

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Vacunación Libre, 24

Noviembre 2018

Revista Internacional sobre vacunas

Vacunación Libre

Número 24. Octubre de 2018

Liga para la Libertad de Vacunación

ÍNDICE

- 3 El Integrismo Científico, Las Evidencias y La Injusticia / **Editorial**
- 5 Estudio EE.UU. sobre la salud de los niños vacunados comparada con la de los no vacunados entre 6 y 12 años / **Antony R. Mawson, Azad R. Bhuiyan, Binu Jacob**
- 9 Anamnesis vacunal, un ejemplo de lo que debería preguntarse antes de vacunar
- 12 ALUMINIO
- 12 a) Presencia de aluminio en el tejido cerebral de pacientes con autismo / **Matthew Mold, Dorcas Umar, Andrew King, Christopher Exley**
- 13 b) Reconsideración sobre los niveles seguros de las dosis de aluminio en inmunoterapia pediátrica / **James Lyons-Weiler**
- 15 Contraindicacions i vacunes. Puntuació
- 16 Vacuna de la Meningitis B y Bexsero
- 17 352 muertes por la vacuna del papiloma notificadas ante la Agencia Europea de Medicamentos
- 18 VACUNA DEL PAPILOMA
- 18 a) Declaración conjunta 2018 de víctimas de las vacunas contra el VPH. Reunión de Tokio, marzo de 2018 / **Alicia Capilla**
- 20 b) Aumento de la incidencia de cáncer cervical en Suecia. Posible relación con la vacuna del papiloma / **Lars Andersson**
- 20 c) Carta de la doctora Françoise Berthoud, Suiza
- 21 d) Síndrome postvacunal después de VPH: ¿Un espejismo clínico o un nuevo y trágico modelo de Fibromialgia? / **Manuel Martínez-Levin**
- 22 BEXSERO
- 22 a) Vacuna de Meningitis B: Notificaciones de reacciones adversas en la Comunidad de Madrid
- 23 b) Informe meningitis infecciosa en España durante el período de 1940–2017 / **Xavier Uriarte**
- 28 VACUNAS Y DIABETES
- 28 Revisión de la sobrecarga inmunitaria inducida por vacunas y la epidemia de diabetes tipo 1 y síndromes metabólicos resultantes... / **J. Barthelow Classen**
- 29 Eficacia de la vacuna de la gripe según un estudio del grupo Cochrane
- 30 Mortalidad y morbilidad post-vacunal / **Joan Mora Brugués**
- 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 Bibliografía

CONSEJO DE REDACCIÓN

Pepi Dominguez, Andreas Duwe,
Rosa Montserrat, Joan Mora, Gustau
Pau, Vicenç Robles, Xavier Uriarte

EDITA

Liga para la Libertad de Vacunación
E-mail: info@vacunacionlibre.org
Web: www.vacunacionlibre.org

Depósito Legal: Gi-931-2011

EL INTEGRISMO CIENTÍFICO, LAS EVIDENCIAS Y LA INJUSTICIA

No es una época fácil para el libre pensamiento. En el mes de junio de 2018 a colación de la Jornada de Vacunas en Gerona tanto la entidad municipal como eclesiástica nos prohibió la realización de la susodicha actividad. Es habitual que ante el anuncio de dichos eventos por parte de la LLV las redes sociales y la telefonía móvil vigilantes se activan y comienzan a presionar y a insultar a las entidades que colaboran o dejan sus locales.

Sabemos que actúan grupos organizados, ya en esta última década, desde los colegios médicos y farmacéuticos de todos los territorios, desde los institutos de secundaria y universidades que tomando como bandera única su concepción de la evidencia y de la ciencia atacan sistemáticamente a todas las organizaciones y movimientos que no piensen como ellos.

A principios del mes de septiembre en los juzgados de Barcelona se presentó ante la juez el caso de un niño del Maresme que no había podido entrar en su guardería municipal por decisión de la alcaldesa de la localidad.

El tema salió a juicio y cual fué la sorpresa que la deci-

sión de la juez ya estaba tomada de antemano sin leer las pruebas periciales ni atender a las aclaraciones del abogado defensor.

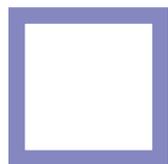
Es curioso observar que la Administración, tras presentar el defensor las pruebas periciales con la bibliografía internacionalmente reconocida, muchas veces la rechaza sistemáticamente alegando que no son evidencias.

Nos recordaría lo sucedido en el año 1932, con la subida al poder del Tercer Reich en Alemania, cuando el profesor de la fenomenología Edmund Husserl (1859–1938) dijera a su alumno Martin Heidegger (1889–1976): “No desequilibres tu mirada. Siempre en la vida mantén el equilibrio entre lo subjetivo y lo objetivo”. Pocos días después Husserl fue obligado a dejar la Universidad alemana. Heidegger tomó posesión como rector de una de las universidades prestigiosas del país. Supuso la continuación del fascismo social o lo que actualmente denominamos integrismo.

En este período de nuestra historia donde estamos, no debemos callar y persistiremos en el trabajo conjunto y con un pensamiento todavía más y más libre.

Liga para la Libertad de Vacunación

Estudio EE.UU. sobre la salud de los niños vacunados comparada con la de los no vacunados entre 6 y 12 años



Autoría: Antony R. Mawson, Azad R. Bhuiyan, Binu Jacob

Traducción: Sra. Carolina Contreras (Historiadora. www.lapapeleta.com)

Artículo original: "Vaccination and Health outcomes: A survey of 6-to-12 years-old Vaccinated and Unvaccinated Children based on Mothers Reports".

Fecha de elaboración: Noviembre 2016

En este estudio norteamericano publicado en noviembre del 2016 y retirado pocos meses después, se observan, entre la población de 6 a 12 años vacunada y no vacunada, unas diferencias significativas en el padecimiento de enfermedades crónicas y agudas.

INTRODUCCIÓN

Miremos qué dice este estudio que compara la salud de los niños vacunados con la de los no vacunados.

La forma más sencilla de demostrar la superioridad de las vacunas es hacer un estudio que compare la salud de los vacunados con la de los no vacunados.

Las vacunas son la piedra angular de la medicina moderna, su gran arma y acierto, y, se supone, uno de los logros más extraordinarios de la humanidad. No en vano nos protegen del germen, ese terrorista invisible que nos puede atacar.

Lo que nos protege de los microorganismos nos protege de grandes enfermedades, porque los virus y las bacterias son las únicas razones por las que nos enfermamos.

La contaminación no nos enferma, ni los animales horriblemente torturados que pensamos son alimento, ni las semillas genéticamente modificadas que crecen a punta de glifosato, ni la polución de aires y aguas, ni las guerras, ni las fumigaciones, ni la pobreza, ni los medicamentos, ni los ultrasonidos, ni nada de eso.

Son los gérmenes los únicos responsables de nuestra mala salud.

Como en las vacunas tenemos magníficas armas de combate, nada más sencillo para demostrar su superioridad que comparar la salud de quienes previenen las emboscadas del mundo natural con la de los necios que no se dejan inyectar.

¿Por qué no abundan este tipo de estudios? Llevan tantos años reclamándose y serían de interés para tantas personas y padres, que lo más aconsejable sería realizar una centena y callar las voces de los herejes de una vez y para siempre... Casi nadie quiere patrocinarlos. Nadie quiere publicarlos.

O los publican y los *rechazan*... Se ve de todo en el mundo de la información.

Porque aunque a todo el mundo le interese el resultado de este tipo de estudios y aunque sean la forma más sencilla, científica y sensata de demostrar la superioridad de las vacunas, es un misterio que no abunden en la literatura científica.

¿O será que no lo es?

El caso es que aquí está, el primer estudio que compara la salud de los niños vacunados y la de los no vacu-

nados: *Vaccination and Health Outcomes: A survey of 6-to-12-years-old Vaccinated and Unvaccinated Children based on Mothers' Reports*, de Anthony R. Mawson, Brian D. Ray, Azad R. Bhuiyan y Binu Jacob.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los propósitos del estudio son:

1. Comparar los niños vacunados y los no vacunados en un amplio rango de resultados de salud, incluyendo condiciones agudas y crónicas, medicación y uso de los servicios médicos.
2. Determinar si existe una asociación significativa entre las vacunas y los trastornos del desarrollo neurológico.

“Existen poquísimos estudios aleatorios sobre cualquiera de las vacunas recomendadas para los niños en cuanto a morbilidad y mortalidad, en parte por preocupaciones éticas.

Una excepción es la vacuna de altos anticuerpos contra el sarampión, que **fue retirada del mercado des-**

pués de varios estudios aleatorios en África occidental que mostraron que interactuaba con la vacuna DPT (difteria, tétano y pertusis) y aumentaba la mortalidad infantil en 33%.

“Hay algunos estudios observacionales hechos sobre la triple viral y la vacuna contra la hepatitis B, pero ninguno sobre el calendario de vacunación completo.

Los niños vacunados tienen menos probabilidades de varicela y de tosferina pero muchas más probabilidades de padecer otitis, neumonías, rinitis, TDAH y autismo.

El conocimiento es muy limitado, inclusive para las vacunas que tienen un amplio margen de seguridad y de protección.

Los niveles de seguridad y los efectos de largo plazo de los ingredientes en las vacunas, como los adyuvantes: mercurio, formaldehído, aluminio y tejido fetal abortado también se desconocen.

La pregunta de si las vacunas juegan un papel en los trastornos del desarrollo neurológico es una de las grandes controversias actuales.

Los trastornos neurológicos incluyen problemas de aprendizaje, el Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Síndrome del Espectro Autista.

La controversia ha estallado porque EE.UU. está viviendo una “epidemia silenciosa” de neurotoxicidad en la que 1 de cada 6 niños (16,6%) sufre de una discapacidad del desarrollo.

En 1996 la prevalencia del autismo era de 0,42%, en 2010 iba en 1,47% y entre 2011 y 2014 subió a 2,24%.

La prevalencia del TDAH también ha aumentado sustancialmente en las décadas recientes.

El marcado aumento de autismo y de TDHA en las décadas recientes,

sugiere que hay un factor ambiental determinante al que están expuestos todos los niños.

Los químicos agrícolas son un foco de investigación actual importante.

De todas formas, como no hay datos que comparen a los niños vacunados con los no vacunados, el posible rol de las vacunas en las discapacidades del desarrollo y en los trastornos neurológicos sigue siendo en la actualidad un tema desconocido.

La necesidad de estudiar los efectos de las vacunas está respaldada por el hecho de que el Vaccine Injury Compensation Program ha pagado más de \$3,2 billones de dólares en compensación por los daños generados por las vacunas, desde su creación en 1986.

Un estudio que analizó las compensaciones muestra que 86 se debieron a daño cerebral. Todos los niños tenían autismo”.

LOS RESULTADOS

Los niños vacunados tienen muchas menos probabilidades de haber sido diagnosticados con varicela y pertusis pero muchas más probabilidades de haber sido diagnosticados con otitis media, neumonía, rinitis alérgica, eczema, TDAH, autismo y problemas de aprendizaje.

También tienen más probabilidades de haber usado antibióticos, medicación para las alergias y la fiebre, de tener drenaje en los oídos, de haber visitado a un médico en el año anterior debido a problemas de salud y de haber estado hospitalizados.

A pesar de que la razón por la hospitalización y la edad del niño en el momento no se determinaron, este resultado es consistente con un estudio que se hizo sobre 38.801 reportes a VAERS (Sistema de recogida de efectos adversos a las vacunas) de niños que fueron hospitalizados o murieron después de ser vacunados.

El estudio también mostró que

hay una relación lineal entre el número de vacunas administradas en un momento y la tasa de hospitalización y muerte. Además, entre más joven fuera el niño al momento de vacunar, más alta la tasa de hospitalización y muerte. La tasa de hospitalización aumentó de 11% para 2 dosis de vacunas, a 23,5% por 8 dosis de vacunas (con un $R^2 = 0,91$). La probabilidad de muerte aumentó significativamente del 3.6% al recibir entre 1 y 4 dosis de vacunas, al 5.4% al recibir entre 5 y 8 dosis”.

Los niños vacunados tienen significativamente más probabilidades que los no vacunados de haber sido diagnosticados con las siguientes enfermedades crónicas:

- 3,7 veces más probabilidades (o 370%) de tener cualquier trastorno del desarrollo neurológico (TDAH, Autismo, problemas de aprendizaje)
- 4,2 veces más probabilidades de padecer Trastorno del Espectro Autista (Autismo)
- 4,2 veces más probabilidades de padecer Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención (THDA)
- 5,2 veces más posibilidades de tener problemas de aprendizaje
- 30,1 (o 3.100%) veces más probabilidades de padecer rinitis alérgica
- 2,9 veces más probabilidades de tener eczema/dermatitis atópica.

Sobre las enfermedades agudas:

- Los niños vacunados tienen 0,24 veces más probabilidades (o menos de la cuarta parte de la probabilidad) de ser diagnosticados con varicela y tos ferina que los no vacunados
- Los niños vacunados tienen 3,8 veces más probabilidades de tener infecciones de oído que los no vacunados (380% más) y 5,9 veces más posibilidades de contraer neumonía.

Diferencias de género entre vacunados:

Los niños (hombres) tienen muchas más probabilidades de enfermarse que las niñas. Específicamente:

- Tienen 240% más probabilidades de diagnosticarse con TDAH.
- Tienen 430% más probabilidades de padecer de autismo.
- Tienen 230% más problemas de aprendizaje que las niñas.

Una de las conclusiones más importantes del estudio dice que: “En un modelo final ajustado, la vacunación y no el nacimiento prematuro se mantuvo asociada con los trastornos del desarrollo neurológico, y la interacción entre el nacimiento prematuro y la vacunación está asociada a una probabilidad 6,6 veces mayor de tener un trastorno del desarrollo neurológico”.

Los bebés que nacen antes de tiempo y son vacunados tienen una probabilidad 660% mayor a tener autismo, TDAH o problemas de aprendizaje.

Para Kevin Barry, padre de un joven adolescente y autista, y autor de *Vaccine Whistleblower*, el libro sobre el fraude cometido por el Doctor William Thompson en el CDC (1):

“Completamente vacunado, prematuro y hombre, es una zona muy peligrosa, lo que no es ninguna sorpresa para nadie en la comunidad autista. El incremento en las alergias observado en el grupo completamente vacunado es evidencia circunstancial adicional de los efectos adversos que produce retocar un sistema inmunológico inmaduro”.

Para que lo tengan en cuenta: el ultrasonido es una de las causas de los nacimientos prematuros. También de que muchos de los partos tengan que ser por cesárea (2).

