÀ

**“Lo que no nos han explicado de las vacunaciones masivas”**

Ponentes: Dra. Susana Edo y Dr. Xavier Uriarte

Sábado, 24 setiembre  
A las 12 h  
En el Museo Cerdà  
Calle Higini de Ribera, 4

## PROGRAMA BIOCULTURA

MADRID. Sábado, 12 Noviembre 2016

**16-17h. Puntos de Reflexión sobre las Vacunas.**

► Margarita Pérez (Pediatra. Madrid)

**17-18h. Mesa de Familias que No Vacunan sistemáticamente.**

► Coordina: Belén Igual (Médica. Madrid)

**18-19h. Situación actual del Papiloma, de la Difteria, de la Tosferina y de la Polio: ¿Se han de vacunar las mujeres embarazadas de alguna vacuna?**

► Xavier Uriarte (Médico. Gerona)

**Coordinan**

Belén Igual, Xavier Uriarte

**BioCultura**  
Feria de productos ecológicos  
y consumo responsable 



# EFVV – Invitación a la Reunión anual, Budapest. Septiembre 2016

## EFVV Asamblea General Anual

**E**stimado Activista,  
Así pues, quiero invitarle a asistir a la Junta General Anual del EFVV que tendrá lugar en Bucarest, Rumania, desde el viernes 30 de septiembre hasta el domingo 2 de octubre.

El Foro Europeo para la Vigilancia Vacunal (EFVV), una coalición de grupos e individuos, incluyendo expertos legales, médicos, testigos del tribunal de expertos y científicos, ha estado en existencia desde 1999. El grupo se reúne una vez al año, por lo general en o cerca de una capital europea, para discutir proyectos, intercambiar ideas y ayudarse mutuamente. El objetivo original era la de recoger y analizar datos sobre los efectos adversos de la vacuna en toda Europa, para su presentación al Parlamento Europeo, con una demanda para abolir la vacunación obligatoria. De 1999 a 2004, se distribuyó un cuestionario a todos los profesionales convencionales y alternativos, pacientes y cuidadores, padres de las víctimas de las vacunas en seis países europeos: Bélgica, Francia, Alemania, los Países Bajos, España y el Reino Unido. En 2005, el informe final, basado en más de 1.000 casos, se presentó al Parlamento Europeo en seis idiomas. Este informe fue un logro muy importante, ya que reveló que los efectos adversos vacunales aparecieron de hecho ser mucho mayores en número, mucho más serios y más complejos que los reclamados por las autoridades. Los

resultados también mostraron que las vacunas multivalentes más recientes parecían ser la causa de patologías más profundas, condiciones degenerativas y enfermedades autoinmunes.

Desde 2006, el grupo ha creado un premio a la original, sobresaliente y pionera investigación sobre los efectos adversos de la vacunación, ha redactado un manifiesto en contra de la vacunación obligatoria y puso en marcha una petición de derechos humanos en [www.change.org](http://www.change.org) por la libertad del consentimiento informado en la vacunación a través de Europa: <https://www.change.org/p/european-parliament-european-commission-council-of-the-european-union-respect-promote-and-protect-freedom-of-informed-vaccination-consent> en toda Europa. Una versión de esta petición se ha presentado al Parlamento Europeo a través de su portal de peticiones y ha sido “admitido”. El grupo está esperando a ser llamado para asistir y participar en un debate sobre este tema. Un gran número de firmas en la petición ayudaría a apoyar esta solicitud, por lo que nos esforzamos constantemente para promoverlo.

En 2015, los miembros EFVV representaron a 19 países europeos: Austria, Bélgica, Croacia, la República Checa, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suiza y REINO UNIDO. En nuestra re-

unión de este año en Bucarest esperamos dar la bienvenida a los nuevos miembros de Serbia, Bosnia y Macedonia. Estamos en busca de miembros de Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Estonia, Grecia, Letonia, Malta, Portugal, Suecia y también a los países europeos no miembros de la UE.

