

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Vacunación Libre 26

Octubre 2021



Revista internacional sobre vacunas

Vacunación Libre

Número 26. Octubre 2021

Liga para la Libertad de Vacunación

ÍNDICE

- 3 100 días y 200 años / **Editorial**
- 4 Inmunidad ¿de grupo? / **Silvia Llácer**
- 9 Jules Tissot, descubridor del verdadero origen de la enfermedad (1ª parte)
- 11 Efectos adversos de las vacunas / **Silvia Llácer**
- 14 Polisorbatos en las vacunas del calendario vacunal español / **Xavier Uriarte**
- 15 Comunicado de Geert Vanden Bossche / **Geert Vanden Bossche**
- 19 La agencia europea de medicamentos elimina los datos de muertes infantiles causadas por vacunas. Falsificación de registros oficiales por otras instituciones / **Jacob Puliyel, C. Sathayamala**
- 21 Cajal frente a Ferrán / **José Tomás Cabot**
- 26 Informe científico sobre el Covid-19. Biólogos por la verdad. Sobre los virus / **Máximo Sandín**
- 28 La interacción de los adyuvantes a base de aluminio con los macrófagos THP-1 in vitro: implicaciones para la supervivencia celular y la traslocación sistémica / **Ema Shardlow, Matthew Mold, Christopher Exley**
- 30 Componentes de las vacunas del calendario vacunal europeo 2021 / **Xavier Uriarte**
- 32 Reacciones adversas a las vacunas en el mundo / **Xavier Uriarte**
- 34 El herbicida glifosato en el calendario vacunal europeo / **Xavier Uriarte**
- 34 Grafeno / **Xavier Uriarte**
- 35 Bibliografía

CONSEJO DE REDACCIÓN

Junta Directiva LLV.

EDITA

Liga para la Libertad de Vacunación

administracion@vacunacionlibre.org
www.vacunacionlibre.org

Depósito Legal: Gi-696-2010

100 días y 200 años

Hace unas semanas la mayor parte de los presidentes de los gobiernos afirmaron que en 3 meses (mayo-julio 2021) la población tendría una buena protección de grupo o de rebaño ante la gripe Covid-19 que nos haría afrontar con optimismo esta nueva etapa mundializada.

Históricamente esta categorización no es nueva en la hemeroteca de la medicina mundial.

En Europa, a principios del siglo XVIII, con la construcción de los estados y del nuevo orden económico, los gobiernos y las industrias se distribuyeron los papeles de control de la sociedad.

Por un lado, la economía que desajustaba el orden social y creaba grandes grupos de pobreza y por otro lado los parlamentos que desarrollaban leyes paternalistas que cumplían el papel esperado de responsabilidad.

Una conocida frase de alemán Otto von Bismarck (1815-1898) que decía: “Ejerceremos la máxima represión sobre el movimiento obrero y les daremos por otro lado unas medidas sanitarias colectivas”.

El modelo sanitario que adoptaron los gobiernos ante las epidemias, además de las medidas clásicas de higiene, fue evolucionando cada vez más hacia una opción farmacológica que se le denominó vacuna o producto inmunológico. Producto éste que al mismo tiempo coincidía con los intereses ultraliberales económicos de la industria farmacéutica.

Tras la segunda guerra mundial, hacia 1950, el acuerdo entre los gobiernos y la industria avanzó todavía más hacia la idea única de que las vacunas salvaban la Humanidad.

Y es a partir del siglo XXI cuando este acuerdo comienza a hacerse mundial y totalitario.

Sin embargo, estamos en condiciones de afirmar por el conocimiento acumulado en la actualidad que los fundamentos de la vacuna no presentan ninguna solidez histórica.

Cuando a finales del siglo XVIII (1795), E. Jenner afirma en Gran Bretaña que es de interés público utilizar el suero de la vaca o vacuna. En este tiempo, no se conocía lo que era el suero ni el virus.

Este conocimiento aparece a finales del siglo XIX y concretamente sobre 1860.

A lo largo de esos 100 años se vacunó con el suero de la viruela sin saber lo que era y, lógicamente, se extendió aún más la infección y las reacciones adversas posvacunación.

Es en el año 1885 cuando en España y concretamente en Valencia a colación de la epidemia de cólera cuando acontece la gran polémica entre Jaume Ferran y Ramón Cajal sobre la idoneidad de vacunar en tiempos de cólera.