El estudio mostró, con un valor p de 0,057, que los hijos de las mujeres que se hicieron más de 3 ultrasonidos durante el embarazo, tuvieron 320% más riesgo de tener trastornos del desarrollo neurológico que los de las que no se hicieron ecografías y las que se hicieron entre 1 y 3 ultrasonidos aumentaron en 170% el riesgo.

LA CENSURA

Este estudio pionero que compara la salud general de los niños vacunados y no vacunados se publicó por primera vez en noviembre de 2016.

El estudio fue aceptado y publicado en el portal de la revista *Frontiers of Public Research* y, 100 horas y más de 80.000 lecturas después, fue retirado. Según los portavoces de *Frontiers*, fue desaceptado.

El 22 de febrero del 2018, el portal New American News publicó el estudio, que fue entregado al escritor James O. Grundvig —el autor de *Master Manipulator: The Explosive True Story of Fraud, Embezzlement, and Government Betrayal at the CDC*.

Hay preguntas fundamentales que responder:

¿Por qué están el CDC y las farmacéuticas presionando para que se les apliquen más vacunas a las mujeres embarazadas y sus fetos?

¿Es solamente por avaricia y dinero?

¿O hay algo más detrás de este plan para vacunar a las humanas del útero a la tumba?

¿Por qué este nivel de censura en un tema que es de interés fundamental para todo el mundo, y que es vital para todos los padres y todos los que quieren serlo?

Los niños son supremamente vulnerables e indefensos y de nosotros los adultos depende tomar las decisiones, decisiones que tienen consecuencias que habrán de acompañarlos toda la vida.

La información que provee este estudio tiene que conocerla todo el mundo. Cuanto más se conozca, mayor será la presión para que se hagan más estudios como éste, con diferentes diseños, en otros lugares, con otro tipo de niños y para otras razas.

La población que se usó en este estudio es primordialmente blanca y aún así, los datos fueron lo suficientemente consistentes como para concluir que los que no son blancos tienen

el doble de probabilidades de generar reacciones adversas a las vacunas.

El CDC claramente sabe lo que encontró el estudio hecho por Mawson: las vacunas causan una serie de problemas en los bebés, alterando sus sistemas inmunológico y nervioso.

El doctor Edward Fogarty dijo en una entrevista telefónica a James O. Grundvig:

El marcado aumento de autismo y de tdha en las décadas recientes, sugiere que hay un factor ambiental determinante al que están expuestos todos los niños.

“Las interfaces neuro-inmunológicas del desarrollo fetal, neonatal y del cerebro infantil están entre los procesos más complejos de señalización celular coreografiada y de arquitectura de los tejidos en toda la biología mamífera y humana. Muchos científicos y médicos saben que las vulnerabilidades inherentes a estos sistemas del desarrollo, tan complejos, están vinculadas. A partir de un análisis de sistemas, no es ninguna sorpresa, para muchos de los que estamos viendo romperse ese tren desde lejos, que inyectar metales supone un riesgo de desregulación inmunológica y de lesiones neurológicas”.

El doctor Fogarty es el director del departamento de radiología de la Universidad de North Dakota.

Cuando se enteró de que el estudio había sido censurado, dijo:

“Como un imagenólogo académico y clínico cuya especialidad está basada en la ética de la transparencia, es terriblemente inquietante que este manuscrito esté siendo censurado. Obliga la pregunta: ¿Por qué?”.

Hizo una pausa, su voz se enfureció y añadió:

“En ningún otro lugar de la academia vemos el mismo nivel de censura en investigación que en este campo. De hecho, los riesgos económicos, profesionales y políticos de cualquiera que conduzca investigaciones sobre la seguridad en esta esfera de la salud pública de EE. UU. son

tan grandes, que han servido para amordazar a casi toda una clase profesional. Los médicos preocupados que son cirujanos, radiólogos, patólogos, médicos de atención primaria e, incluso, los pediatras, se enfrentan a amenazas susurradas de pérdidas de licencia si se atreven a hablar, incluso, al interior de la profesión”.

Para Anthony Mawson, que ha presentado el estudio a otra revista científica, es un juego de paciencia.

Dice Grundvig:

“La diferencia principal entre su estudio poblacional y el hecho por el CDC, que contrató a Poul Thorsen, un mercenario científico danés para cocinar datos y producir estudios fraudulentos (conocidos como *The Danish Studies*), es que Mawson no cambió los parámetros de diseño del estudio en la mitad del mismo, ni descubrió qué pasaba al eliminar una franja de los datos porque no le gustaron los resultados”.

Obviamente, el estudio de Mawson será atacado por las farmacéuticas, sus cómplices y los principales medios de comunicación, diciendo que “no se pueden verificar los resultados”, dado que el estudio se diseñó para hacerse a partir de encuestas anónimas en 4 estados de EE.UU. que contestaron madres con niños entre 6 y 12 años, que estudiaban en casa. Pero esta crítica carece de sentido, puesto que el CDC usó la misma estrategia de encuesta en 2015, que arrojó el impresionante resultado de que 1 de cada 45 niños tiene autismo, entre los niños recién nacidos (*).

Muy incómodo con los resultados, Benjamin Zablotzky PhD, el investigador principal del CDC, dijo en una entrevista telefónica que ese estudio era simplemente una encuesta y que el CDC usaría su sistema de vigilancia de referencia que, por alguna extraña razón, arrojó la misma tasa de 1 en 68 en 2014 y en 2016. De pronto

tiene algo que ver con el último escándalo del CDC, en el que Judith Pinborough-Zimmerman, una informante del CDC, denunció el fraude que comete el CDC al omitir datos de sus sistemas de vigilancia y al publicar estudios bajo la autoría de personas que no los hicieron (*).

Según las estadísticas del estudio de Mawson, estadísticas que se recogieron en 2012, 1 de cada 13 de los niños vacunados tiene autismo. Para las niñas la tasa es menor pero igualmente terrorífica, 1 de cada 53 es diagnosticada con autismo. Teniendo en cuenta niños vacunados y no vacunados la estadística es de 1 en 30, una cifra muy superior al ya escalofriante 1 en 45 del CDC de 2015.

- 1 de cada 7 niños vacunados y 1 de cada 15 niñas vacunadas ha sido diagnosticado/a con un trastorno del desarrollo neurológico.
- 1 de cada 83 niños no vacunados ha sido diagnosticado con autismo.
- Las vacunas son uno de los detonantes más severos de los trastornos neurológicos pero también lo son el ultrasonido y el nivel de contaminación corporal que tienen las madres.
- Según estadísticas de la EPA, 1 de cada 6 mujeres tiene suficiente mercurio en su cuerpo como para generarle daños a sus hijos.

En 1996 la prevalencia del autismo era de 0,42%, en 2010 iba en 1,47% y en 2012 subió a 3,3%, según el estudio de Mawson. Dadas las perversas inclinaciones que tiene el CDC a mermar estas cifras, es más confiable la de Mawson que el 2,4% del CDC.

¿En cuánto estará este año?

Solamente en 2014 se diagnosticaron en EE.UU. más de 1.000.000 de casos de autismo.

Las proyecciones dicen que para 2030, 1 de cada 2 niños va a tener au-

tismo, siendo el 80% hombres.

Con todo el horror que me produce, tengo que decir que si no abrimos los ojos y no presionamos para que se hagan más estudios como el de Mawson y para que la decisión de vacunarse o no sea voluntaria, vamos a cumplir a cabalidad con esa cifra tan macabra.

La evidencia no está sólo en las cifras sino en todos los parques, hospitales y jardines infantiles.

Para los que pueden verlo.

Para los que **quieren** verlo.

CONTACTO

Pueden encontrar el estudio en: <http://newamericannews.com/wp-content/uploads/2017/02/MAWSON-STUDY.pdf>

(*) Estos dos párrafos son traducciones de párrafos que aparecen en el artículo *Censored Study of Vaccinated vs. Unvaccinated sees Daylight. President Trump needs to launch Vaccine Safety Commission ASAP*, de James O. Grundvig.

Pueden encontrar el artículo en: <https://healthcareinamerica.us/censored-study-of-vaccinated-vs-unvaccinated-sees-daylight-4be6f3a03c1c>

Información sobre riesgos vacunales:

- <http://www.lapapeleta.com/articulos/vacunas>

Información sobre los riesgos del ultrasonido:

- <http://lapapeleta.com/ultrasonido-ULTRAPELIGROSO>
- <http://harvoa.org/>
- <https://kellybroganmd.com/?s=ultrasound>
- <https://jonrappoport.wordpress.com/2015/05/17/the-great-jim-west-does-it-again-the-dangers-of-ultrasound/>
- <http://www.ultrasound-autism.org/>

Anamnesis vacunal, un ejemplo de lo que debería preguntarse antes de vacunar

Presentamos traducido el cuestionario de preguntas SUMMIT COUNTY PUBLIC HEALTH REGISTRATION FORM que sugieren los centros de salud pública en OHIO, Estados Unidos.

A menudo, en el momento de la vacunación del niño, nadie pregunta nada y se pasan por alto una serie de contraindicaciones que evitarían, muy probablemente, la aparición de efectos secundarios graves post-vacunales.

Paciente:

Fecha nacimiento:

SIGNOS/CARACTERÍSTICAS VITALES:

REFERENTE A PCP:

WT:

TEMP:

BP:/.....

PULSO:

RESPIRACIONES:

CRIBAJE LISTA DE COMPROBACIÓN PARA CONTRAINDICACIONES VACUNALES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Para padres/tutores/guardianes:

Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar que vacunas se pueden dar hoy a sus hijos. Si usted responde "Sí" a todas las preguntas, no significa necesariamente que su hijo no debe vacunarse. Precisamente quiere decir que se habrán de responder preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, por favor, pregunte a su médico o enfermera para que amplíe la información.

¿Trae consigo el carnet vacunal de su hijo/a? Si No

Es importante tener un carnet personal con las vacunaciones de su hijo. Si no lo tiene, pregunte y pídale al servicio de salud al cual acude normalmente, debidamente rellenado. Guárdelo en sitio seguro y tráigalo cada vez que utilice un servicio médico para su hijo.

		Sí	No	No sé
1	¿Está enfermo el niño actualmente?			
2	¿Tiene el niño alergias a medicamentos, alimentos, componentes vacunales o goma/látex?			
3	¿Ha reaccionado seriamente a alguna vacuna en el pasado?			
4	¿Ha tenido un problema de salud en pulmones, corazón, riñones o síndrome metabólico (p. e. diabetes), asma, o trastorno sanguíneo? ¿Ha estado él o ella tomando por largo tiempo una terapia con aspirina?			
5	Si el niño al que hay que vacunar tiene entre 2 y 4 años, ¿alguien que lo haya tratado le ha dicho que padeciera de sibilantes o asma en los últimos 12 meses?			
6	Si su hijo es aún un bebé, ¿le han dicho alguna vez que haya tenido invaginación intestinal?			
7	¿Ha tenido el niño convulsiones, o alguien en la familia padece de convulsiones? ¿Ha tenido daño cerebral u otro problema del sistema nervioso?			
8	¿Tiene o ha tenido el niño o un familiar cáncer, leucemia, Sida/HIV, o cualquier problema el sistema inmune?			
9	¿En los últimos tres meses el niño ha tenido que tomar medicación para el sistema inmune como cortisona, prednisona, otro esteroide o pastillas anti-cáncer; pastillas para el tratamiento de artritis reumatoide, síndrome de Crohn, o psoriasis, o ha seguido un tratamiento con radiación?			
10	¿En el pasado año, el niño, ha tenido que recibir una transfusión de sangre u otros productos sanguíneos, o se le administraron gamma-globulina o pastillas anti-virales?			
11	¿Está la niña/joven embarazada o hay la posibilidad de estarlo durante el próximo mes?			
12	¿Ha recibido vacunas durante las últimas 4 semanas?			
13	¿Su hijo/a está normalmente en tratamiento médico? Si No Formulario completado por: Fecha: Formulario revisado por: Fecha:			

Comentarios sobre las contraindicaciones en referencia a cada pregunta

1. Obviamente no se puede vacunar si el niño está enfermo, pues su sistema inmunitario está ocupado y puede no reaccionar convenientemente al antígeno vacunal.
2. Reacciones alérgicas al látex son una contraindicación a las vacunas que lo contienen¹ ya sea en su composición o en la vía de administración. Si una persona es alérgica a la gelatina, no debe administrarse las vacunas que llevan gelatina. Pacientes con reacciones alérgicas graves al huevo, deben evitar la vacuna de la gripe, o en caso de ser administrada, debe serlo bajo supervisión en un centro médico.
3. Una historia de reacción anafiláctica a una dosis previa de vacuna es una contraindicación para administrar nuevas dosis. Antecedentes de encefalopatía en los 7 días posteriores a la vacuna DTP, es una contraindicación para dosis posteriores de la vacuna Pertussis (Tos ferina).
4. La seguridad de las vacunas de la gripe con virus vivos atenuados en niños con problemas cardíacos o asmáticos, o con enfermedades metabólicas (diabetes), renales o sanguíneas, no está bien establecido. En estas patologías, que incluyen el asma en niños de 5 años o mayores, hay que ir con precaución. Los niños en tratamiento a largo plazo con aspirina, tampoco deberían recibir estas vacunas.
5. Los niños de 2 a 5 años que han padecido de algún episodio de broncoespasmo o sibilantes en los últimos 12 meses, tampoco deberían recibir la vacuna de la gripe.
6. Los niños que han padecido algún episodio de invaginación intestinal, no deberían recibir las vacunas del rotavirus
7. Las vacunas Dtp i DT están contraindicadas si hay una historia de encefalopatía en los 7 días posteriores a la vacuna DTP. Cualquier problema neurológico progresivo es una contraindicación para la DTP. Los niños con una historia personal o familiar de convulsiones, no deberían ser vacunados con la Triple vírica. También es una contraindicación el Síndrome de Guillem-Barré, sobre todo cuando éste ha aparecido en las 6 semanas posteriores a la vacunación del tétanos o de la vacuna de la gripe.
8. Las vacunas con virus vivos (triple vírica, varicela, rotavirus, gripe) están contraindicadas en niños con compromiso inmunitario (inmunodeficiencias).
9. Las vacunas con virus vivos han de ser pospuestas en caso de estar con quimioterapia o un tratamiento crónico con corticoides, igualmente en personas que toman inmunomoduladores o inmunosupresores.
10. Algunas vacunas con virus vivos (gripe, Triple vírica, varicela) deberían ser pospuestas o reconsideradas.
11. Las vacunas con virus vivos están contraindicadas durante el embarazo e incluso un mes antes del embarazo, debido al riesgo de transmisión del virus al feto. La vacuna de la polio inactivada, no debería darse en el embarazo, o solamente en caso de riesgo inminente de polio.
12. Los niños que han recibido vacunas de virus vivos (gripe, triple vírica, varicela, fiebre amarilla) deberían esperar un mínimo de 28 días antes de recibir cualquier otra vacuna.