Somos conscientes de la valiosa labor que Vd. hace y su relevancia para el trabajo que hacemos. Esperamos que decida unirse a nosotros para nuestra reunión a finales de septiembre y esperamos saber de usted. Por favor, respóndame con copia a Feli Popescu, nuestra organizadora de la reunión de este año (Miss\_Parker\_1911@web.de), y también a [info@efvv.eu](mailto:info@efvv.eu). Si decide asistir, le enviaremos más información sobre el lugar y el orden del día. Sin embargo, si no puede asistir este año, por favor clicke en “Me gusta” y “Compartir” de nuestra página de Facebook (<https://www.facebook.com/EFVV.eu/>) y esperamos que pueda asistir el próximo año. Si desea mantenerse en contacto y unirse a nuestro grupo en Facebook con representantes de casi 20 países, por favor, háganoslo saber para que le podamos añadir.

Atentamente,

Kris Gaublonne, MD  
Presidente EFVV  
[kris.gaublonne@telenet.be](mailto:kris.gaublonne@telenet.be)

2 de agosto de 2016

# redes



## Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales

Dr. Jesús Albillo  
Tel. 951 033 754  
Málaga

Dr. Gerardo Angulo  
Tel. 944 234 149  
Bilbao

Dr. Pedro Arangüena  
Tel. 986 416 321  
Vigo

Dr. Anselmo Barandiarán  
Tel. 943 004 704  
Donosti (Guipúzcoa)

Dra. Caterina Bonnin  
Tel. 971 728 179  
Palma de Mallorca

Dr. Andreu Forteza  
Tel. 971 206 566  
Palma de Mallorca

Carme Fradera  
E-mail: carmefradera@yahoo.es  
Tel. 972 268 168  
Olot. Girona

Dra. Chus García  
E-mail: chus.garcia@ya.com  
Madrid

Dra. Begoña García-Calvo  
Tel. 915 718 113.  
Madrid

Dra. Coro Goitia  
Tel. 945 175 905. Vitoria  
Tel. 944213499. Bilbao

Dr. Isidre Lara  
Tel. 971 206 566  
Palma de Mallorca

Dr. Juan Manuel Marín  
Tel. 932 457 575  
Barcelona. Albacete

Dra. Margalida Miquel-Gomara  
Tel. 971 760 272  
Esporles. Mallorca

Dr. Joan Mora  
Tel. 972 202 803  
Girona

Dra. Montse Noguera  
Tel. 934 191 716  
Barcelona

Anna Plà  
Tel. 932 458 863  
Barcelona

Dr. Joaquim Peleteiro  
Tel. 971 206 566  
Palma de Mallorca

Dra. Esther Sagredo  
Tel. 944 213 499  
Bilbao

Dr. Rodolfo de la Torre  
Tel. 922 288 524  
Sta Cruz de Tenerife

Anna Vallés  
E-mail: anna.valles.r@gmail.com  
Tel. 932 850 035  
Barcelona

# Red Española de Información sobre Vacunas

Aicart, Miguel (Socio Liga)  
E-mail: migmai@infonegocio.com  
Tel: 976466868  
Zaragoza

Arangüena, Pedro  
c/ Celso Emilio Ferreiro, 5. 36203. Vigo  
Tel. 986416321  
E-mail: pap232000b@hotmail.com

Argudo, Ramón  
c/ Plaza San Antolín, 4, 1º. 30005. Murcia  
E-mail: ramonargudo@yahoo.es

Argüelles, Concepción  
Tenerife  
E-mail: conchaprendes@gmail.com

Asociación AMA2  
Kiko Valle  
Sevilla  
Tel. 650644950  
E-mail: contacto@ama2.org

Asociación Titània-Tascó  
c/ Llibertat, 47, baixos. Barcelona  
Tel. 934266559  
E-mail: pepidominguez\_8@hotmail.com

Barco, Sónsoles  
c/ Bolonia, 4 entlo. Dcha. 50008  
Zaragoza

Basabe, Eneka  
Centro Regazofeliz  
E-mail: eneka@regazofeliz.com  
Tel: 944666789  
Bilbao (Vizcaya)

Baulies, Gemma  
c/ Cartellà, 79 esc. A entlo. 4ª. 08031  
Barcelona  
Tel. 933400652  
E-mail: gemmabaulies@gmail.com

Bizkarra, Karmelo  
Zuhaizpe-Las Casetas. 31177. Arizaleta  
Tel. 948542187  
E-mail: zuhaizpe@zuhaizpe.com

Bruderer, Hannah (Comadrona homeópata)  
Ponferrada (León)  
Tel. 687617445

Clemen, Ulrike (Naturista y homeópata)  
E-mail: ulrikeclemen@gmx.net  
Besalú (Girona)

Codina, Àngels  
Andorra  
Tel. 376865850. Llamar de 21 a 21:30h.