Recientemente el investigador Geert Vanden Bossche ha descrito los peligros de la vacunación en jóvenes y en mayores en plena epidemia de la gripe y del Covid-19.

A mediados del siglo XX, del suero de la vacuna se pasó a fabricar productos inmunológicos que no provenían de la vaca ni del caballo, sino de la manipulación de los virus y bacterias con animales en los laboratorios.

Cuando salen al mercado las vacunas de la polio, difteria, tétanos y tosferina los mismos investigadores afirman que tras la inoculación de estos productos inmunitarios no se reduce ni la circulación ni la transmisión de las bacterias o virus y que es tal el número de muertes y de reacciones posvacunales que han de retirar temporalmente dichos productos del Mercado.

En 1980 aparece otro hito en la investigación. Se comienza a modificar el ADN de los microorganismos, de los vegetales, de los animales y de los humanos a través de la ingeniería genética. En esta época se comienzan a fabricar productos genéticos inmunológicos. Es el caso de las vacunas de la hepatitis, rotavirus, polio, gripe, etc.

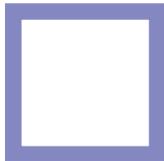
Y en el 2020 se incorpora el ARNm a los nuevos productos inmunológicos.

Desde 1930 todos los sueros o vacunas y todos los productos inmunológicos posteriores llevaron cantidades tóxicas de etilmercurio (tiomersal), antibióticos, sales de aluminio, polisorbatos, aldehídos, escualenos y hasta más de 70 moléculas químicas en su composición.

Ante estos acontecimientos históricos, ¿cómo es posible que los parlamentos puedan durante estos dos últimos siglos controlar a las poblaciones afirmando cosas que no son propias del conocimiento sino de las presiones exclusivamente económicas?

Junta Directiva LLV

Inmunidad ¿de grupo?



Autora: Silvia Llácer

Fecha de elaboración: Octubre 2019

Contacto: sllacerp@gmail.com

Tras el mito de que la mortalidad por enfermedades infecciosas descendió masivamente gracias a las vacunas, el segundo mito más extendido es el de la inmunidad de grupo, por el cual se explicaría que individuos no enferman a pesar de no estar vacunados. Veamos algunos datos que ponen en evidencia lo enormemente cuestionable que es la hipótesis de inmunidad de grupo.

RESUMEN

- El concepto ‘inmunidad de grupo’ es teórico, es decir, no se ha demostrado en ensayos clínicos sino que se estima estadísticamente.
- Tenemos múltiples brotes de enfermedades prevenibles en poblaciones con altas tasas de vacunación y en individuos vacunados.
- La vacuna de polio inactivada (la que se usa actualmente), no previene la transmisibilidad de poliovirus, por lo que no se puede asociar a ningún tipo de inmunidad indirecta.
- Las vacunas de toxoide (difteria y tétanos) no pueden asociarse a inmunidad grupal; en el caso del tétanos, además, la enfermedad no es contagiosa en lo absoluto.
- La tos ferina está reemergiendo en poblaciones con altas coberturas vacunales y se considera la enfermedad menos prevenible por vacunación.
- La hepatitis B no se transmite en comunidades a menos que haya contacto sanguíneo o sexual.
- La vacunación de la hepatitis B no ha disminuido la mortalidad, al contrario, se asocia temporalmente a un aumento.
- Tenemos evidencias que sugieren que la baja proporción de portadores sanos del meningococo tipo C no se asocia necesariamente a una menor incidencia de enfermedad.
- La enfermedad meningocócica invasiva por meningococo tipo C (el que se vacuna desde 1997 en España), ya llevaba varios años disminuyendo con una tendencia destacada antes de la vacuna.
- La introducción de la vacuna de polisacáridos del meningococo tipo C, en 1997, se acompañó de una disminución en la tendencia de descenso de la enfermedad, que tras unos años de inestabilidad, continuó descendiendo pero con una tendencia mucho más suave.
- La vacunación para la enfermedad provocada por *Haemophilus In-*
- *fluenzae* tipo B (Hib) se asocia a un aumento de enfermedad invasiva por otros tipos, especialmente en adultos.
- Existe un posible resurgimiento de la enfermedad por Hib en poblaciones con altas tasas de vacunación.
- La vacuna de Hib no elimina ni reduce el transporte orofaríngeo de Hib en algunas poblaciones.
- Sobre las vacunas de varicela, neumococo y rotavirus no tenemos suficientes datos para valorar el posible impacto indirecto en la población al llevar muy pocos años aplicándose en la primera infancia.
- Tenemos evidencias de que la vacuna antineumocócica 13 valente no sólo no se asocia a una disminución de la enfermedad, sino que podría promoverla y aumentar la mortalidad en población adulta y anciana.
- El efecto de la vacuna del papiloma en la población general no se puede evaluar debido a que no se ha podido demostrar que evite ningún cáncer asociado a VPH.