Immunization Action Coalition • Saint Paul, Minnesota • 651-647-9009
www.immunize.org • www.vaccineinformation.org

¹ Latex in Vaccine Packaging: www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/latex-table.pdf
Table of Vaccine Components: www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/excipient-table-2.pdf.

a) Presencia de aluminio en el tejido cerebral de pacientes con autismo



Autores: Matthew Mold, Dorcas Umar, Andrew King, Christopher Exley

Fecha: 11 de diciembre de 2017

Fuente: Noticiasdeabajo. www.sciencedirect.com

Resumen

El trastorno del espectro autista es un trastorno de origen desconocido que afecta al desarrollo neurológico. Se ha sugerido que puede tener un origen genético o debido a factores ambientales, incluyendo en estos la presencia de sustancias tóxicas en el ambiente. La exposición humana a la toxina ambiental que es el aluminio, se ha relacionado, aunque como una mera tentativa, con el trastorno del espectro autista. Hemos utilizado la técnica de espectrometría de absorción atómica con horno de grafito calentado transversalmente para medir, por primera vez, el contenido de aluminio del tejido cerebral de los donantes que han sido diagnosticados de autismo. También hemos utilizado flúor selectivo de aluminio para identificar el aluminio del tejido cerebral mediante microscopía de fluorescencia.

El contenido en aluminio del tejido cerebral en los autistas era considerablemente alto. El contenido medio (desviación estándar) de aluminio en los 5 individuos estudiados para cada lóbulo cerebral fue de 3,83 (5,42), 2,30 (2,00), 2,79 (4,05) y 3,82 (5,17) $\mu\text{g/g}$ de peso seco, para los lóbulos occipital, frontal, temporal y parietal respectivamente. Estos son los valores más altos registrados hasta ahora en el tejido cerebral humano, y hay que preguntarse por qué, por ejemplo, el contenido de aluminio en el lóbulo occipital de un muchacho de 15 años era de 8,79 $\mu\text{g/g}$ de peso seco. Se utilizó microscopía de fluorescencia selectiva de alumi-

nio para identificar el aluminio en el tejido cerebral de 10 donantes. Mientras que el aluminio se pensaba que estaría asociado a las neuronas, estaba presente en los espacios intracelulares de células similares a la microglía y otras células inflamatorias no neuronales de las meninges, vasos sanguíneos, materia gris y blanca.

El predominio de aluminio en los espacios intracelulares asociados con células no neuronales fue una observación destacada en el tejido cerebral de los pacientes autistas y puede ofrecer una pista sobre el origen del aluminio en el tejido cerebral, así como el papel que puede jugar en la aparición del trastorno del espectro autista.

Conclusiones

Hemos realizado las primeras mediciones de la presencia de aluminio en el tejido cerebral de pacientes con TEA y hemos demostrado que el contenido de aluminio en los tejidos cerebrales es extremadamente alto. Se ha identificado aluminio en el tejido cerebral tanto extracelular como intracelularmente, involucrando en este caso a las neuronas como a las células no neuronales. La presencia de aluminio en las células inflamatorias de las meninges, los vasos sanguíneos, la materia blanca y gris, es una observación destacada y podría implicar al aluminio como origen del trastorno del espectro autista.

b) Reconsideración sobre los niveles seguros de las dosis de aluminio en inmunoterapia pediátrica



Autores:

- James Lyons-Weiler. Institute for Pure and Applied Knowledge, 2912 Kilcairn Lane, Allison, PA 15101, USA.
- Robert Ricketson. Hale O'mana'o Research, 19 West Edwards Street, Edmond, OK 73003, USA.

Publicación: *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology* 48(2018) 67-73.

Web: www.elsevier.com/locate/jtemb

Comentario

Interesante artículo sobre las dosis de aluminio consideradas tóxicas en relación a las inoculaciones vacunales repetidas, todas ellas conteniendo aluminio.

Los considerados niveles de toxicidad son discutibles según la situación de la persona (más vulnerable), la edad, etc. Además, la dosificación del Aluminio en las vacunas se hace en función de su capacidad de generar respuesta antigénica, no en base a su seguridad.

La principal conclusión es que hay que re-evaluar las vacunaciones en prematuros o lactantes de bajo peso que parecerían más expuestos a los efectos del aluminio.

Otro tema colateral al artículo, es a qué nivel ponemos la "dosis tóxica", quién y cómo lo decide.

Resumen

Las regulaciones de la FDA requieren pruebas de seguridad de los ingredientes constitutivos de drogas (21 CFR 610.15). Con la excepción de proteínas extrañas, no se requiere ninguna prueba de seguridad de los componentes de las vacunas o los calendarios de vacunación. La dosificación de aluminio en las vacunas se basa en la producción de títulos de anticuerpos, no en la ciencia de seguridad. Aquí se aprecia un límite de dosis pediátrica que tiene en cuenta el peso corporal. Identificamos varios errores graves en los análisis históricos del pasado de los niveles provisionales seguros de aluminio en vacunas, y al proporcionar actualizaciones pertinentes a la exposición de aluminio infantil teniendo en cuenta el calendario pediátrico de peso corporal pediátrico. Cuando las dosis de aluminio se estiman a partir de un código Federal normativo, determinado según peso corporal, se detecta que la exposición de la programación actual vacunal supera nuestra estimación de un plazo de Dosis pediátrica corregida según el peso. Nuestros cálculos muestran que los niveles de aluminio sugeridos por los límites utilizados actualmente colocan a los lactantes en

riesgo de exposición aguda, repetida, y posiblemente crónica de niveles tóxicos de aluminio en los calendarios modernos de vacunación. Exposiciones individuales en adultos están a la par con tolerancia provisional semanales de admisión de "límites", pero algunas personas pueden ser intolerantes al aluminio debido a la genética o a exposiciones anteriores.

La vacunación en recién nacidos y lactantes de bajo peso al nacer debe ser re-evaluado; se discuten otras implicaciones para el uso del aluminio que contienen las vacunas y limitaciones adicionales en nuestra comprensión de los niveles de neuro-toxicidad y seguridad del aluminio en productos biológicos.

Referencias

1. US Centers for Disease Control and Prevention. Appendix B. Vaccine Excipient & Media Summary Excipients Included in U.S. Vaccines, by Vaccine; 2015 <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/b/excipient-table-2.pdf>.
2. ENGERIX-B Hepatitis B Vaccine (Recombinant). https://www.gsksource.com/pharma/content/dam/GlaxoSmithKline/US/en/Prescribing_Information/Engerix-B/pdf/ENGERIX-B.PDF.
3. INFANRIX (Diphtheria and Tetanus Toxoids and Acellular Pertussis Vaccine Adsorbed). https://www.gsksource.com/pharma/content/dam/GlaxoSmithKline/US/en/Prescribing_Information/Infanrix/pdf/INFANRIX.PDF.
4. Liquid PedvaxHIB® Haemophilus b Conjugate Vaccine. https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/p/pedvax_hib/pedvax_pi.pdf.
5. HAVRIX (Hepatitis A Vaccine) Suspension for Intramuscular Injection. https://www.gsksource.com/pharma/content/dam/GlaxoSmithKline/US/en/Prescribing_Information/Havrix/pdf/HAVRIX.PDF.
6. PREVNAR 13 (Pneumococcal 13-valent Conjugate

- Vaccine. <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM201669.pdf>.
7. Child and Adolescent Schedule. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/child-adolescent.html>.
 8. Chapter 21 of the US Code of Federal Regulations 610.15(a). e-CRF data update December 29, 2016.
 9. N.W. Baylor, W. Egan, P. Richman, Aluminum salts in vaccines—US perspective, *Vaccine* 20 (Suppl. 3) (2002) S18–S23.
J. Lyons-Weiler, R. Ricketson *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology* 48 (2018) 67–73
 10. J.C. May, J.J. Progar, R. Chin, The aluminum content of biological products containing aluminium adjuvants: determination by atomic absorption spectrometry, *J. Biol. Stand.* 12 (1984) 175–183.
 11. L.S. Keith, D.E. Jones, C.H. Chou, Aluminum toxicokinetics regarding infant diet and vaccinations, *Vaccine* 20 (Suppl. 3) (2002) S13–S17.
 12. Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives. Evaluation of certain food additives and contaminants Thirty-third report.. WHO Technical Report Series, No. 776, 1989.
 13. Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives. Evaluation of certain food additives and contaminants Eightieth report.. WHO Technical Report Series, No. 995, 2016.
 14. Committee on Nutrition. Aluminum Toxicity in Infants and Children. *Pediatrics* Vol. 97, No. 3 March 1996.
 15. ATSDR Toxicological Profile for Aluminum, September 2008. CAS#: 7429-90-5.
 16. APPENDIX A, ATSDR MINIMAL RISK LEVELS AND WORKSHEETS.
 17. APPENDIX B, ATSDR MINIMAL RISK LEVELS AND WORKSHEETS.
 18. M.A. Dorato, J.A. Engelhardt, The no-observed-adverse-effect-level in drug safety evaluations: use issues, and definition(s), *Regul. Toxicol. Pharmacol.* 42 (2005) 265–274.
 19. U.S. Department of Health & Human Services. Environmental Health and Toxicology Specialized Information Services. Retrieved January 9, 2016. Based upon: Duffus, J. H.; Nordberg, M.; Templeton, D. M. Glossary of terms used in toxicology, 2nd edition (IUPAC Recommendations 2007).
 20. B.G. Reigner, K.S. Blesch, Estimating the starting dose for entry into humans: principles and practice, *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 57 (2002) 835–845.
 21. V. Sharma, J.H. McNeill, To scale or not to scale: the principles of dose extrapolation, *Br. J. Pharmacol.* 157 (2009) 907–921, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1476-5381.2009.00267.x>.
 22. A.B. Nair, S. Jacob, A simple practice guide for dose conversion between animals and human, *J. Basic Clin. Pharm.* 7 (2016) 27–31, <http://dx.doi.org/10.4103/0976-0105.177703>.
 23. J.A. Pennington, S.A. Schoen, Estimates of dietary exposure to aluminium, *Food Addit. Contam.* 12 (1995) 119–128.
 24. M.S. Golub, J.M. Donald, M.E. Gershwin, C.L. Keen, Effects of aluminum ingestion on spontaneous motor activity of mice, *Neurotoxicol. Teratol.* 11 (1989) 231–235.
 25. M.S. Golub, S.L. Germann, Long-term consequences of developmental exposure to aluminium in a suboptimal diet for growth and behavior in Swiss Webster mice, *Neurotoxicol. Teratol.* 23 (2001) 365–372.
 26. M.T. Colomina, J.L. Roig, M. Torrente, et al., Concurrent exposure to aluminum and stress during pregnancy in rats: effects on postnatal development and behavior of the offspring, *Neurotoxicol. Teratol.* 27 (2005) 565–574.
 27. M.S. Golub, S.L. Germann, B. Han, et al., Lifelong feeding of a high aluminum diet to mice, *Toxicology* 150 (2000) 107–117.
 28. *Clinical Calculation 5th Edition*, Chapter 12 Pediatric Dosage Pages 211–232.
 29. O. Marnett, M.A. Caria, P. Melis, et al., Effect of aluminum consumption on the vestibulo-ocular reflex, *Metab. Brain Dis.* 21 (2006) 86, <http://dx.doi.org/10.1007/s11011-006-9010-9>.
 30. L. Tomljenovic, C.A. Shaw, Mechanisms of aluminum adjuvant toxicity and autoimmunity in pediatric populations, *Lupus* 21 (2012) 223–230, <http://dx.doi.org/10.1177/0961203311430221>.
 31. L. Tomljenovic, C.A. Shaw, Do aluminum vaccine adjuvants contribute to the rising prevalence of autism, *J. Inorg. Biochem.* 105 (2011) 1449–1489.
 32. R.J. Mitkus, D.B. King, M.A. Hess, et al., Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination, *Vaccine* 29 (2011) 9538–9543, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.09.124>.
 33. N.D. Priest, The biological behaviour and bioavailability of aluminum in man, with special reference to studies employing aluminium-26 as a tracer: review and study update, *J. Environ. Monit.* 6 (2004) 375–403.
 34. A. Mirza, A. King, C. Troakes, C. Exley, Aluminium in brain tissue in familial Alzheimer's disease, *J. Trace Elem. Med. Biol.* 40 (2017) 30–36.
 35. D. Malakoff, Public health. Aluminum is put on trial as a vaccine booster, *Science* 288 (2000) 1323–1334.
 36. J.G. Dórea, Exposure to mercury and aluminum in early life: developmental vulnerability as a modifying factor in neurologic and immunologic effects, *Int. J.*

- Environ. Res. Public Health 12 (2015) 1295–1313, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph120201295>.
37. J.A. Pennington, S.A. Schoen, Estimates of dietary exposure to aluminium, *Food Addit. Contam.* 2 (1995) 119–128.
 38. R.A. Yokel. Aluminum in food – The nature and contribution of food additives. In: Yehia El-Samragy (ed.), *Food Additive*, Intech (2012) pp 203–228, ISBN 978-953- 51-0067-6.
 39. M. Cella, C. Knibbe, M. Danhof, O. Della Pasqua, What is the right dose for children? *Br. J. Clin. Pharmacol.* 70 (2010) 597–603, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2125.2009.03591>.
 40. United States Centers for Disease Control and Prevention. Growth Charts – Clinical Growth Charts. <https://www.cdc.gov/growthcharts/charts.htm>.
 41. United States Food and Drug Administration. TITLE 21 – FOOD AND DRUGS CHAPTER I – FOOD AND DRUG ADMINISTRATION DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES SUBCHAPTER C – DRUGS: GENERAL <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=201.32321CFR201.323..>
 42. M.D. Mold, A. Umar, A. King, C. Exley, Aluminium in brain tissue in autism, *J. Trace Elem. Med. Biol.* 46 (2018) 76–82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtemb.2017.11.012>.
 - J. Lyons-Weiler, R. Ricketson *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology* 48 (2018) 67–73 73

Contraindicaciones y vacunas

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

Aquellas contraindicaciones que son temporales o transitorias, no permanentes y que posibilitan, en el momento en que se resuelva la situación volver a valorar la vacunación.

Bajo peso o Prematuro
 Infección aguda / Convalecencia / Terreno Hipersensibilizante
 Dermatitis Atópica
 Diarrea
 Hipertermia o fiebre
 Embarazo
 Preconcepción
 Amamantamiento materno
 Malnutrición

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

Aquellas contraindicaciones definitivas y permanentes que contraindiquen la vacunación a lo largo de la vida.