Dequero, Carlos  
Manacor  
Tel. 971564981  
E-mail: cde1@comib.com

Edo, Susana  
La Seu d'Urgell (Lleida)  
E-mail: sedo3189@hotmail.com

Fuentes, María  
Apdo. Correos, 268. 11630. Arcos de la  
Frontera. Tel. 956231211  
E-mail: mariafuentes3@yahoo.es

García de Simón, Eloy  
(Osteópata. Fisioterapeuta)  
Valladolid (capital)  
E-mail: eloygarcias@gmail.com

Gil Moreno, Jesús (Socio Liga)  
c/ Vara de Rey, 44 5º B. 26002. Logroño  
Tel. 941255273  
E-mail: jesusgilmoreno@yahoo.es

Gispert, Montse (Médico)  
Salt (Girona)  
E-mail: mgispertnegrell@yahoo.es

Goitia, Coro  
c/ Zabálbaru, 4, 1ª. 48010. Bilbao  
Tel. 944213499  
E-mail: jtorrezabal@terra.es

González, Roberto  
c/ Félix Latasa, 14 pral. A. 50006  
Zaragoza  
Tel. 976359538  
E-mail: roberto\_gonzalez@infonegocio.com

Guerrero, Alicia (Colaboradora Liga)  
E-mail: lavioleteradeelche@yahoo.es  
Tel: 610295702  
Elche (Alicante)

Igual, Belén  
Paseo del Norte, 26. 28290. Las Matas  
Tel. 913690546  
E-mail: belen\_igual\_diaz@hotmail.com

Lérida, Gema  
Murcia  
Tel. 647797990  
E-mail: gemalerida@yahoo.es

Lladó Sánchez, María José  
(Psicopedagoga. Psicoterapeuta)  
c/ Buen Suceso 32. 2º C (zona Arguelles)  
Madrid. Tel. 677726207  
www.acimut.org

Madrazo, Rebeca ( Doula)  
E-mail: lakumpania.santander@gmail.com  
Santander (Cantabria)

Marcos, Carmen  
c/ Amesti, 16 3º pl. Dep. 7. 48990. Guetxo  
Tel. 944604046  
E-mail: zuazquita59@yahoo.es

Marenostrom  
c/ Fontanella, 16. pral. 08010. Barcelona  
E-mail: marenostrom@comb.es

Martín, Santos (Médico)  
E-mail: 26185smm@comb.es  
Granollers (Barcelona)

Martínez, Jose  
Badajoz  
E-mail: martinezpescador@gmail.com

Mateo, Coral (veterinaria)  
Gijón  
E-mail: coralmateo@telefonica.net

Montserrat, Rosa  
Reus (Tarragona)  
E. mail: rosa.montserrat@yahoo.es

Morales, Carlos  
E-mail: carlosaugustomorales@hotmail.com

Moreno, Almudena  
Los Madroños. 12594. Castellón  
Tels. 974760658. 646308307

Nuñez, Juan José (Médico)  
Vigo. Pontevedra.  
Tels. 986424152. 669126040

Paulin, Gunda (Homeópata)  
Zamora (capital)  
Tel. 622292629  
E-mail: [esenciamia@gmail.com](mailto:esenciamia@gmail.com)

Pla, Anna  
c/ Valencia, 472 3º 3ª. 08013. Barcelona  
Tel. 932458863

Peleteiro, Joaquín  
c/ Poador, 53. 07340. Alaró  
Tel. 971208766  
E-mail: [joaquinramonpe@yahoo.es](mailto:joaquinramonpe@yahoo.es)

Reija, Angel  
c/ Curtidores, 3. 40002. Segovia  
Tel. 921441995  
E-mail: [hara@wanadoo.es](mailto:hara@wanadoo.es)