DETALLE

La inmunidad de grupo, también llamada inmunidad colectiva o de rebaño (herd immunity en inglés), se define como la protección indirecta contra enfermedades infecciosas que ocurre cuando un gran porcentaje de una población se ha vuelto inmune a una infección. [1]

La base teórica de la inmunidad colectiva fue introducida por Hamer en 1906 en el contexto de una discusión de la dinámica de sarampión. [2] En la actualidad, el concepto de inmunidad de grupo sigue siendo teórico y se estima en base a modelos matemáticos, como por ejemplo los modelos SIR y similares [3]. Esto significa que no ha sido demostrado en ningún estudio, sino que se estima estadísticamente.

En la práctica, los brotes de paperas, rubeola y muy especialmente de sarampión en poblaciones altamente vacunadas [4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15], ponen en jaque la veracidad de la hipótesis de la inmunidad grupal para la vacuna triple vírica

En cuanto a la vacuna de poliomielitis, un ensayo clínico realizado con la vacuna inactivada documenta que tras una inoculación experimental de poliovirus atenuados se recuperaron altos recuentos de estos poliovirus de las heces de los niños, tanto en los grupos que habían recibido la vacuna como los que no la habían recibido. [16] Por tanto la vacuna inactivada no sirve para el control de la transmisibilidad del virus y no puede considerarse de ninguna manera que existe una inmunidad de grupo asociada a esta vacuna. Recordemos que la vacuna oral se eliminó de muchos países por problemas de seguridad. [17][18][19][20]

Acerca de la vacuna tripe bacteriana DTPa (Difteria, Tetanus, Pertussis acelular) tampoco podemos considerar que exista una inmunidad de grupo. Respecto a la difteria, sabemos que la vacuna no está diseñada para evitar

la colonización del bacilo diftérico, ya que se usa el toxoide, por lo que es exclusivamente de uso personal; pasa lo mismo con el tétanos, en este caso ni siquiera es una enfermedad contagiosa. Por lo que concierne a la tos ferina (pertussis), está documentado que la vacuna no previene la transmisión de la bacteria: en un ensayo realizado en babuinos se observó que los individuos vacunados e inoculados con B. pertussis de forma deliberada no eliminaban la infección más rápido que los animales sin tratamiento previo y transmitían fácilmente B. pertussis. [21]

Pero con el caso de pertussis hay más, se considera una enfermedad reemergente a pesar de las altas tasas de vacunación en la mayoría de países desarrollados. Existe consenso acerca de la posibilidad de que las variantes de la tos ferina que carecen de pertactina (PRN), actualmente circulantes, pueden haber adquirido una ventaja selectiva para infectar a personas vacunadas, así, la vacunación podría ser un factor de riesgo para la infección por estas cepas. [22][23][24][26] Aunque no está demostrado rigurosamente, sería una forma de explicar el aumento de la enfermedad en poblaciones altamente vacunadas. En cualquier caso, si la vacuna no está protegiendo adecuadamente ni siquiera a los individuos vacunados, no podemos hablar de una “externalidad positiva” de la vacuna (beneficio indirecto).

Respecto a la vacuna de la hepatitis B, su no aplicación no puede alterar la seguridad de los espacios públicos dada la vía de transmisión de la enfermedad (sangre y fluidos sexuales), especialmente en niños que difícilmente tendrán conductas de riesgo, como intercambiar agujas o tener sexo. Teniendo en cuenta que un portador sano de hepatitis B no sería excluido de la escuela o instituto, resulta ilógico e irracional creer que debiera estarlo un no vacunado. Es importante remarcar que la mortalidad por hepatitis vírica no sólo no ha bajado tras la vacunación, sino que ha aumentado, en nuestro país los casos

de mortalidad se cuadruplicaron en 5 años tras el inicio de la vacunación (176 en 1992 a 720 en 1997) y ha seguido subiendo con un pico en 2004 (1.114 muertes en ese año). [27][28]. Si revisamos la incidencia de casos únicamente del tipo B en los últimos años, vemos un aumento considerable, con un pico en 2008 (2,2 casos por 100.000 habitantes). [29] (ver Gráfico e en comentarios). Nuevamente, si la vacuna no está evitando la enfermedad en poblaciones altamente vacunadas, resulta ilógico hablar de inmunidad de grupo.