Inmunodeficiencias (congénita, adquirida, utilización de corticoides, de inmunoterapia pasiva, presencia de tumor, etc).
 Encefalopatía evolutiva y no evolutiva (convulsión, epilepsia, letargia, somnolencia, irritabilidad, lloros, gritos, hipercinesia, apnea, hipoapnea, etc).
 Reacción anafiláctica.
 Hipersensibilidad a la neomicina, kanamicina, polimixina, estreptomycin, lactosa, polisorbatos, mercurio, aluminio, boratos, latex, albúmina, gelatina, formaldehído, fenoxietanol.
 Alteraciones de la coagulación (hemorragia o trombosis).
 Grupo sanguíneo Cero, B.
 Marcadores HLA: DR3, B7, A3, DR2-7, DW17
 Antecedentes familiares o personales de encefalopatía, diabetes, alergia, nefrosis.

Vacuna de la Meningitis B y Bexsero

Fecha de elaboración: 2 de Marzo de 2016

Al principio como ya ocurrió con la introducción de la Vacuna Meningococo C en España y en el mundo en el año 1999, sale a la opinión pública con mínima información y máximo miedo.

Entre la información que tenemos destacamos:

1. La incidencia de la Meningitis B en España es del 0,7/100.000. En edades inferiores a 5 años es 8/100.000.
2. La letalidad es del 5–10%.
3. Las secuelas son del 20%. En España en el 2011 se dieron 304 personas afectadas de Meningitis B. La Meningitis B supone actualmente el 70% de todas las Meningitis bacterianas. Actualmente en el 2016 en España se considera que existe una baja incidencia de la Meningitis B.
4. La Vacuna BEXSERO que sale al mercado sin estudios clínicos y sólo de inmunogenicidad ha sido diseñada por Vacunología Inversa, sistema virtual que tras el análisis bioinformático de las secuencias del genoma se han identificado 4 probables Antígenos de los 1.000 posibles en forma de proteína de la membrana del meningococo B. Es la Eschericia Colli el vehículo sobre el que se fabrican por ingeniería genética las proteínas que forman parte de la nueva vacuna. Toda la información que tenemos sobre la Vacuna procede del Laboratorio Novartis productor de la vacuna.
5. En la composición de esta vacuna aparecen 50 microgramos de 4 proteínas seleccionadas+ 1,5 mgrs. o 1.500 microgramos de Hidróxido de Aluminio + 3.250 microgramos de Cloruro sódico + Toxina diftérica.
6. Entre los Efectos Adversos cabe destacar: meningitis y encefalitis postvacunal (1 persona cada 8.000 dosis), muerte postvacunal (1 persona cada 2.000.000 de dosis), alteraciones cardíacas (1 persona cada 10.000 dosis), reacciones anafilácticas (1 persona cada 9.000 dosis), mononucleosis infecciosa (1 persona por 8.000 dosis), púrpura y trombocitopenia (1 persona cada 10.000 dosis), fatiga crónica y diabetes (1 persona cada 10.000 dosis).
7. La duración de la Memoria es cortísima. Se mantendría entre 1–2 años después de todas las vacunaciones realizadas.
8. Esta memoria no es inducida por los componentes biológicos de la vacuna sino por la presencia en altas cantidades de hidróxido de aluminio.
9. El coste social por la secuela postvacunal llega a ser de 3.219.653 euros.
10. Las Campañas de la Meningitis C ha hecho disminuir la meningitis C pero ha aumentado la gravedad de las meningitis C que se producen y actualmente la Campaña de la Meningitis B, si se lleva a cabo, hará disminuir la meningitis B pero aumentará su gravedad.
11. Ni la AEMPS ni el Grupo de Trabajo de Registro de Vacunas han aceptado la utilización de la Vacuna en España.
12. Toda la Campaña de la Vacunación Bexsero ha sido orquestada por la Asociación Española de Pediatría.
13. La Vacuna produce la Enfermedad Autoinmune de Kawasaki o Periartritis Infantil. Consiste en una Vasculitis postvacunal que afecta a las coronarias, a los vasos en general, a los ganglios linfáticos, al aparato respiratorio, al aparato digestivo, a las articulaciones y a la función nerviosa. De alta frecuencia. Aparece 1 persona por 1.000 dosis vacunal. La mortalidad es del 1–2%.

352 muertes por la vacuna del papiloma notificadas ante la Agencia Europea de Medicamentos

Por Miguel Jara (periodista)

18 de septiembre de 2015

migueljara@gmail.com

Tres asociaciones europeas de afectadas por la vacuna del papiloma, entre ellas la española, AAVP, se han reunido con responsables de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para expresar su preocupación por cómo se ha llevado el proceso de evaluación de este fármaco y su posterior farmacovigilancia. Por contra, el Ministerio de Sanidad rehuye a la AAVP.

Los daños provocados por la vacuna del papiloma no han parado de crecer en todo el mundo y por ello han nacido numerosas asociaciones de afectadas. Esta semana, tres de ellas, la española citada, una irlandesa y otra inglesa se han reunido con varios técnicos de la EMA que les han explicado el procedimiento de revisión de seguridad de la vacuna que está desarrollando.

El Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia europeo (PRAC) está estudiando dos graves reacciones adversas a la vacuna: el síndrome de dolor regional complejo y el síndrome de taquicardia postural ortostática.

Las asociaciones han manifestado sus preocupaciones sobre este proceso de evaluación ya que consideran que existe infranotificación de los daños provocados por medicamentos y en concreto en lo relativo a esta vacuna. Según Alicia Capilla, presidenta de la AAVP:

Como hemos podido experimentar las familias afectadas, en muchas

ocasiones los médicos no notifican a los sistemas de farmacovigilancia de sus respectivos países las reacciones adversas con la vacunación del VPH y además la mayor parte de los ciudadanos no son conocedores de la existencia de este procedimiento”.

El no reconocimiento de los efectos adversos imposibilita la investigación y por tanto no existen tratamientos para curar ni tratar el síndrome post Gardasil y Cervarix (marcas de la vacuna del papiloma) que muchas jóvenes padecen.

Como afectadas -continúa Capilla- nos parece inaudito decir que esta vacuna no produce efectos adversos, como reiterados expertos e incluso autoridades sanitarias han declarado en España. Nos parece una temeridad y una falta de respeto hacia las víctimas relacionar todas sus dolencias con problemas psicológicos porque los síntomas que estas jóvenes padecen son los que están recogidos en la base de datos de la EMA, en la fichas técnicas y prospectos de estos productos.

Nos parece de una irresponsabilidad total que a día de hoy no se hayan encontrado tratamientos para estas afectadas”.

Las asociaciones han comentado con los responsables de la agencia europea el elevado número de notificaciones de reacciones adversas a esta vacuna, 45.222 (32.876 Gardasil y 12.346 Cervarix) a julio de 2015. Sobre todo las que acabaron en muerte (311 Gardasil y 41 Cervarix) y las no-

tificaciones de enfermedades neurológicas ya que son las más notificadas (7.308 Gardasil y 2.848 Cervarix).

Estimamos que la revisión que realiza el PRAC debería incluir también la revisión e investigación de estas notificaciones”, concluye la presidenta de la AAVP.

Alicia Capilla, presidenta de la Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma (AAVP).

La representante de las afectadas en España ha trasladado a los técnicos de la EMA la irresponsabilidad del Ministerio de Sanidad español, que se comprometió hace más de un año a volver a reunirse con dicha asociación para dar respuestas a todas las preguntas formuladas en un primer encuentro pero ahora rehuye a dichas familias.

Capilla también ha comentado en la autoridad sanitaria europea el mal funcionamiento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS):

No están siendo transparentes a la hora de contestar las peticiones de la AAVP, ni siquiera comunican el número de afectadas que hay en nuestro país. Los ciudadanos necesitamos a las autoridades públicas nacionales e internacionales en este tipo de casos, ya que nos están dando la espalda continuamente, primando intereses políticos y comerciales, en vez de sociales”.

VACUNA DEL PAPILOMA

a) Declaración conjunta 2018 de víctimas de las vacunas contra el VPH. Reunión de Tokio, marzo de 2018

Fuente: Alicia Capilla. Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma (AAVP)
E-mail: informacion.aavp@gmail.com

En nombre de las víctimas afectadas por las vacunas contra el VPH en el Reino Unido, España, Irlanda, Colombia y Japón, el 24 de marzo de 2018 se celebró en Tokio el simposio internacional “Estado actual del daño causado en todo el mundo por la vacuna contra el VPH”.

La reunión se convocó para clarificar el estado real del daño por la vacuna contra el VPH, investigar formas de aliviar los síntomas y promover la recuperación y discutir medidas para mantener la actividad diaria de las víctimas.

En un principio, al observarse la sintomatología del daño por la vacuna VPH, se describió variablemente como síndrome de dolor regional complejo (SDRC), síndrome de fatiga crónica (SFC) y síndrome de taquicardia postural ortostática (STPO), pero pronto se descubrió que los síntomas clínicos y el daño eran más complejos. Una de las principales características clínicas de los eventos adversos (EA) notificados después de la vacunación contra el VPH, es la diversidad de síntomas y el desarrollo de los mismos de forma solapada durante un período prolongado. Los EA incluyen síntomas multisistémicos complejos, como:

- Dolor sistémico, incluyendo dolor de cabeza, mialgia y artralgia.
- Disfunción motora, como parálisis, debilidad muscular, movimientos involuntarios y convulsiones.
- Entumecimiento y alteración sensorial.

- Síntomas autonómicos, que incluyen mareos, hipotensión, taquicardia y diarrea.
- Disfunción respiratoria.
- Trastornos endocrinos, como alteraciones menstruales e hipermenorrea.
- Hipersensibilidad a la luz y al sonido.
- Síntomas psicológicos, como ansiedad, alucinaciones, y tendencias suicidas.
- Trastornos del sueño, incluyendo hipersomnia y narcolepsia.

En muchos casos, estos síntomas afectan el aprendizaje y resultan en fatiga extrema y disminución de la motivación, lo que tiene un impacto negativo en la vida diaria y las rutinas.

Las características clínicas de estos EA son comunes a las víctimas de los cinco países participantes y también muy similares a las de víctimas de otros países.

El número de EA notificados por las vacunas del VPH en cada país es abrumadoramente más alto que el de otras vacunas.

Muchos estudios muestran ahora el modo en que los componentes y el diseño de las vacunas VPH causan los síntomas de las víctimas afectadas.

Sin embargo, las autoridades sanitarias nacionales y los profesionales sanitarios continúan negando cualquier relación causal entre las vacunas VPH y los eventos adversos.

Los partidarios de la vacuna no han mostrado ningún interés en co-

rrrelacionar la sintomatología de las víctimas con los EA inducidos por la vacuna.

Los estudios de SDRC, SFC y STPO que cuestionan la seguridad de las vacunas VPH han sido excluidos basándose en que el diagnóstico es difícil y carece de especificidad. Por otro lado, las autoridades argumentan que la seguridad de las vacunas se ha establecido completamente mediante análisis epidemiológicos.

Sin embargo, su argumento epidemiológico es fundamentalmente erróneo. Su enfoque epidemiológico no está diseñado adecuadamente para detectar las señales del daño de la vacuna VPH, que se caracteriza por diversos síntomas solapados durante un largo período de tiempo. Ignoran el inusual mecanismo de acción de esta vacuna, que mantiene un título de anticuerpos muy alto durante una década.

Con estas vacunas de acción prolongada, no es de extrañar que las víctimas sufran diferentes EA de aparición tardía. Sin embargo, de acuerdo con su lógica, a los EA reportados con un largo período de incubación se les niega cualquier relación con la vacuna, y los casos que muestran diversos síntomas se diagnostican como enfermedades conocidas independientes.

En general, es probable que los EA causados por vacunas ocurran en personas vulnerables, susceptibles a las intervenciones inmunológicas, y este grupo es muy pequeño en comparación con la población general. Por

tanto, una simple comparación de la incidencia de enfermedad autoinmune en el grupo vacunado versus un grupo control (no vacunado), o en la población general, no mostrará diferencias significativas.

Los argumentos que no tienen en cuenta este uso incorrecto del análisis estadístico epidemiológico posiblemente no pueden garantizar la seguridad de las vacunas VPH.

Este tipo de consideración no imparcial es totalmente contraria a los principios fundamentales de la investigación científica y debilita el papel de los profesionales sanitarios en la salud pública.

Quizás aún más sorprendente, y profundamente inquietante, es el maltrato social sufrido por las víctimas. En todos los países representados en el Simposio, el tratamiento de las víctimas ha sido muy similar. Tanto las Autoridades Sanitarias como los profesionales sanitarios de todos los países participantes niegan cualquier relación causal con la vacuna y consideran que los EA postvacunación son bien de naturaleza psicógena, o una forma de discapacidad funcional, o trastornos de simulación. Como consecuencia, las víctimas de las vacunas VPH deben soportar no solo el sufrimiento físico sino también angustia emocional, al ser frecuentemente abandonadas sin poder recurrir a un tratamiento médico adecuado.

Las organizaciones internacionales, OMS y EMA, así como las autoridades sanitarias nacionales y los legisladores, insisten en que la seguridad de las vacunas VPH se ha establecido adecuadamente mediante análisis epidemiológicos, y por tanto, se desestiman las quejas de las víctimas por carecer, según ellos, de base científica. La misma negligencia y discriminación son sorprendentemente

similares en todos los países donde se han notificado eventos adversos.

Sabemos que las víctimas de otros países, no representadas en este Simposio Internacional, también han sido tratadas de la misma manera por las Autoridades sanitarias de sus respectivos países. Además, pese a que las víctimas y sus padres dieron su consentimiento para la vacunación VPH confiando en las autoridades sanitarias, ahora son acusados de ser un “grupo anti-vacunas”.

La historia de las tragedias inducidas por fármacos presenta demasiados ejemplos de la negación de la causalidad entre un medicamento y sus EA, al mismo tiempo que se ignora e incluso se discrimina a las víctimas, hasta que finalmente se establece la causa sin lugar a dudas.

¿No hemos aprendido nada de estas tragedias históricas? ¿Debemos repetir nuevamente los mismos tremendos errores?

Ante esta tragedia médica, que está ocurriendo ahora a escala mundial, apelamos a los medios para crear conciencia sobre las nefastas consecuencias de este crítico problema social y sanitario, e instamos a los gobiernos, a los fabricantes de vacunas y a los expertos en salud.

- Llevar a cabo un estudio de seguimiento prolongado, por un tercero neutral, del estado de salud de todas las personas que han recibido las vacunas contra el VPH.
- Promover investigaciones para el desarrollo de terapias efectivas para el tratamiento de los efectos secundarios de las vacunas del VPH.
- Proporcionar tratamiento y apoyo a las víctimas de la vacuna del VPH en sus actividades diarias, educación y empleo.
- Difundir información sobre TO-

DOS los posibles efectos secundarios, mediante un folleto informativo para el paciente que se entregará a niños, adolescentes y padres para que puedan tomar una decisión informada respecto a la vacunación contra el VPH, basada en los derechos humanos fundamentales del consentimiento informado.