Ribero, Mª Trinidad  
c/ Portugal, 26 6º C. 03003. Alicante  
Tel. 965923742  
E-mail: [mtriberado@coma.es](mailto:mtriberado@coma.es)

Sagredo, Esther  
c/ Zabálbaru, 4, 1ª. 48010. Bilbao  
E-mail: [esther.sagredo@terra.es](mailto:esther.sagredo@terra.es)

Saz, Pablo  
c/ Miguel Labordeta, 43 3º B. 50017  
Zaragoza  
Tel. 976320920  
E-mail: [pablosaz@unizar.es](mailto:pablosaz@unizar.es)

Ursa, Andrés (Médico)  
Valladolid (capital)  
Tel. 983308314

Villavicencio, Begoña  
Tenerife  
E-mail: [hecatee69@hotmail.com](mailto:hecatee69@hotmail.com)

## Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo

### EUROPEAN FORUM FOR VACCINES VIGILANCE (EFVV)

<http://www.efvv.eu/>

### ALEMANIA

EFI Marl  
Birgit FRANKHÄNEL  
Sickingmülher Str. 92  
45768 Marl  
[www.efi-marl.de](http://www.efi-marl.de)

Libertas & Sanitas e.V Marbach (LiSa)  
Postfach 1205  
D 85066 Eichstätt  
E-mail: [redaktion@impfnachrichten.de](mailto:redaktion@impfnachrichten.de)

EFI (Eltern für Impfaufklärung)  
Angelika KÖGEL-SCHAUZ  
Leharstr. 65 1/5  
86179 Augsburg  
[www.efi.online.de](http://www.efi.online.de)

Colette LEICK-WELTER, PhD  
Kohlmeisenstieg 10  
D 22399 Hamburg  
E-mail: [Colette.welter@tiscali.de](mailto:Colette.welter@tiscali.de)

### ARGENTINA

Eneko Landáburu  
Misiones  
E-mail: [enekolan@gmail.com](mailto:enekolan@gmail.com)

Eduardo YAHBES  
[www.librevacunación.com.ar](http://www.librevacunación.com.ar)  
E-mail: [info@librevacunacion.com.ar](mailto:info@librevacunacion.com.ar)  
E-mail: [eduardoyahbes@gmail.com](mailto:eduardoyahbes@gmail.com)

### AUSTRALIA

Viera SCHEIBNER  
178 Govetts Leap Road  
Blackhealth NSW 2785  
E-mail: [vscheibner@mpx.com.au](mailto:vscheibner@mpx.com.au)

Ian SINCLAIR  
E-mail: [ian@vaccinationdebate.com](mailto:ian@vaccinationdebate.com)  
[www.vaccinationdebate.com](http://www.vaccinationdebate.com)

Maureen HICKMAN  
PO Box 274  
Ettalong Beach, NSW 2257  
E-mail: [acii@ozemail.com.au](mailto:acii@ozemail.com.au)

### AUSTRIA

Petra CORTIEL  
Stauffenstr. 9A  
5020 Salzburg  
E-mail: [cortiel@salzburg.co.at](mailto:cortiel@salzburg.co.at)

AEGIS Österreich  
Dr Johann LOIBNER  
A 8563 Ligist  
E-mail: [info@aegis.at](mailto:info@aegis.at)  
[www.aegis.at](http://www.aegis.at)

### BELGICA

Dr Kris GAUBLOMME  
Bostraat 74/6  
Hasselt  
E-mail: [kris.gaublomme@telenet.be](mailto:kris.gaublomme@telenet.be)  
[www.vaccinedamage-prevention.org](http://www.vaccinedamage-prevention.org)

Preventie Vaccinatieschade vzw (PVS)  
E-mail: [info@vaccinatieschade.be](mailto:info@vaccinatieschade.be)  
[www.vaccinatieschade.be](http://www.vaccinatieschade.be)

Infor Vie Saine  
R. ACMANNE  
127, rue de Fernemont  
5020 Champion  
E-mail: inforviesaine@pro.tiscali.be  
www.inforviesaine.be.tf