Es importante remarcar que la mortalidad por hepatitis vírica no sólo no ha bajado tras la vacunación sino que ha aumentado.

Si revisamos el caso de la enfermedad meningocócica, vemos que la afirmación de que la vacuna se asocia a una inmunidad colectiva se basa en la disminución de la colonización nasofaríngea en individuos sanos (como ocurre con la vacuna para el Haemophilus Influenzae tipo b y la del neumococo). [30] En un estudio realizado en un pueblo rural de los Países Bajos, donde había ocurrido un brote de enfermedad meningocócica invasiva (EMI) debido al serotipo C, se observó que la proporción de portadores era baja, inferior a una población de referencia en la que no había habido casos. [31] Esto sugiere que el porcentaje de portadores no es un factor esencial en el desarrollo de brotes. Nótese que cuando hablamos de portadores se hace referencia a la detección del germen en los hisopados, siendo que la no detección no significa que no exista el germen en la orofaringe, tan sólo que los test de laboratorio no son capaces de detectarlos porque su proporción es demasiado baja.

Por otro lado, si bien tras la vacunación conjugada del meningococo serotipo C (introducida en España

a partir del 1997) [32] tenemos un descenso claro de casos de EMI por este serotipo, no podemos obviar un dato sugerente, y es que la disminución ya venía ocurriendo años antes de la introducción de la vacuna con una tendencia a la baja mucho más acusada que la que observamos tras la vacunación, es más, fue precisamente al introducir la primera vacuna (la de polisacáridos) que se frenó la tendencia de caída en la morbilidad. Además, la disminución de EMI por meningococo serotipo B tiene un patrón de descenso muy similar al del serotipo C en ausencia de vacunación. [33] (ver Gráfico 4 en comentarios). Esto insinúa que el descenso en la incidencia de EMI tipo C puede deberse a factores que nada tienen que ver con la vacunación y por tanto lo que se podría añadir sobre una posible inmunidad indirecta no tendría sentido.

La mortalidad bruta había sido más del doble en los vacunados.

Por lo que concierne a la vacuna del *Haemophilus Influenzae*, al cubrir únicamente uno de los numerosos tipos de la bacteria, no podemos asegurar que la vacunación reduzca la enfermedad invasiva relacionada, de hecho, diversos tipos de *Haemophilus Influenzae* han estado causando enfermedades invasivas de gran gravedad y con una incidencia cada vez mayor en adultos a raíz de la vacunación contra *Haemophilus Influenzae* tipo B (Hib). [34][35] Los casos de enfermedad invasiva por Hib son escasos en la actualidad en la mayoría de países desarrollados, pero los que tenemos pueden darse en población altamente vacunada y en niños totalmente inmunizados. [36] Aunque podríamos estar ante un resurgimiento de la enfermedad en poblaciones con buenas coberturas vacunales: una revisión de los casos en un hospital argentino durante 24 años pone de manifiesto el aumento de casos; en 14 años (de 1999 a 2013) se dieron tan

sólo 5 casos (tasa de 0,35 casos por año), y en tan sólo 2 años (de 2014 a 2016) observamos 10 casos (tasa de 5 casos por año), un aumento considerable. [37] (ver Gráficos 6 y 7 en comentarios).

También se habla de un resurgimiento en poblaciones vacunadas en Alaska. La reaparición de la enfermedad se asocia a que la vacuna no elimina ni reduce el transporte orofaríngeo (de portadores sanos) [38][39], este hallazgo sugiere que tal vez deberíamos considerar que la vacuna no es el principal motivo de la reducción de la colonización por Hib y por tanto tampoco es la responsable de una inmunidad colectiva.