- Cesar todas las campañas publicitarias que promueven la vacunación contra el VPH sin resaltar completamente los riesgos.
- Suspender la recomendación de las vacunas contra el VPH para la inmunización rutinaria, hasta que se establezca un sistema de seguridad que garantice la prevención de los efectos secundarios graves.
- Abstenerse de acciones que discriminen o calumnien a las víctimas de la vacuna contra el VPH.

26 de Abril 2018

Asociaciones

- Asociación Reconstruyendo Esperanza. Asociación de víctimas de la vacuna del VPH en Colombia.
- AAVP. Asociación de Afectadas por la Vacuna del VPH en España.
- AHVID. Asociación de Hijas Dañadas por la Vacuna del VPH en Reino Unido.
- REGRET. Reacciones y Efectos de Gardasil con Daño Extremo. Asociación en Irlanda.
- Red Nacional de Víctimas de la Vacuna contra el Cáncer Cervical en Japón.
- Asociación Nacional de Demandantes para los litigios contra las vacunas del VPH en Japón.

b) Aumento de la incidencia de cáncer cervical en Suecia. Posible relación con la vacuna del papiloma

**Autor: Lars Andersson, Departamento de Fisiología y Farmacología, Instituto Karolinska, SE-171 77 Solna, Suecia.
Indian Journal of Medical ethics Online First Published April 2018. E-mail: lars.andersson2@outlook.com**

El Centro para la Prevención del Cáncer Cervical en Suecia ha señalado en su informe anual un incremento sustancial en la incidencia de cáncer de cuello uterino invasivo, especialmente durante los dos años 2014 y 2015. He sub-agrupado los datos de acuerdo con la edad, utilizando la misma base de datos estadísticos de la Junta Nacional de Salud y Bienestar y usadas por los autores del informe antes mencionado. El aumento en la incidencia de cáncer de cuello uterino ha demostrado ser

más prominente entre las mujeres de 20–49 años de edad, mientras que no se observó ningún aumento aparente entre las mujeres por encima de 50. La FDA ha observado en los ensayos clínicos que se refiere a la aprobación de comercialización que las mujeres expuestas para el virus del papiloma humano (HPV) antes de la vacunación tuvieron un aumento de cambios en las células pre-malignas en comparación con controles de placebo. Se discute la posibilidad de que la vacunación contra el VPH podría desem-

peñar un papel en el aumento de la incidencia de cáncer de cuello uterino, causando en lugar de prevenir la enfermedad del cáncer cervical en mujeres previamente expuestas al VPH. Existe una relación entre el tiempo de inicio de la vacunación y el aumento en la incidencia de cáncer de cuello uterino. Las vacunas contra el VPH fueron aprobadas en 2006 y 2007, respectivamente, y la mayoría de las jóvenes comenzaron a ser vacunadas durante 2012–2013.

c) Carta de la doctora Françoise Berthoud, Suiza

Virus del Papiloma Humano, 8 de julio de 2018. Carta del lector para Le Courier, periódico de Ginebra.

El 9 de julio, apareció en "Le Monde" un artículo del Dr. Claude Beraud, miembro del Consejo Médico y Científico de la Mutualidad francesa, bajo el título: *Cáncer de cuello uterino: el frotis, más eficaz que la vacuna.*

Después de señalar que en muchos países los médicos y expertos en salud pública están cuestionando la validez de esta vacunación, el autor examina las razones de dicho cuestionamiento: la utilidad de la vacuna no está probada, la duración de la inmunidad que confiere es desconocida, así como los riesgos de esta vacuna, ya que la lista crece cada día. Sin embargo, el riesgo de una niña de desarrollar cáncer de cuello uterino antes de los 74 años es muy baja (0,6%). Además, el 90% de las infecciones debido al HPV curan espontáneamente y la realización regular de frotis del cuello uterino es una prevención muy buena. Claude Beraud añade que los 81,2 millones gastados por el estado para esta campaña de vacunación podrían

haber sido mejor gastados si realmente se trata de la salud pública.

Este artículo, ciertamente, no ha pasado desapercibido a los ojos de las autoridades sanitarias francesas. La Agencia del Medicamento publica el 16 de julio, una declaración tranquilizadora, dando las estadísticas de los efectos secundarios a corto plazo observados y declarados después de esta vacunación, en 800.000 mujeres. La información se difundió por TV5. Le Figaro del 15 de julio titula «Vacuna contra el cáncer de cuello de útero: un balance tranquilizador». Le Nouvel Observateur del 18 de julio y Le Courier del 30 siguen el ejemplo bajo la pluma de Magalie Goumaz, con el título *Estudio tranquilizador para las niñas.*

A mí esto no me ha tranquilizado. Para nada. Los hechos relatados por Claude Beraud me parecen más reales que una estadística, en la que las limitaciones son conocidas. Además, está generalmente aceptado por la profesión médica que los efectos secundarios declarados después de cualquier vacuna o toma de medicamento son de 10 a 100 veces menos numerosos que los efectos secundarios reales.

Gracias a «Le Monde» y a Claude Béraud por haber dado una campaña diferente a la de las autoridades médicas y la industria farmacéutica.

Dra. Françoise Berthoud
Pediatra homeópata
francabertud@gmail.com

d) Síndrome postvacunal después de VPH: ¿Un espejismo clínico o un nuevo y trágico modelo de Fibromialgia?

Autor: Manuel Martínez-Levin, Dep. Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México City
Publicación Online: www.reumatologiaclinica.org - 27 Julio 2018

Investigadores independientes han descrito la emergencia de un síndrome doloroso-disautonómico crónico enseguida de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH). La veracidad de este síndrome es objeto de un encendido debate. Muchos de los casos reportados cumplen los criterios diagnósticos de fibromialgia.

Este artículo discute los argumentos a favor de la existencia de este nuevo síndrome. Propone que el modelo neuropático-disautonómico de la fibromialgia podría ayudar en el proceso diagnóstico y terapéutico de los casos que presentan un padecimiento doloroso crónico después de haber sido inmunizados frente al VPH. Por otro lado, de corroborarse

su veracidad, el síndrome postvacunal VPH se erigiría como un nuevo modelo trágico e indeseado de fibromialgia.

2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología.



a) Vacuna de Meningitis B: Notificaciones de reacciones adversas en la Comunidad de Madrid



Fuente: Reacciones Adversas a Medicamentos - Boletín Informativo del Centro de Farmacovigilancia, Vol. 24, Nº 3, Oct. 2017

Bexsero es la primera vacuna comercializada frente a meningococos del grupo B, autorizada en la Unión Europea en enero de 2013. En España inicialmente fue clasificada como medicamento de Uso Hospitalario por sus “características farmacológicas y por su novedad”, hasta 2015 en que su clasificación se modificó a medicamento de prescripción médica no restringida, tras el análisis de los datos de calidad y seguridad presentados por el titular de la autorización de comercialización tras la distribución de más de 1.200.000 dosis de la vacuna en todo el mundo. Por tanto, la vacuna está disponible en farmacias desde el 1 de octubre de 2015 para su dispensación con receta médica.

Está indicada para la inmunización activa de individuos a partir de 2 meses de edad frente a la enfermedad meningocócica invasiva causada por *Neisseria meningitidis* grupo B.

Se trata de una vacuna inyectable que se administra por vía intramuscular profunda, preferiblemente en la zona anterolateral del muslo en lactantes o en la zona del músculo deltoides del brazo en sujetos mayores. Deben utilizarse zonas de inyección distintas si se administra más de una vacuna a la vez.

La pauta de inmunización primaria consta de 3 dosis en lactantes de 2 a 5 meses, y de 2 dosis a partir de

esa edad. Está indicada una dosis de recuerdo en los niños que recibieron la inmunización primaria antes de los 24 meses.

La vacuna en el momento actual no está incluida en el calendario sistemático de vacunaciones, se recomienda la vacunación a determinados grupos de población con mayor riesgo de sufrir la enfermedad ante la infección y como medida de intervención ante la aparición de casos y brotes de enfermedad en la población. Se consideran con alto riesgo de padecer enfermedad meningocócica invasiva las personas con deficiencia de properdina o de factores terminales del complemento (incluyendo tratamiento con Eculizumab), con asplenia o disfunción esplénica grave (anemia de células falciformes) o con resección quirúrgica programada, las que han sufrido más de un episodio de enfermedad meningocócica invasiva y el personal de laboratorio que trabaje con muestras que puedan contener *N. meningitidis*.

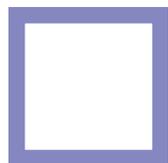
Según la ficha técnica, se puede administrar de manera simultánea con vacunas monovalentes o combinadas de difteria, tétanos, tos ferina acelular, *Haemophilus influenzae* tipo B, poliomielitis inactivada, hepatitis B, conjugado neumocócico heptavalente, sarampión, paperas, rubeola, varicela y vacuna frente al meningococo del grupo C conjugada con CRM. No

se ha estudiado la administración simultánea con otras vacunas. Sin embargo, se recomienda la vacunación por separado siempre que sea posible, puesto que existe un incremento en el riesgo de aparición de fiebre, dolor a la presión en el lugar de la inyección, cambio en los hábitos alimentarios e irritabilidad cuando Bexsero se administra conjuntamente con las vacunas antes mencionadas. Se recoge que el uso profiláctico de paracetamol reduce la incidencia y la gravedad de la fiebre sin afectar a la inmunogenicidad de Bexsero o de las vacunas habituales.

Observaciones

En este periodo de tiempo el número de dosis que se han empleado en España ha sido 240.000. Según el Estudio FEDRA se han notificado 744 reacciones adversas. El 60% de estas notificaciones han afectado al sistema nervioso central y el 40% restante distribuidas entre reacciones a nivel digestivo, cutáneo y muscular. De entre el 60% de las reacciones neurológicas el 36% han sido graves y se ha producido un fallecimiento. En consecuencia podemos afirmar que la mortalidad por esta vacuna es de un fallecimiento por 240.000 dosis. Hemos de tener en cuenta que solamente se declara el 1% de las reacciones adversas que se producen.

b) Informe meningitis infecciosa en España durante el período de 1940–2017



Autor: Xavier Uriarte

Contacto: xavier.uri@gmail.com

Fecha elaboración: 15 junio 2018

En este trabajo de investigación sobre la meningitis infecciosa bacteriana en España durante el periodo 1940–2017 se describe el comportamiento de la meningitis infecciosa prevacunal y postvacunal tanto en aspectos de morbilidad, mortalidad y letalidad. Se muestran los resultados de ambas épocas. En la fase prevacunal se contabilizan menor mortalidad y menor letalidad que con la instauración del calendario vacunal no obligatorio a partir del 2000.

Fases de la Enfermedad Meníngea

Conceptualmente la meningitis es una inflamación de las meninges.

La meninge es el tejido mesodérmico del sistema nervioso central que constituye la barrera hematoencefálica y cuya finalidad es la de proteger la neurona y sus células acompañantes de agentes tóxicos presentes en el medio interno.

Cuando se rebasa esta acción protectora la meninge entra en proceso de inflamación.

Entre las sustancias inflamatorias de la meninge podemos destacar: los fármacos, la disbacteriosis, los metales pesados, los metales ligeros, los insecticidas, los hidrocarburos, las dioxinas, las radiaciones ionizantes, los campos electromagnéticos y los aditivos.

Al contrario de lo que se cree esta enfermedad evoluciona en 2 fases:

1ª Fase Inflamatoria linfática

Se caracteriza por la puesta en funcionamiento de la inmunidad inflamatoria con presencia de fiebre, malestar, cansancio, inapetencia, resfriado, trastornos digestivos,

manifestaciones respiratorias altas y bajas, adenitis, linfangitis y en ocasiones de meningismo.

La acumulación a lo largo del tiempo de los tóxicos medioambientales, incluida la utilización masiva de vacunas, antibióticos, analgésicos, estimulantes y antiinflamatorios, puede superar la labor de contención de la meninge.

Si la biología inmunitaria inflamatoria del huésped se complica acontece la segunda fase.

2ª Fase Inflamatoria Meníngea o Meningitis:

Se caracteriza por una afectación del estado de conciencia y la presencia de manchas color rojo (petequias) en la piel.

Es un estado grave que puede interferir en la vida futura de la persona afectada.

Causas de la Meningitis en España

Son de diversa naturaleza: tóxica, farmacológica e infecciosa. Entre las menos conocidas se describen las meningitis tóxicas y far-

macológicas, antiguamente denominadas meningitis alérgicas.

Actualmente constituye la epidemia silenciada en toda España y hay muy pocos datos accesibles para la población. No constan en los boletines epidemiológicos de las CCAA.

Las que sí son recogidas por los boletines epidemiológicos de España son las meningitis infecciosas vacunables y no vacunables y son las de menor prevalencia en la población española.

Entre las **meningitis tóxica y farmacológica** destacamos las desencadenadas por las siguientes sustancias:

- Los Antibióticos y antimetabólicos en humanos y en veterinaria.
- Las Vacunas: tosferina, hepatitis, sarampión, tétanos, gripe, rabia, fiebre amarilla, meningitis, Hib, paperas, etc.).
- Los Metales pesados: mercurio, arsénico, cadmio, cobre, plomo, etc.
- Los Metales ligeros: aluminio y sales de aluminio.
- Analgésicos: AASS, paracetamol, etc.
- Antiinflamatorios: corticoides y no corticoides.
- Antigripales.
- Anticonceptivos.
- Las Estatinas.

- Los Antihistamínicos.
- Los Antiácidos: cimetidinas. Los Aditivos: aspartamo, glutamato.
- La Quimioterapia.
- Los Retrovirales.
- Las Radiaciones ionizantes.
- Las Radiaciones electromagnéticas.
- Los Derivados de hidrocarburos (benceno).
- Los Pesticidas: organoclorados, organofosforados y los carbamatos.
- Las Dioxinas.
- Los Aditivos: glutamato, nitritos, sulfitos, aspartamo, etc.

Durante el periodo 1940–1999 se produjeron 139 fallecimientos de meningitis al año. En el periodo vacunal 2000–2017 146 fallecimientos al año.

Entre las **meningitis infecciosas** en España destacamos:

• **Viral**

Supone como mínimo el 40% de las meningitis infecciosas.

La más frecuente es la denominada meningitis linfocitaria benigna.

Pueden estar comprometidos en esta meningitis los enterovirus, de las paperas, de la hepatitis, del herpes y del citomegalovirus.

• **Bacteriana**

Supone el 52% de todas las meningitis infecciosas.