## **BOLIVIA**

Hannelore PELLHAMMER  
Cochabamba  
E-mail: hannelpe@yahoo.de

Josef HENAO  
La Paz  
E-mail: homeobol@aleph.com.bo

Vivi Camacho  
Cochabamba  
E-mail: camachovivian@gmail.com

## **BRASIL**

Taps (Temas Atuais na Promoção da Saúde)  
Dr Veronica CARSTENS  
Caixa Postal 17  
CEP 13280-970 Vinhedo  
E-mail: info@taps.org.br  
www.taps.org.br

## **CANADA**

Association for Vaccine Damaged Children  
67 Shier. Winnipeg  
Manitoba R3R 2H2

## **COLOMBIA**

Juan Manuel Martínez Méndez MD.  
Cra. 10 # 8-93 Cons. 301 - CHÍA  
Tel. 5718630876  
E. mail: jmmartin61@hotmail.com

## **CROACIA**

SUZANA PEŠA VUČKOVIĆ  
Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata (Croatian Association for the Promotion of Patients' Rights)  
Čajkovskog 5, SPLIT, CROATIA  
Mail: suzana\_pesaa@yahoo.com  
FB community Cijepljenje – pravo izbora  
https://www.facebook.com/pravoizbora  
info@cijepljenje.info  
Tel. 385 98 829 883

## **DINAMARCA**

Else JENSEN  
Donnevaeldevej 40  
3230 Graested  
E-mail: vacforum@forening.dk  
www.vaccinationforum.dk/links.htm

Eva AMBROSIUS  
Norhaven Paperback A/S  
DK 8800 Viborg  
E-mail: ea@norhaven.dk

## **ESLOVENIA**

FoCA – The Freedom of Choice Association  
Primoz VERBIC - Pot v Mocilnik 2-1360  
VRHNIKA  
Tel: 386 - 40 319 744  
E-mail: primoz.verbic@gmail.com  
www.svood.org  
E-mail: info@svood.org

## **ESPAÑA**

Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)  
Xavier Uriarte  
Apartado Correos 100  
17080 Girona  
E-mail: info@vacunacionlibre.org  
www.vacunacionlibre.org

Afectados del Mercurio Vacunas (AVA)  
Ana MEDINA  
E-mail: autismoava@gmail.com  
www.autismoava.org  
Barcelona

Afectados Vacuna Papiloma (AAVP)  
Alicia CAPILLA  
E-mail: asociacion@aaavp.es  
Valencia

Afectados por las Vacunas (Familias con hijos afectados por Vacunas)  
Jose Antonio Narvéz (Badajoz) y  
Federico Apellániz (Málaga)  
E-mail:  
afectados@afectadosxvacunas.org

Miguel JARA (Periódico electrónico Medicamentos)  
Madrid  
E-mail: migueljara@gmail.com

Revista Discovery  
Antonio MURO  
Madrid  
E-mail: kuffet@gmail.com

Máximo SANDIN  
Microbiología  
E-mail: maximo.sandin@uam.es  
Madrid

## **ESTADOS UNIDOS**

National Vaccine Information Center (NVIC)  
Barbara LOE FISCHER & Kathi WILLIAMS  
421-E Church Street  
Vienna, VA 22180  
www.nvic.org

Vaccination Information And Liberation-South Florida Chapter  
PO Box 293144  
Fort Lauderdale, Florida 33329  
E-mail: educate@vacinfo.org  
www.vacinfo.org

Tim O'SHEA  
New West 60. 13 St.  
San José. California 95112  
E-mail: doc@thedoctorwithin.com  
www.thedoctorwithin.com

Sandy MINTZ  
Anchorage (Alaska)  
www.vaccinationnews.com

## **FINLANDIA**

Rokotusinfo ry (Finnish Vaccine Information Society)  
Retkeilijänkatu 10 B 15  
FI-00980 Helsinki  
www.rokotusinfo.fi  
E-mail: rokotusinfo@rokotusinfo.fi

## **FRANCIA**

ALIS (Association Liberté Information Santé)  
Françoise JOËT  
19, rue de l'Argentière. 63200 Riom  
E-mail: info@alis.asso.fr  
www.alis.asso.fr

Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations  
Jean-Marie MORA  
BP 816. 74016 Annecy cedex  
E-mail: LNPLV.acy@wanadoo.fr  
www.ctanet.fr/vaccination-information