No entraremos a valorar la varicela, dado que se vacuna a niños pequeños desde hace tan sólo unos pocos años y no se puede evaluar si existe un beneficio indirecto de la vacuna. Con la vacuna del rotavirus y del neumococo pasa lo mismo, la vacunación en la primera infancia se inició hace muy pocos años; [40] no obstante podemos comentar la escasa efectividad y seguridad de la vacuna antineumocócica 13 valente (PCV13) que sugiere un estudio en adultos y ancianos realizado en Cataluña: este estudio investigó la efectividad clínica de la vacuna PCV13 (vacuna antineumocócica 13 valente conjugada) en la prevención de la hospitalización por neumonía en adultos de mediana edad y adultos mayores. Encontramos que la vacuna PCV13 no alteró significativamente el riesgo de neumonía neumocócica y la muerte por todas las causas, aunque se mantuvo significativamente asociado con un mayor riesgo de neumonía por todas las causas. En este estudio, las grandes diferencias en los resultados entre vacunados y no vacunados sugieren que las personas vacunadas estaban más enfermas. La mortalidad bruta había sido más del doble en los vacunados (5944 por 100.000) que en los no vacunados (2354 por 100.000). [41]

Tampoco valoraremos la vacuna del papiloma, pues ni siquiera se ha podido demostrar que es efectiva

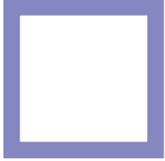
en la prevención del cáncer de cuello uterino (y otros cánceres asociados al VPH), que es su objetivo principal. [42]

REFERENCIAS

- 1 Inmunidad de rebaño: https://en.wikipedia.org/wiki/Herd_immunity
- 2 Inmunidad de rebaño: historia, teoría, práctica: <https://academic.oup.com/epirev/article-abstract/15/2/265/440430?redirectedFrom=fulltext>
- 3 Las matemáticas de las epidemias: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5035102.pdf>
- 4 Brote de sarampión en una población escolar vacunada: epidemiología, cadenas de transmisión y el papel de las fallas de vacunas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3826461/>
- 5 Investigación de un brote de sarampión en una población escolar totalmente vacunada que incluye estudios de suero antes y después de la revacunación: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8483623/>
- 6 Brote de sarampión en una población altamente vacunada - Israel, julio-agosto de 2017: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30359348/>
- 7 Brote de sarampión en un hospital de nivel terciario, Oporto, Portugal, 2018: desafíos en la era posterior a la eliminación: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6152427/>
- 8 Fallo en la meta de eliminación del sarampión. Paradoja aparente de las infecciones por sarampión en personas inmunizadas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8053748/>
- 9 La epidemia de sarampión más grande en América del Norte en una década: Quebec, Canadá, 2011: contribución de susceptibilidad, casualidad y