Se distribuye entre la meningocócica B y C (52%).

El 70% correspondería al MMB, el 13% al MMC y el 17% al meningococo No B No C.

La neumocócica (35%), la Hib (10%) y la tuberculosa (3%).

• **Hongos**

Supone el 7% de las meningitis infecciosas.

El microorganismo más frecuente es el *Cryptococcus*.

• **Protozoaria**

Supone el 1% de las meningitis infecciosas.

Comportamiento de la Meningitis Infecciosa Bacteriana en España en el Período 1940–2017

Los primeros estudios sobre esta infección se realizaron a partir de la epidemia de Ginebra de 1805.

Clásicamente, se han descrito cinco períodos en la historia epidemiológica de la meningitis meningocócica que se extiende desde 1805 hasta la actualidad.

Las primeras manifestaciones de la misma se dieron en Europa, posteriormente la infección pasó al continente Americano y, por último, se desplazó a la zona Subsahariana.

En España, los primeros datos sobre su incidencia se remontan al año 1910.

Sin embargo, no es hasta 1940 en que podemos contar con datos aproximados.

La meningitis meningocócica presentó un patrón endemoepidémico caracterizado por la aparición en ciclos multianuales de 10 años, y por la tendencia creciente tanto de morbilidad como de mortalidad durante estos ciclos.

Nos referimos a las ondas epidémicas de 1940, 1960, 1970 y 1980.

La **Tasa de Morbilidad por meningitis meningocócica (MM) en la época prevacunal** fue en 1940 del 5/100.000, en 1960 del 5/100.00, en 1970 del 10/100.000, en 1980 del 18/100.000 habitantes, en 1990 del 8/100.000, en 1995 del 7/100.000 habitantes, en 1999 del 1/100.000, en el 2000 del 1/100.000, en el 2001 del 0,8/100.000.

En la época postvacunal, a partir del 2002, con la introducción de la vacuna en el calendario vacunal español, el comportamiento de la meningitis meningocócica es el siguiente: en el 2007 del 0,6/100.000, en el 2008 del

9/100.000, en el 2010 del 10/100.000, en el 2011 del 13/100.000, en el 2012 del 9/100.000 y en el 2013 del 10,7/100.000.

Estas tasas de morbilidad en la geografía española son muy diversas. Mientras Vizcaya-Guipúzcoa-Madrid dan tasas mínimas de 0,6/100.000, las máximas 13/100.000 las da Cataluña-Cantabria-Orense-Toledo.

La tasa de meningitis media durante el período prevacunal 1940-2002 se situó en 6/100.000 habitantes y en el período postvacunal 2002-2017 fue de 8/100.000 habitantes.

En 1963 1.500 enfermos, en 1971, 3.700 enfermos de meningitis, en 1979, 6.800 enfermos, en 1981 se observaron 5.177 enfermos, en 1983, 4.456 enfermos, en 1992, 1.344 enfermos, en 1995, 914 enfermos, en 1996, 1.383 enfermos, en 1998, 1.000 enfermos, en 1999, 444 enfermos, en el 2000, 528 enfermos, en el 2001 352 enfermos,.

A partir de la introducción de la vacuna meningitis C el 2002 el comportamiento de la meningitis meningocócica es el siguiente: en el 2007 264 enfermos, en el 2008 598 enfermos, en el 2009 574 enfermos, en el 2010, 442 enfermos, en el 2011, 432 enfermos, en el 2012, 366 enfermos y en el 2013, 271 enfermos.

La **Tasa de Mortalidad por meningitis meningocócica (MM)** durante el período prevacunal 1940-2002 fue de 0,1-1,2/100.000 habitantes y en el postvacunal 2002-2017 es de 0,6-1/100.000.

En 1963 se produjeron 223 muertos, en 1980 225 muertes, en 1990 190 muertes, en 1992 79 muertes, en 1995, 49 muertes por meningitis, en 1998 49 muertes, en el 2000 143 muertes, en el 2003 149 muertes, en el 2004 155 muertes, en el 2005 163 muertes, en el 2006 147 muertes, en el 2007 162 muertes, en el 2008 167 muertes, en el 2009 152 muertes, en el 2010 141 muertes, en el 2011 140 muertes y en el 2012 125 muertes.

Hemos de considerar que en el año 1963 la población en España era

de 20 millones de habitantes mientras que en el 2013 la población española supera los 40 millones de habitantes.

La **Letalidad de la meningitis meningocócica (MM)** en 1992 fue del 6% y en 1995 fue del 5%.

Actualmente la letalidad entre 1-4 años es del 5-12%.

En los mayores de 64 años la letalidad es del 9-26%, siendo la letalidad media del 10%.

La letalidad de la meningitis MMC puede llegar a ser del 22% y la del MMB puede ser del 8,5%.

Es más frecuente en nuestro medio la MB (70%), después la MC (13%) y por último la meningitis No C No B (17%).

En el año 2002 se introdujo la vacuna de la MMC en el calendario vacunal español y en el 2018 la vacuna MMB no está en el calendario vacunal.

De la **Tasa de Morbilidad por meningitis Hib (M Hib)** tenemos datos a partir de 1991 cuando dicha enfermedad infecciosa es de declaración obligatoria (EDO).

La tasa de morbilidad fue del 1,4/100.000.

Se sabe que durante el período 1989-1998 se dieron 2 meningitis / 1.000.000 habitantes que corresponde a un total de 720 personas afectadas de meningitis Hib. Una vez realizados los cálculos vemos que la media en esta época es de 80 enfermos de meningitis por año.

Tras la introducción de la vacuna Hib en el calendario vacunal español en el año 1999 la tasa de morbilidad por meningitis Hib, en el período 2010-2015, es de 0,8-1/100.000 y el comportamiento de la meningitis Hib ha sido el siguiente: en el 2009, 50 enfermos, en el 2013, 47 enfermos y en el 2014, 55 enfermos por meningitis Hib.

Durante el período 1989-1998 se produjeron 12 fallecimientos que corresponde a 1-2 personas muertas por año.

La **Tasa de Mortalidad por meningitis Hib** fue de 0,5-1/10.000.000 habitantes.

A partir del 2000 suponemos, por la falta de datos, que haya sido Cero.

La **letalidad** de la meningitis Hib fue del 1,5%.

La vacuna Hib se introduce en el calendario vacunal español en el año 1999.

De la **Tasa de Morbilidad por meningitis neumocócica (M Neu)** los primeros datos son de 1977.

La incidencia de la enfermedad neumocócica durante el período 1977-2001, en niños menores de 2 años, era de 17-42/100.000 habitantes.

La neumococia invasiva, correspondiente a la **meningitis neumocócica** fue de una incidencia del 8/100.000 habitantes.

En el período 1977-1990, la incidencia de meningitis neumocócica fue del 2/100.000 y del 1995-2001 fue del 5/100.000.

Esta cifra se mantuvo estable entre los años 1995 y 2001.

En el 2004 la incidencia fue de 1,5/100.000, en el 2005, 3/100.000, en el 2008, 1,4/100.000 y en el 2009 3/100.000.

La vacuna neumocócica se introdujo en el calendario vacunal español en el 2015.

Reacciones Adversas Vacunas Meningitis (RAVM) y Mortalidad por Reacción Adversa Postvacunal (MRAVM) en España 1999-2017:

A principios del 2000 el **Servicio de Salud Norteamericano** anunció que la cuarta causa de morbilidad y de mortalidad en el mundo industrial estaba relacionada con la ingesta masiva de fármacos por parte de la población.

España actualmente es el primer consumidor de medicamentos en la Comunidad Europea.

En el año 1994 los **Servicios de Farmacovigilancia de España** publican que el 17% de las reacciones declaradas están relacionadas con las vacunas.

Los Servicios de Farmacología de las 19 autonomías reconocen que la tasa global de notificación de todos los fármacos es del 0,12/1.000 habitantes o 1,2/100.

Algunos incluso afirman que, concretamente de las vacunas, sólo se recogen entre el 0,1-1,2% de las reacciones adversas.

En el año 1990 se encarga al **Insituto Carlos III** de Madrid la unificación de la recogida de los efectos adversos de los fármacos sucedidos en todas las CCAA.

A través del programa **FEDRA** cada año podríamos saber qué y cuántos efectos colaterales se declaran en España.

La meningitis tóxica constituye la epidemia silenciada en toda España.

Reiteradamente hemos pedido a Fedra que haga públicos sus datos.

Tras diversas negativas a nuestra petición hoy es el día que no sabemos oficial y públicamente cuál es la situación en nuestro país.

Ante esta falta de información hemos elaborado unos datos aproximados, que no definitivos, sobre la incidencia de los efectos adversos en nuestro país.

Insistimos que son cálculos privados de riesgos basados en informes y documentos oficiales obtenidos de las publicaciones de los fabricantes y de las administraciones sanitarias.

En el año 2009 **Gran Bretaña** anunció por primera vez en Europa la existencia de efectos adversos no publicados y graves.

Tras el requerimiento judicial del diario Sunday Times, siguiendo el Acta de Libertad de Información, presentado a Medicines and Healthcare products regulatory (MHRA), aceptó la administración británica que, tras utilizar 90.000.000 dosis a lo largo del período 2003-2010, se habían producido más de 2.100 reacciones adversas y 40 muertes.

Esto llevado al cálculo significa que de cada 2.000.000 de dosis se produjo 1 muerte postvacunal.

Al mismo tiempo se supo que la morbilidad postvacunal severa, básicamente encefálica, fue de 2 reaccio-

nes/1.000 dosis.

A partir del 2010, los prospectos de los fabricantes de vacunas dan una buena información de los efectos adversos de las vacunas. Sin embargo, el silencio es absoluto en lo que respecta a los fallecimientos tras la vacunación.

Los fabricantes aceptan actualmente que la morbilidad postvacunal puede presentarse en 1 persona afectada cada 10 dosis, en 1 persona cada 100 dosis, en 1 persona cada 1.000 dosis y en 1 persona cada 10.000 dosis.

La encefalitis por vacuna MMB presenta un riesgo de 1 persona por 1.000 dosis y 1 muerte por 240.000 dosis.

Según el **Boletín Informativo del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid referente a la Vacuna meningitis B (MMB)** de octubre del 2017, que de las 240.000 dosis utilizadas en España en el período 2015–2017 se han recogido 744 adversidades de las cuales: 268 encefalitis, 98 alteraciones gastrointestinales, 88 ingresos hospitalarios, 69 reacciones alérgicas, 7 reacciones autoinmunes, 6 peligro de vida, 1 incapacidad y 1 fallecimiento.

Si pasamos a porcentajes vemos que la encefalitis postvacunal presenta un riesgo, según este informe, de 1 encefalitis/1000 dosis y la muerte postvacunal de 1 muerte/240.000 dosis.

Del 2010 tiempo del Informe Reacciones Adversas en G. Bretaña hasta el Informe Farmacovigilancia de España 2017 han transcurrido 7 años. Durante este tiempo las tasas de morbilidad y mortalidad postvacunal han variado.

Si la media de nacimientos en España desde 1999 hasta el 2017 ha sido de 400.000, si la media de cobertura vacunal de la vacuna de la meningitis meningocócica en España en la actualidad es del 96%, si la vacunación completa son 3 dosis, si las dosis utilizadas han sido 19.500.000, aproxima-

damente, resulta que se han producido 19.500 encefalitis y 78 fallecimientos postvacunales en 18 años.

Según estos datos en España se producen 4 fallecimientos anuales tras la vacunación de la meningitis, 1.083 personas con encefalitis y 4 personas incapacitadas.

Todos estos porcentajes se refieren al 1 % de adversidades postvacunales que se declaran.

Si se declarasen el 100% de las reacciones postvacunales las cifras cambiarían sensiblemente.

El riesgo de encefalitis sería 1/10 dosis, el riesgo de muerte 1/240 dosis y el de incapacidad 1/240 dosis.

Incluso publicaciones rigurosas afirman que la mortalidad postvacunal podría variar según la cantidad de vacunas que se reciba.

Si se inyectan de 1–4 vacunas la mortalidad postvacunal es del 3,6% de las personas vacunadas y de 5–8 vacunas la mortalidad postvacunal asciende a 5,5%.

Costos Económicos y Sociales de las Campañas de Vacunación Meningitis infecciosas en España 1999–2017

Si tenemos en cuenta que en el período 1999–2017 se han utilizado 39.000.000 dosis entre las vacunas MMC y las vacunas M Hib, si cada dosis cuesta 100 euros, el gasto en la adquisición de las vacunas de la meningitis por parte de la Seguridad Social ha ascendido a 3.900.000.000 euros.

Los costos económicos causados por la encefalitis también son relevantes.

De las 19.500 personas que padecieron la encefalitis postvacunal durante este período, 25 personas quedaron incapacitadas (0,13%) de por vida.

Teniendo en cuenta el coste hospitalario de 200 euros/día por 30 días de ingreso, 6.000 euros, más las necesidades especiales de alimentación, de escuela adaptada y de cuidados especiales, que suponen 10.000 euros/mes, con una vida media de 30 años/persona, podemos llegar a un coste social de 480.000 euros.

Conclusiones

Durante el período prevacunal (1940–1999) se produjeron 139 fallecimientos al año: 137 por MMC + MMB y 2 por MHib.

En el período postvacunal (2000–2017) se produjeron 146 muertes al año: 146 por MMC + MMB y 0 por MHib.

La MRV en España ha sido de 4 fallecimientos cada año, si nos referimos al 1% de las declaraciones. Si se declarasen el 100% de los óbitos por vacunas de la meningitis se producirían 400 fallecimientos cada año.

En la época prevacunal (1940–1999) la letalidad de la meningitis fue del 4%.

En la era postvacunal (2000–2017) ha sido del 27%.

Los gastos en la compra de las vacunas de la meningitis C, B y Hib a lo largo de los 8 años han sido de 3.900.000.000 euros.

Recomendaciones

En base a las conclusiones del estudio el riesgo para la salud de la población española es mayor tras la aplicación de las campañas de vacunación de las vacunas de la meningitis C, B y Hib.

En consecuencia, aconsejamos no utilizar masivamente estas vacunas y no llevar a cabo este gasto innecesario.