## **GRAN BRETAÑA**

The Informed Parent  
Magda TAYLOR  
PO Box 870. Harrow.  
Middlesex HA3 7UW  
E-mail: magdataylor@lazou.fsnet.co.uk  
www.informedparent.co.uk

WDDTY (What Doctors Don't Tell You)  
2 Salisbury Road  
London SW19 4EZ  
E-mail: cs@wddty.co.uk  
www.wddty.co.ukJABS

Justice Awareness and Basic Support  
Jackie FLETCHER  
1 Gawsworth Road. Golborne  
Warrington, Cheshire WA3 3RF  
E-mail: tony@jabs.org.uk  
www.jabs.co.uk

### **GRECIA**

Marianne et Christian DARLAGIANNIS  
Vogatsiko-Kastoria  
GR T. K. 52053 (Allemand/grec)  
E-mail: krebs@otenet.gr

Christine COUZELI (Francés/griego)  
L. Alexandras 38  
GR 49100 Corfou

Gerassimos STOURAITIS  
(alemán/griego)  
Aristotelous 14  
GR 10433 Athènes

### **HUNGRIA**

Johannes BRUNEN (Alemán/húngaro)  
Piliscsaba  
Bajcsy-Zsilinsky út 55  
HU 2081  
E-mail: johann.brunen@ketezeregy.hu

### **IRLANDA**

IRISH VACCINATION AWARENESS  
Catherine Weitbrecht  
Letterbarrow  
Donegal Town. Co Donegal  
ctweitbrecht@gmail.com  
irishvaccinationawareness@outlook.com

### **ISLAS FIDJI**

Erwin ALBER (Alemán/inglés)  
PO Box 139. Pacific Harbour. Viti Levu  
E-mail: alberfj@yahoo.com

### **ISRAEL**

Dr Chaim ROSENTHAL  
25 Har Simai. Raanana  
E-mail: homeorof@netvision.net.il

Brain Damaged Children Rehabilitation  
Association  
PO Box 484  
Kefar Saba 44 104

### **ITALIA**

Associazione COMILVA  
(Coordinamento del Movimento Italiano  
per la Liberta delle Vaccinazioni)  
E-mail: comilva@comilva.org  
www.comilva.org

Simone et Thomas FEDERSPIEL  
Hauptstrasse 38c  
I 39027 Reschen/Südtirol  
E-mail: t.federspiel@rolmail.net

CONDAV (Coordinamento Nazionale  
Danneggiati da Vaccino)  
Via Borgofreddo, 38  
46018 Sabbioneta  
E-mail: info@condav.it  
www.condav.it

Associazione Vittime dei Vaccini  
Giorgio TREMANTE  
Via Danilo Preto, 8  
37133 Verona  
E-mail: tremantegiorgio@libero.it

### **LUXEMBURGO**

AEGIS Luxembourg a.s. b. l.  
BP 20. 3206 Roeser  
E-mail: info-aegis@internet.lu

### **NORUEGA**

Anette NEUMANN-TINGULSTAD  
Britanimatorget  
Storgt. 27  
1440 Drobak

Karen SUNDOY  
Grodemtunet 15  
4029 Stavanger

Vaksineopplyste Foreldre  
Lise KASPERSEN  
E-mail: lise.kaspersen@c2i.net

### **NUEVA ZELANDA**

IAS (Immunisation Awareness Society)  
PO Box 56-048. Dominion Road  
Auckland 1003  
www.ias.org.nz

### **PAISES BAJOS**

NVKP (Nederlandse Vereniging Kritisch  
Prikken)  
www.nvkp.nl

Stichting Vaccinatieschade  
www.vaccinatieschade.nl

### **PERÚ**

Augusto Grandez (Psicólogo)  
Lima  
E-mail: ottug61@yahoo.com

Diana Ochoa (Nutricionista)  
Lima  
E-mail: diana\_55\_7@hotmail.com

Elsa Goycochea (Enfermera)  
Lima  
E-mail: elsie8000@yahoo.es

Ana Belén Colonia (Nutricionista)  
Lima  
E-mail: anabelencori@gmail.com

### **SERBIA**

Dragana Tadic  
Mail: efv.v@vakcinainfo.org

Dragana Timotic  
E-mail: draganatimotic10@gmail.com  
Kraljice Marije 49  
Belgrade