- eventos de extinción: <https://academic.oup.com/jid/article/207/6/990/898747>
- 10 Epidemia importante de sarampión en la región de Quebec a pesar de una cobertura de vacuna del 99%:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1884314/>
 - 11 Brote de paperas en una población altamente vacunada:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1861205/>
 - 12 Brote de paperas en un entorno altamente vacunado, afiliado a la universidad, antes y después de una campaña de vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola, Iowa, julio de 2015 a mayo de 2016:
<https://academic.oup.com/cid/article/66/1/81/4083403>
 - 13 Seroepidemiología de las paperas en Europa (1996–2008): ¿por qué se producen brotes en poblaciones altamente vacunadas?
<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/seroepidemiology-of-mumps-in-europe-19962008-why-do-outbreaks-occur-in-highly-vaccinated-populations/8FF6461AE106F67974A2B2637E5038D3>
 - 14 Brotes de parotiditis en poblaciones vacunadas: ¿son las vacunas contra parotiditis disponibles lo suficientemente eficaces como para prevenir brotes?
<https://academic.oup.com/cid/article/47/11/1458/282575>
 - 15 Dificultades para eliminar el sarampión y controlar la rubéola y las paperas: un estudio transversal de una primera vacuna contra el sarampión y la rubéola y una segunda vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930734/>
 - 16 Ensayo aleatorizado y controlado con placebo de la vacuna inactivada contra el poliovirus en Cuba:
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa054960>
 - 17 Perspectiva de un país en desarrollo sobre la poliomiélitis paralítica asociada a la vacuna:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106301/?i=2&from=/12931339/related>
 - 18 Poliomiélitis paralítica asociada a la vacuna en la Federación de Rusia en 1998–2014:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30201507/?i=9&from=poliovirus%20isolation>
 - 19 Actualización sobre los poliovirus derivados de la vacuna. En todo el mundo, enero de 2017–junio de 2018. Jorba J, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30359342/?i=7&from=poliovirus%20isolation>
 - 20 Erradicación de la poliomiélitis: la paradoja de la Vacuna Oral de la Polio (VOP):
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12931339/?i=5&from=/1766724/related>
 - 21 Las vacunas contra la tos ferina acelular protegen contra la enfermedad pero no previenen la infección y la transmisión en un modelo de primates no humanos:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24277828>
 - 22 Reunión de la Junta de Consejeros Científicos, Oficina de Enfermedades Infecciosas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro de Comunicación Global Tom Harkins, Atlanta, Georgia, 11–12 de diciembre de 2013:
https://www.cdc.gov/maso/facm/pdfs/BSCOID/2013121112_BSCOID_Minutes.pdf
 - 23 Investigaciones sobre la aparición de aislados de Bordetella pertussis deficientes en pertactina en seis países europeos, 1996 a 2012:
<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2014.19.33.20881>
 - 24 Factores que contribuyen al resurgimiento de la tosferina:
<https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/17460913.3.3.329>
 - 25 Resurgimiento de la tos ferina: inmunidad menguante y adaptación de patógenos: dos caras de la misma moneda:
<https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/pertussis-resurgence-waning-immunity-and-pathogen-adaptation-two-sides-of-the-same-coin/2C4624385819C751F0C4E9448D4ABF04>
 - 26 Pertussis: Enfermedad reemergente:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6140269.pdf>
 - 27 Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX. Ministerio de sanidad y consumo. Instituto de salud Carlos III:
<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=19/10/2012-3c0cfd4ca3>
 - 28 Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad. 005 Hepatitis víricas. 1980–2017. Instituto Nacional de Estadística:
<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
 - 29 Una visión general de la hepatitis B:
<http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/977/1196>
 - 30 Protección de la manada: la notable eficacia de las vacunas conjugadas de polisacáridos y proteínas contra la meningitis bacteriana en la alteración de la dinámica de transmisión:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116338/>
 - 31 Transporte meningocócico en relación con un brote de enfermedad invasiva debido al serogrupo C de Neisseria meningitidis en los Países Bajos:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163445399901019>
 - 32 Vacunación contra el Meningococo C. Un repaso a la historia:
<https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/M15-5.1-meningococo-c.pdf>
 - 33 Enfermedad meningocócica en

Jules Tissot, descubridor del verdadero origen de la enfermedad (1ª parte)



Fuente: Salud Alternativa, nº 62. Naturopatía y tradiciones
Fecha de publicación: Enero 2021

Ya a principios del siglo XX un biólogo cuestionó el dogma pasteuriano acerca del origen de las enfermedades. Repasamos la teoría y el destino de este científico que tuvo el valor de no callarse, pero que fue privado de audiencia y de posteridad.

El biólogo Jules Tissot, licenciado en Ciencias y profesor de Fisiología General en el Museo Nacional francés de Historia Natural, dedicó la mayor parte de su vida a investigar a fondo los elementos que componen la célula viva. **Aunque desde otro enfoque, lo que hizo fue complementar y confirmar a otros contemporáneos en el análisis del extremo polimorfismo de la materia viva** y de la importancia de la evolución de los microelementos internos en la aparición y el desarrollo de las enfermedades. Sin embargo, desde su primera publicación, en 1926, se topó con el cientifismo dogmático y con la conspiración del silencio de la cual habían sido víctimas otros pioneros como él solo unos años antes.

En cambio, el Prof. Tissot no se vino abajo y continuó sus trabajos con admirable perseverancia, publicando su segundo y tercer volumen en 1936 y en 1946, respectivamente (este último lo consideró definitivo). Lo curioso es que ambas obras hoy no puedan encontrarse. Y es que Jules Tissot fue aún más relegado que

otros sabios de su época y, de hecho, no figura en prácticamente ninguna enciclopedia pese a haber sido el inventor de la máscara de gas y de un aparato destinado a renovar el aire de los submarinos.

El propio científico constató rápidamente el tamaño de la hidra que se alzaba ante él, dejando testimonio del ostracismo del que fue objeto: *“Cuando en 1926 –escribió 20 años más tarde– quise publicar en la Academia de Ciencias y en otras sociedades académicas los resultados de las investigaciones [...] se rechazó [...]. Se trasladó la consigna a las principales revistas médicas de prohibir toda publicidad sobre mi investigación. En una palabra: se estranguló la libertad de opinión, de debate y de publicación y, como signo de la abulia general de las mentes, ningún científico alzó su voz [...]”*.