Referencias bibliográficas

- Salleras, L. Vacunas antimeningocócicas. Vacunaciones Preventivas. Editorial Masson. 1998.
- De Arístegui, J. Vacunaciones en el Niño. Editorial Ciclo. 1ª Edición. 2004.
- Reaccions Adverses notificades. Distribució dels fàrmacs sospitosos. Butlletí Groc, vol. nº 1. Gener - Març 1994.
- Marín, JM. Meningitis y Vacunas. Vacunaciones sistemáticas en cuestión. Editorial Icaria. 2004.
- Uriarte, X. Vacunas de la Menin-

- gitis. Los Peligros de las Vacunas en la Salud Pública. Autoedición 1999. 5ª Edición.
- Gonzalez, E. Meningitis Neumocócica en Cantabria de 2001 - 2005. Arch. Argentina pediatr. Vol 115 nº 2. Buenos Aires, abril 2011.
 - Carmona, G. BEC, vol. 38, nº 1. Gener 2017.
 - Ampofo. Pediatrics 2008; 122:229-237. Asociación entre enfermedad invasiva neumocócica y Virus Respiratorios.
 - Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles 2014. ISC Monografías. RNVE. Instituto Carlos III. Madrid 2016.
 - Informe Meningitis España 2012 - 2013. Instituto Carlos III. Enfermedad Meningocócica en España. Julio 2014.
 - CNE. Instituto Carlos III. Resultados de la Vigilancia epidemiológica enfermedades EDO Meningitis bacterianas 2013-2014.
 - Enfermedad Meningocócica temporada 2010-2011 Comunidad Madrid Febrero 2012.
 - 40 Muertes ligadas a las vacunas infantiles en G. Bretaña durante el período 2003-2010. Sunday Times, noviembre 2010.
 - Reacciones adversas a Medicamentos. Boletín Informativo del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Volumen 24 / nº 3. Octubre 2017.
 - Ficha NeisVac-C. Laboratorio Pfizer SL. Mayo 2015.



VACUNAS Y DIABETES

Revisión de la sobrecarga inmunitaria inducida por vacunas y la epidemia de diabetes tipo 1 y síndromes metabólicos resultantes. Énfasis en la explicación de la reciente aceleración en el riesgo de pre-diabetes y de otras enfermedades mediadas inmunitariamente



Autor: J. Barthelow Classen MD, 3637 Rockdale Road, Manchester, MD 21 102, EE.UU. Tel. 410 377 8526.

E-mail: classen@vaccines.net

Fuente: Molecular and Genetic Medicine, Classen JB, J Mol Genet Med 2014, S1.025

Review of Vaccine Induced Immune Overload and the Resulting Epidemics of Type 1 Diabetes and Metabolic Syndrome, Emphasis on Explaining the Recent Accelerations in the Risk of Prediabetes and other Immune Mediated Diseases.

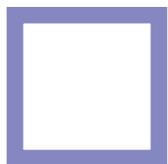
Resumen

No ha habido una epidemia de enfermedades inflamatorias que ha sido paralelo a la epidemia en la estimulación inmune iatrogénica con vacunas. Amplias pruebas demuestran una inmunidad inducida por la vacuna sobre carga con la epidemia de la diabetes tipo 1. Datos más recientes indican que la obesidad, la diabetes tipo 2 y otros compo-

nentes del síndrome metabólico están altamente asociados con la inmunización y pueden ser manifestaciones del bucle de realimentación negativa del sistema inmune al reaccionar a la sobrecarga inmune. La epidemia de la diabetes / prediabetes parece estar acelerándose en un momento en que la prevalencia de la obesidad se ha estabilizado, lo que indica que el sistema de retroalimentación negativa del sistema inmunológico ha sido más

reprimido. La teoría de la inmunidad inducida por la sobrecarga inmune puede explicar las observaciones clave que han confundido a muchas hipótesis que compiten. La actual revisión documental explica la evidencia de que la vacuna induce una sobrecarga inmunológica de desconexión entre el aumento de la prediabetes e hígado graso no alcohólico en un momento en que la epidemia de obesidad está disminuyendo en los niños.

Eficacia de la vacuna de la gripe según un estudio del grupo Cochrane



Fuente: Cochrane Database Syst. Rev. 2018. Feb. 1,2:CD001269

En una revisión de la eficacia de la vacuna de la gripe, un estudio elaborado por el grupo Cochrane, halló que fallaba en un 99% de los casos.

Cochrane es una red global de investigadores independientes en más de 130 países que se esfuerzan en producir una información creíble y accesible en temas de salud, libre de intereses comerciales, de sponsors y otros conflictos de salud. No dependen del dinero de la gran industria farmacéutica, y por lo tanto sus estudios acaparan interés cuando se publican.

En Febrero del 2018, el grupo publicó sus últimos hallazgos en relación a la vacuna de la gripe (1), los estudios –científicos, randomizados, ensayos controlados– comparando la vacuna de la gripe con el placebo, o con no hacer nada. Incluían 52 ensayos clínicos sobre 80.000 personas para evaluar la seguridad y la eficacia de la vacuna de la gripe en los adultos sanos. Estos estudios fueron realizados entre 1969 y 2009.

Los autores hallaron que las vacunas de la gripe probablemente redujeron la incidencia de gripe en adultos

de un 2,3% sin vacunación a un 0,9% con vacunación.

Esto significa que la diferencia entre los vacunados y los no vacunados es de 1,4% o 0,014. Como consecuencia, se necesitarían vacunar 71 personas para prevenir un caso (1/1,4%). En otras palabras, la vacuna no tendría ningún efecto en 70 de los 71 vacunados.

Esto significa que la vacuna de la gripe falla en el 99% de los casos.

Hay todavía más malas noticias en este estudio para la vacuna de la gripe.

Se dice que la vacuna de la gripe disminuye el riesgo de hospitalizaciones por la gripe. Es muy cuestionable que pueda logar tal cosa, cuando la vacuna nunca ha demostrado ser muy efectiva en la prevención de la gripe.

En este estudio, hallaron que el riesgo de hospitalización en los que recibieron la vacuna de la gripe disminuyó de un 14,7% a un 14,1%. Es decir, un 0,6% de disminución.

Esto significa que la vacuna de la gripe falla en un 99% (165/166) en la prevención de las hospitalizaciones.

Además, los investigadores hallaron que la vacuna de la gripe “...puede

llevar a una reducción de los días de trabajo”.

Para empeorar aún más las cosas, la vacuna de la gripe demostró causar un incremento de la fiebre de 1,5% al 2,3%.

¿Por qué alguien querría vacunarse de la gripe si falla en un 99% de casos?

¿Por qué un médico prescribiría una terapia que está asociada con serios efectos adversos y que falla en un 99% de los individuos que la reciben?

¿Por qué se obliga a los profesionales sanitarios a vacunarse de la gripe cuando se ha demostrado de manera consistente que falla en un 99% de los casos?

Y no existe ningún estudio bien hecho que demuestre que los profesionales sanitarios vacunados de la gripe sirvan de barrera para que no se extienda la epidemia.

Mortalidad y morbilidad posvacunal



Autor: Joan Mora Brugués, Médico homeópata
Primera Jornada de Vacunas, Gerona, 2018
E-mail: joanmorabrugues@gmail.com

Este artículo, presentado en la primera jornada de vacunas en Gerona 2018 es una primicia en la descripción de la mortalidad en las sociedades industriales y posindustriales cuya población infantil es sometida al aumento progresivo del número de vacunas.

La tasa de mortalidad infantil es uno de los índices más importantes para medir la salud infantil y el estado de desarrollo de un país. Se expresa en el número de muertes infantiles por cada 100 nacimientos.

La calidad del agua, la nutrición, las mejoras en el saneamiento y el acceso al sistema sanitario contribuyen a mejorar los índices de mortalidad infantil, especialmente en los países pobres en los cuales estas necesidades básicas no están cubiertas y la tasa de mortalidad infantil es más elevada.

Especialmente relevantes son la malnutrición, que se asocia a un descenso del sistema inmunitario y una disminución de la resistencia frente a la enfermedad, y el acceso a un agua de calidad así como el saneamiento de las aguas residuales.

No he encontrado datos concretos de la mortalidad infantil postvacunal. Ni por el conjunto de vacunas, ni por cada vacuna en particular.

Los únicos estudios que he podido encontrar, en relación a la mortalidad postvacunal, hacen referencia al Síndrome de la muerte súbita (SIDS, sudden infant death syndrome) que se ha asociado a algunas vacunas (Hexavalente y DTP-Polio).

En algunos de estos estudios hay una relación cronológica positiva (mayor incidencia de muerte súbita en los días posteriores a la vacuna¹),

mientras que en otros estudios se desmiente esta relación².

Hay estudios que incluso sostienen que la vacunación sería un factor favorable para evitar la muerte súbita³.

Hemos de indicar que el síndrome de la muerte súbita era muy infrecuente antes de la implementación de los actuales calendarios de vacunación. Por ejemplo, en EE.UU., los primeros programas de inmunización empezaron cerca de 1960. El síndrome de la muerte súbita (SIDS) empezó a describirse como una nueva entidad a partir de 1969 y, en 1973, el National Center for Health Statistics, lo añadió como una nueva causa de muerte a considerar.

Aunque no haya aún una causa específica para el SIDS, la autopsia revela congestión y edema en los pulmones y cambios inflamatorios en el sistema respiratorio.

No obstante, sí que hay dos interesantes estudios, uno del 2011, que relacionan los índices de mortalidad infantil en cada país con el número de antígenos inoculados (no el número de inyecciones, si no de antígenos):

Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: is there a biochemical or synergistic toxicity?

Neil Z Miller, Gary S Goldman, Journal of experimental Toxicology 30 (9) 1420–1428, 2011.

- En este estudio se analizaron los calendarios vacunales de 34 naciones y se compararon con los índices de mortalidad de cada uno de ellas.
- Se determinaron el número de dosis por niño en el primer año de vida en cada uno de estos países y se clasificaron en 5 grupos según las dosis de vacuna que recibían (dosis de vacuna no se ha de confundir con el número de inyecciones, como por ejemplo la DTP que puede ser una sola inyección pero son 3 dosis de vacuna):
 - Grupo de 12-14 dosis
 - Grupo de 15-17 dosis
 - Grupo de 18-20 dosis
 - Grupo de 21-23 dosis
 - Grupo de 24-26 dosis
- Por ejemplo, en EEUU, los niños reciben 26 dosis al primer año de vida y estarían en el grupo de más dosis, mientras que en Suecia y Japón, reciben solamente 12 dosis, y estarían en el grupo más bajo.
- En 2011, en España recibían en el primer año de vida 20 dosis. En el calendario vacunal actual, reciben 27 dosis.
- Entonces se comparaban estos grupos de países con los índices de mortalidad infantil en cada país y se analizaba esta relación utilizando una regresión lineal, determinando si había o no una relación estadísticamente significativa.

- La conclusión del estudio fue que las naciones que requerían más número de dosis tendían a tener los índices de mortalidad infantil más elevados. Esta relación era lineal y estadísticamente significativa.

El otro estudio, es del 2012 y de los mismos autores:

Relative trends in hospitalization and mortality among infants by the number of vaccine doses and age, based on the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) 1990-2010.

Human and Experimental Toxicology 31 (10):1012-1021.

- En este estudio se investigó en la base de datos de VAERS (el sistema americano de registro de reacciones vacunales adversas) sobre el período que va desde 1990 hasta el 2010.
- Se identificaron 38.801 casos de hospitalizaciones o de muertes en lactantes causadas per vacunaciones.
- Se realizó un análisis de regresión lineal de las tasas de hospitalización en función de 1/ el número de dosis de vacuna y 2/ de la edad del paciente.
- Los resultados demostraron una correlación positiva entre el número de dosis de vacuna administradas y el porcentaje de hospitalizaciones y muertes.

El número de dosis vacunales se ha ido incrementando progresivamente en los países desarrollados. En el gráfico 3, vemos cómo ha evolucionado el número de dosis inoculadas en EEUU en los últimos años, y lo mismo podríamos decir que ha pasado en nuestro país.

Aparte de en la mortalidad infantil, es necesario fijarnos también en la morbilidad, es decir, si los niños totalmente vacunados según el calendario vacunal, están más o menos enfermos que los niños parcialmente vacunados o que los niños no vacunados.

En este sentido es interesante el estudio comparativo de la morbilidad

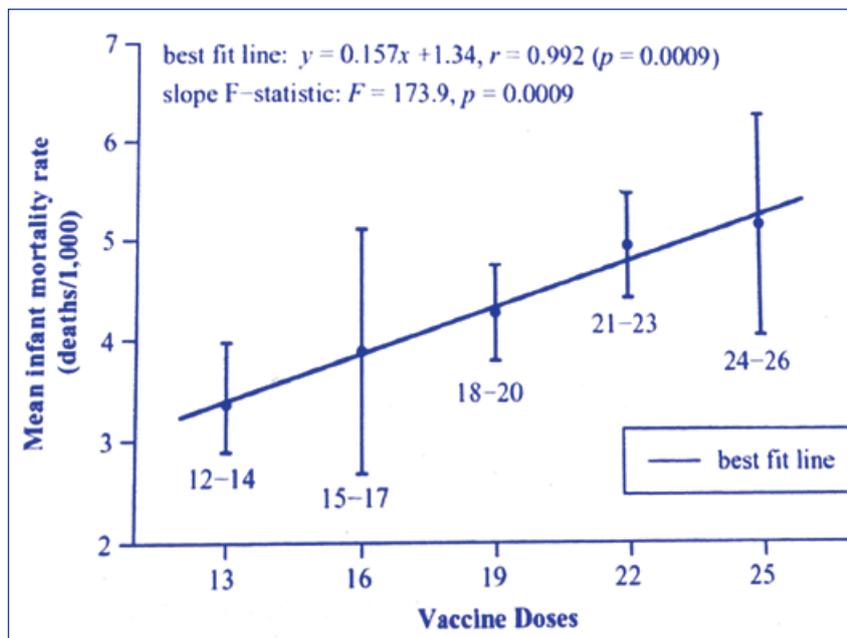


Gráfico 1: Tasa mortalidad infantil en comparación con el número de dosis vacunales

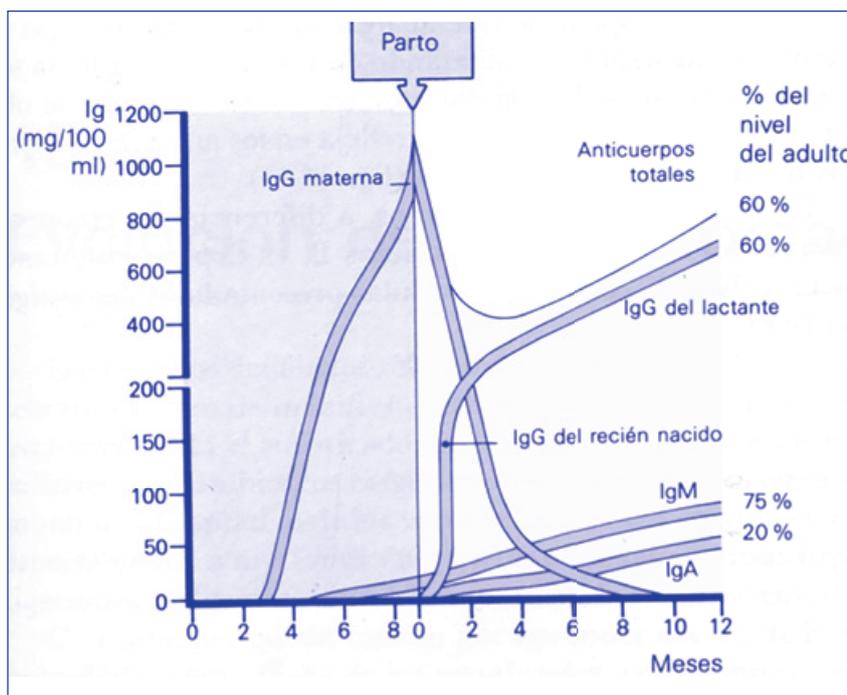


Gráfico 2

entre grupos de niños vacunados y no vacunados.