### **SUECIA**

Maria CARLSHAMRE  
E-mail: maria.carlshamre@stocholm.  
mail.telia.com

### **SUIZA**

AEGIS Suisse  
(Alle Eltern Gegen Impfschäden)  
Udelbodenstr. 43  
6014 Littau

AEGIS Impuls  
Postfach 5239  
6000 Luzern  
E-mail: AEGIS\_Schweiz@cs.com  
www.aegis.ch

Groupe médical de Réflexion sur les vaccins  
Case Postale 110  
1010 Lausanne 10  
www.infovaccin.ch

Association STELIOR  
Elke AROD  
Case Postale 21  
1247 Anières (Suiza)  
www.stelior.org



## Las Vacunas: Peligros y Alternativas

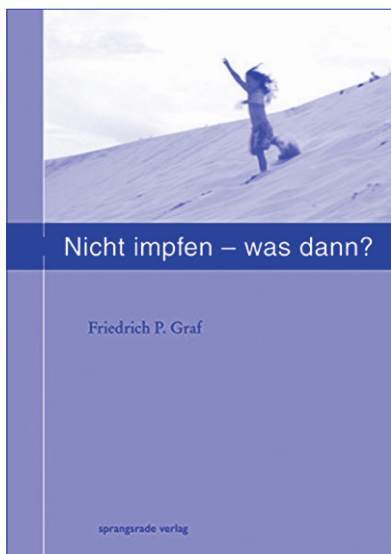
Autor: Adolfo Pérez Agustí  
Editor: Obelisco Ediciones  
Fecha de edición: Junio 2016

Cada vez más voces se alzan en contra de las vacunas, algunas de forma un tanto superficial; otras, como es el caso de esta obra, desde un punto de vista racional, documentado y experimentado.

**Todos los medicamentos están sujetos a una estricta y continua vigilancia, pero las vacunas parecen escaparse de esa normativa, y además son administradas de manera sistemática a niños y recién nacidos.**

Puesto que son fármacos que se introducen en nuestro organismo, generalmente por vía percutánea, **las consecuencias de su peligrosidad deberían evaluarse seriamente.** Esta valoración se hace aún más necesaria en el caso de los niños y de los recién nacidos, que reciben vacunas, una y otra vez, siguiendo un calendario sistemático que se extiende hasta los 12 o 14 años. Se tiene la certeza de que los efectos iatrogénicos de las vacunas abarcarán a muchas generaciones, pero ahora tenemos métodos alternativos e inocuos.

**Adolfo Pérez Agustí** es un reconocido Naturópata, autor de más de 50 libros sobre Medicina Natural, además de Profesor de Enfermería y Geriátrica dedicado desde hace ya casi 40 años a la divulgación y docencia de la Medicina Natural. Dedicado íntegramente a las Ciencias de la Salud, aboga en sus escritos por una Medicina más holística, es decir, la curación del enfermo mediante el trato conjunto de su cuerpo, mente y alma, evitando siempre que sea posible la utilización de elementos químicos, pues de nada vale mejorar un órgano si perjudicamos a otro.



## No vacunar, entonces... ¿Qué?

### Nicht impfen – was dann?

Autor: Friedrich P. Graf  
Editor: Sprangrade-Verlag  
Idioma: Alemán  
Fecha: septiembre 2008

El autor encoraja al lector a considerar muy críticamente el tema vacunal e informarse sobre los riesgos y las posibles alternativas.

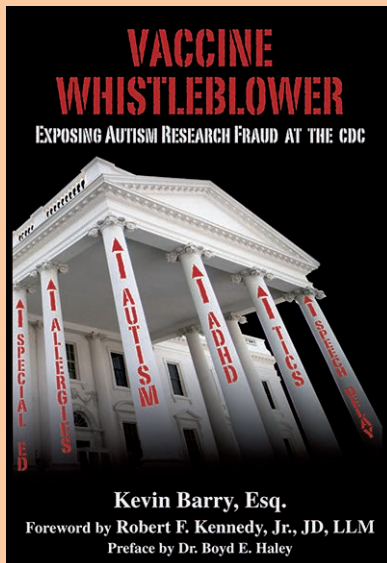
El editor escribe:

¡Actualmente se vive mejor sin vacunas!