Journal of Translational Science: Pilot comparative study on the health of vaccinated and unvaccinated 6- to 12-year-old U.S. children.

Anthony R Mawson¹, Brian D Ray, Azad R Bhuiyan, and Binu Jacob
En las conclusiones del estudio di-

cen: “La fuerza y la consistencia de los hallazgos, la relación aparente “dosis-respuesta” entre el estatus vacunal y las diferentes formas de enfermedades crónicas y la significativa asociación entre vacunaciones y NDD, todo esto, apoya la posibilidad de que algunos aspectos de los actuales programas de vacunación puedan estar contribuyen-

VACCINES DOSES for U.S. CHILDREN

1962

1983

2016

TOTAL DOSES: 5

TOTAL DOSES: 24

TOTAL DOSES: 72

Polio
Smallpox
DTP

DTP (2 months)
OPV (2 months)
DTP (4 months)
OPV (4 months)
DTP (6 months)
MMR (15 months)
DTP (18 months)
OPV (18 months)
DTP (4 years)
OPV (4 years)
Td (15 years)

Influenza (pregnancy)
DTaP (pregnancy)
Hep B (birth)
Hep B (2 months)
Rotavirus (2 months)
DTaP (2 months)
HIB (2 months)
PCV (2 months)
IPV (2 months)
Rotavirus (4 months)
DTaP (4 months)
HIB (4 months)
PCV (4 months)
IPV (4 months)
Hep B (6 months)
Rotavirus (6 months)
DTaP (6 months)
HIB (6 months)
PCV (6 months)
IPV (6 months)
Influenza (6 months)
Influenza (7 months)
HIB (12 months)
PCV (12 months)
MMR (12 months)
Varicella (12 months)
Hep A (12 months)
DTaP (18 months)

Influenza (18 months)
Hep A (18 months)
Influenza (30 months)
Influenza (42 months)
DTaP (4 years)
IPV (4 years)
MMR (4 years)
Varicella (4 years)
Influenza (5 years)
Influenza (6 years)
Influenza (7 years)
Influenza (8 years)
Influenza (9 years)
HPV (9 years)
Influenza (10 years)
HPV (10 years)
Influenza (11 years)
HPV (11 years)
DTaP (12 years)
Influenza (12 years)
Meningococcal (12 years)
Influenza (13 years)
Influenza (14 years)
Influenza (15 years)
Influenza (16 years)
Meningococcal (16 years)
Influenza (17 years)
Influenza (18 years)

**In 1986, Pharmaceutical manufacturers producing vaccines were freed from ALL liability resulting from vaccine injury or death by the Childhood Vaccine Injury Act.*

With this, vaccines became HIGHLY profitable. There are 271 vaccines in development and mandatory vaccine laws for children — and ADULTS — being pushed in most states.

The US gives 2-3x more vaccines to children than most developed countries, yet we have some of the highest rates of childhood issues that are NOT seen in other countries. Things like asthma, childhood diabetes, food allergies, childhood leukemia, developmental delays, tics, ADHD, autism, lupus, arthritis, eczema, epilepsy, Alzheimers, brain damage, etc... **It's NOT a coincidence.**

Vaccines contain toxic chemicals that do NOT belong in our bodies, such as aluminum (known to cause brain and developmental damage even in small doses) and formaldehyde (known to cause cancer in humans).

**LEARN
THE
RISK**.ORG

Gráfico 3

do a aumentar la morbilidad infantil”.

¿Qué explicación puede tener que el aumento del número de dosis pueda resultar en un aumento del índice de mortalidad y, también, de la morbilidad?

La insuficiente maduración del sistema inmunitario del bebé en el primer año de vida y el esfuerzo que se le exige en la producción de anticuerpos, frecuentemente es fuente de morbilidad (alergias, intolerancias,

reacciones autoinmunes, colapso del sistema en forma de inmunodeficiencia).

Es necesario hacer referencia a esta gráfica 2 para entender la situación:

Básicamente nos indica que la capacidad de producir inmunoglobulinas en el primer año de vida del bebé es muy limitada. Concretamente, al año de vida, el bebé tiene un 60% de las IgG de las que tiene un adulto, el

20% de las IgA y el 70% de las IgM. En los primeros meses (a los 2 y a los 4 meses, edad de las primeras vacunaciones) la capacidad de producir anticuerpos es aún muy reducida y por tanto, producir anticuerpos contra 6 antígenos diferentes (hexavalente) es una tarea que podría provocar confusión (alergias, autoinmunes) o colapso (inmunodepresión) en el sistema inmunitario.

- ¹ Torch WC. DTP immunisation: a potential cause of sudden infant death syndrome. American Academy of Neurology. 34th Annual Meeting, April 25-May 1, 1982. Neurology 32(4) pt2.
Walker Am et al. Difteria-Tetanus-Pertussis immunisation and sudden infant death syndrome. Am J Public Health 1987; 77: 945-971.
- ² Vennemann MM et al. Sudden infant death syndrome: no increased risk after immunisation. Vaccine 2007; 25: 336-340.
Stratton K et al. Immunisation safety review: vaccination and sudden unexpected death in infancy. Washington DC, USA : National Academies Press, 2003.
- ³ Do immunisations reduce the risk for SIDS? A meta-analysis
M.M.T.VennemannaM.HöffgenbT.BajanowskicH.-W.HensedE.A.Mitchelle.



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
E-mail: corogoitiaispizua@gmail.com
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
E-mail: cmzabalburuesther@gmail.com
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

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

Alero, Adela (Migjorn)
Sant Vicenç de Castellet (Barcelona)
E-mail: migjorn@migjorn.net

Alonso, Mar (Terapeuta)
Bilbao
E-mail: marsatva@gmail.com

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

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

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.

Cruickshank, Maria (BioSphera)
Pamplona
Tel. 679 726 518

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

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

Ferrer, Cristina (Colaboradora LLV)
Cáceres
E-mail: cristina.moreno@gmail.com

Fuentes, María (Médica)
Arcos de la Frontera (Cádiz)
E-mail: secretaria@mariafuente.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, 1º. 48010. Bilbao
Tel. 944213499
E-mail: jtorrezabal@terra.es

Gómez, Teresa (comadrona)
Sevilla
Tel. 629 560 115

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
Elche (Alicante)

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

Lérida, Gema (Colaboradora Liga)
Murcia
E-mail: gemalerida@yahoo.es

Lladó, María José (Psicoterapeuta)
Madrid
E-mail: mariajose@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

Marenostum
c/ Fontanella, 16. pral. 08010. Barcelona
E-mail: info@marenostumcsf.com

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

Martínez, José
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

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

Pérez, Margarita (Pediatra)
Madrid
E-mail:
homeopatiapediatria@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

Reija, Angel
C/ Curtidores, 3. 40002. Segovia
Tel. 921441995
E-mail: hara@wanadoo.es

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

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

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

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

Vázquez, Cinta (Terapeuta)
Sevilla
E-mail: cintavq@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

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

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

Colette LEICK-WELTER, PhD
Kohlmeisenstieg 10
D 22399 Hamburg
E-mail: Colette.welter@tiscali.de

ARGENTINA

Eneko Landáburu
Misiones
E-mail: enekolan@gmail.com

Eduardo YAHBES
www.librevacunacion.com.ar
E-mail: info@librevacunacion.com.ar
E-mail: eduardoyahbes@gmail.com

AUSTRALIA

Viera SCHEIBNER
178 Govetts Leap Road
Blackhealth NSW 2785
E-mail: vscheibner@mpx.com.au

Ian SINCLAIR
E-mail: ian@vaccinationdebate.com
www.vaccinationdebate.com

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

AUSTRIA

Petra CORTIEL
Stauffenstr. 9A
5020 Salzburg
E-mail: cortiel@salzburg.co.at

AEGIS Österreich
Dr Johann LOIBNER
A 8563 Ligist
E-mail: info@aegis.at
www.aegis.at

BELGICA

Dr Kris GAUBLomme
Bostraat 74/6
Hasselt
E-mail: kris.gaublomme@telenet.be
www.vaccinatedamage-prevention.org

Preventie Vaccinatieschade vzw (PVS)
E-mail: info@vaccinatieschade.be
www.vaccinatieschade.be

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

BOLIVIA

Hannelore PELLHAMMER
Cochabamba
E-mail: hannepel@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_pesav@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@aavp.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)
19, rue de l'Argentière. 63200 Riom
E-mail: info@alis.asso.fr
www.alis.asso.fr

Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations
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 Gawsorth 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 SUNDØY
Grodemtunet 15
4029 Stavanger

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

NUOVA 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

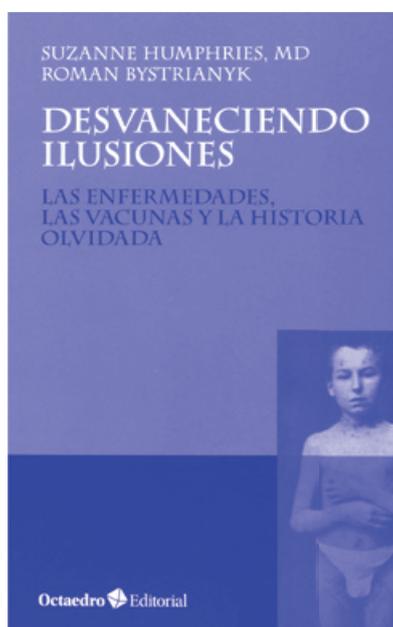
Groupe médical de Réflexion sur les vaccins
Case Postale 110
1010 Lausanne 10
www.infovaccin.ch

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



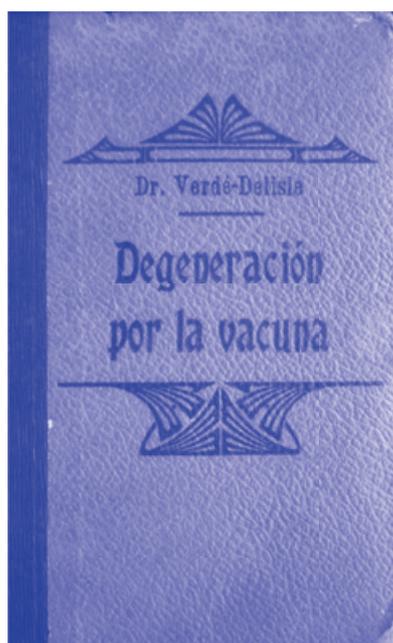
TÉTANOS. LE MIRAGE DE LA VACCINATION

Autora: Françoise Joët
Idioma: Francés
Reedición: 2018
Editorial: Fiat Lux



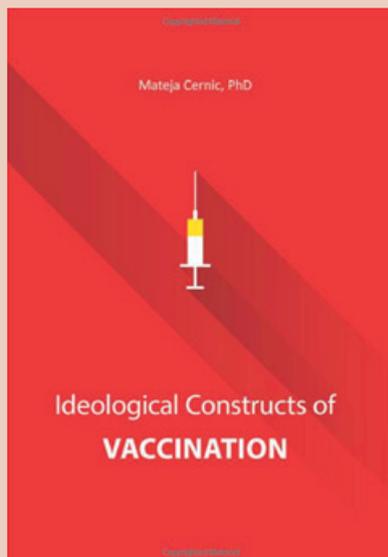
DESVANECIENDO ILUSIONES

Autora: Suzanne Humphries
Idioma: Español
Primera edición: 2015
Editorial: Octaedro



DEGENERACIÓN POR LA VACUNA

Autor: Verdé-Delisle
Idioma: Español
Edición: 1922 (descatalogado).



BASES IDEOLÓGICAS DE LA VACUNACIÓN

Autor: Mateja Cernic, PhD

480 páginas

Publicado por: Vega Press Ltd, UK

Idioma: Inglés

Fecha publicación: 6 enero 2018

El Libro “Ideological constructs of vaccination”, va dirigido, contando con evidencias detalladas, a las inestables, dubitativas y a menudo falsas presunciones sobre las vacunas, muy arraigadas entre la población : sobre su seguridad, eficacia, pruebas rigurosas y regulación antes de entrar en el mercado, etc...dibujando así una imagen preocupante sobre los estados y las organizaciones científicas.

Esta escrito por Mateja Cernic, PhD, y está basado en la tesis doctoral de la autora del mismo título, en una versión mucho más extensa, completa y actualizada.

Las instituciones oficiales, así como la mayoría de profesionales y el público en general, miran a las vacunas como “uno de los mayores logros de la medicina”. Por lo general, se acepta que las vacunas no tan sólo son seguras y beneficiosas para la población, sino que es una medida que ha de ser implementada de forma urgente y necesaria, a pesar de las dudas que plantean diversos colectivos.

La justificación, legalización e implementación de las vacunas, incluyendo su obligatoriedad, están basadas en las siguientes premisas:

- Las vacunas han reducido considerablemente la mortalidad de las enfermedades infecciosas.
- Las vacunas son eficaces y seguras.
- Los efectos adversos son raros, suaves y temporales, y ocurren dentro de las 48h siguientes a la vacunación.
- Las vacunas no causan enfermedades ni daño al cuerpo a largo plazo, y sobre todo no causan autismo.
- Un niño puede recibir tantas dosis como sea de vacunas sin que le perjudiquen.
- Los adyuvantes son seguros e inocuos.
- El aluminio de las vacunas es equivalente al aluminio en la comida.
- Un bebé recibe más aluminio con la lactancia materna que con las vacunas.
- Las vacunas son la mejor protección contra las infecciones.
- Un nivel alto de anticuerpos garantiza la protección contra dicha infección.
- Las vacunas son la medida de salud pública más barata y más eficiente.
- Las vacunas dan inmunidad de grupo que protege frente a los brotes de enfermedades epidémicas.
- Los médicos conocen muy bien las propiedades de las vacunas.
- Los efectos adversos son metódicamente registrados y monitorizados.
- Las vacunas han sido probadas en estudios científicos rigurosos.
- Las autoridades reguladores siguen vigilantes sobre la seguridad y adecuación.