Sólo unos pocos se atreven a renunciar a las vacunas. Así de exitosas son las campañas de propaganda, miedo y presión, para que cualquiera de nosotros ceda y se deje vacunar lo cual al final sólo nos pone enfermos.

Bajo las condiciones favorables actuales nos podemos tomar la libertad de cuidar el mantenimiento de nuestra salud y esto por sistema desde el momento del nacimiento.

El beneficio es inconmensurable. La decisión y la valentía al elegir alternativas es una parte importante del camino que nos lleva a superar el desafío del presente y del futuro.



Vaccine Whistleblower es un emocionante relato de cuatro conversaciones telefónicas grabadas legalmente entre el Dr. Brian Hooker, investigador del autismo vacunal, y el Dr. William Thompson, un científico de alto nivel en la división de seguridad vacunal en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Thompson, que todavía trabaja en el CDC al amparo de la Ley Federal de Protección de Denunciantes, describe un patrón de manipulación de datos, el fraude y la corrupción en los más altos niveles de la CDC, la agencia federal encargada de proteger la salud de los estadounidenses. Thompson dice: "Gente mayor que acaba de hacer cosas viles completamente contrarias a la ética y nadie les hace responsables".

Este libro anula las afirmaciones del gobierno de que "las vacunas son seguras y eficaces", y revela que el gobierno ha amañado la investigación para encubrir la relación entre las vacunas y el autismo. La verdad científica y la salud de los niños estadounidenses se ha comprometido al proteger el programa de vacunación y la industria farmacéutica. El costo financiero de la corrupción de los CDC es asombroso. El coste humano es incalculable. Vaccine Whistleblower (Vacuna Denunciantes) proporciona un contexto a las implicaciones de las revelaciones de Thompson y dirige al lector a la acción política.



## Autismus und Impfen – Zusammenhänge, Fakten und Beweise

Autor: Wolfram Klingele

Edición: Enero 2016

Este libro que apareció a principios de año 2016 en idioma alemán, expone de una manera clara, concisa y comprensible para todos los grupos de población, conexiones, hechos y pruebas de la relación entre el autismo y las vacunas.

El autismo es un gran problema, del cual se ha discutido mucho en los últimos años en repetidas ocasiones y será discutido una y otra vez, especialmente en los EE.UU. Desde finales de 1980, el número de casos de autismo en los EE.UU. está "explotando" - y por lo tanto también el coste de la asistencia sanitaria. Se dice que los genes podrían tener hasta cierto punto que ver con este aumento o cambiar los criterios de tratamiento. Pero no hay una explicación oficial. Los que tratan con más detalle el tema, sin embargo, reconocen que el aumento significativo del autismo en los Estados Unidos va asociado con el rápido aumento del número de vacunas administradas.

La supuesta relación entre el autismo y las vacunas no es nueva. Ya en la década de 1940 fueron creadas sospechas de vínculo entre el autismo y las vacunas. Aquí, el mercurio en las vacunas juega un papel muy importante, pero también las sales de aluminio y la vacuna triple vírica son sospechosos de desencadenar el autismo o al menos ayuda.

En el libro está claramente señalado el peligro y la toxicidad del mercurio etílico, que estaba contenido en el conservante timerosal durante décadas en muchas vacunas y aún hoy todavía la mayoría de las vacunas contra la gripe en los EE.UU. lo contiene. El timerosal se conoce como una sustancia extremadamente tóxica desde el primer uso a principios de 1930, pero, sin embargo, siempre se utiliza sin la aprobación oficial.

El autor también explica cómo el médico británico Dr. Wakefield presentó el autismo y las vacunas en 1998 por primera vez en gran medida al público. El estudio de Wakefield de 1998, relativo a la vacuna MMR, enterocolitis y el autismo, así como algunos otros estudios sobre el autismo se discuten en detalle. Para aquellos que quieren obtener una información completa sobre el autismo y las vacunas, este libro es un tesoro de información histórica y actual.