Pero ¿qué es lo que motivó aquella conspiración? El propio Prof. Tissot lo achaca a la defensa de los dogmas pasteurianos. *“Había que tratar de defender esos dogmas y el libro que acababa de publicar los destruía al establecer que los seres vivos, animales y vegetales son de naturaleza bacteriana; que virus causantes de enfermedades infecciosas heterogéneas tienen su fuente original en el organismo [...]”*.

SIN POSIBILIDAD DE RÉPLICA

Jules Tissot trató de fomentar el debate, pero solo encontró ante él a personas que huían de toda discusión. ¿Acaso pensaba que sus interlocutores iban a reconocer sus errores, admitir que se habían equivocado, arrepentirse y “suicidarse” económicamente? Es por ello que se le dio la espalda, se le puso en la picota y se utilizaron todas las influencias disponibles para silenciar a aquel “aguafiestas”.

Aunque desde otro enfoque, lo que hizo Jules Tissot fue complementar y confirmar a otros contemporáneos en el análisis del extremo polimorfismo de la materia viva.

Tissot se enfrentaba a lo que yo he apodado “el Tiranosaurio”, es decir, el complejo farmacointustrial mundial del que el Instituto Pasteur y el laboratorio Pasteur-Mérieux (que posteriormente se convirtió en Aventis-Pasteur) forman parte. Por ello sus teorías, a pesar de estar cargadas de pruebas científicas que demostraban que los métodos médicos pasteuristas destruían lenta pero firmemente la salud de la población, no tenían ninguna posibilidad de hacer tambalear

a un monstruo de este tipo –que no sucumbió siquiera ante una denuncia por un caso de Creutzfeldt-Jakob (también llamada “encefalopatía espongiiforme” o “enfermedad de las vacas locas”) a raíz de un tratamiento con hormonas del crecimiento proporcionado por este laboratorio–.

CABALLO DE BATALLA

Con sus postulados revisionistas en realidad el Prof. Tissot no solo estaba atacando la bastilla pasteuriana sino que, al haber llevado a cabo sus investigaciones con gran meticulosidad, ponía en tela de juicio un gran número de teorías anteriores. Eso es lo que en realidad levantó contra él a la mayoría de los que se habían asentado cómodamente en falsas certezas y no soportaban de repente ver cómo se sacudía su suelo.

En esta línea, uno de los descubrimientos capitales de Tissot, cuyo sentido común debería haber hecho reflexionar a muchos científicos antes que él, era que las sustancias utilizadas generalmente por los investigadores para poder examinar la materia viva a nivel infinitesimal tenían, a su vez, un efecto devastador sobre esa propia materia. Esto implica que los observadores, lejos de contemplar en su microscopio la verdadera intimidad de la célula, solo podían ver sus desechos dispersos.

Así pues, pretender una descripción exacta de esta célula viva es del todo utópico. Sobre ello, Jules Tissot escribió: *“Los conceptos novedosos que contiene este libro –y que los hechos materiales no pueden sino confirmar– vienen a demostrar que estos seres organizados están enteramente constituidos por dos órganos de naturaleza estrictamente bacteriana y que estos mismos, en muchas circunstancias anormales, se vuelven virulentos para el organismo que han constituido.*

Uno, el orgánulo pesa ¹, se convierte, por una desviación o degeneración de su estado normal, en el agente de los

dos mayores flagelos de la humanidad: el cáncer y la tuberculosis (y probablemente también de la lepra). El otro, el orgánulo colibacilar, puede convertirse, por degeneración, en causa de la mayor parte de las enfermedades humanas (por colibacilos, estafilococos, estreptococos, neumococos...)”.

Esto resume a la perfección el gran abismo existente entre el dogma pasteuriano del origen externo de las enfermedades –que ha engañado completamente a la Medicina– y los descubrimientos de Tissot, que establecen que las enfermedades son principalmente de origen interno y resultado de un desajuste orgánico.

Es preciso tener en cuenta que el profesor se dedicó enteramente a un trabajo titánico de observaciones minuciosas de la materia viva elemental, las cuales plasmó en un número considerable de fotografías de gran calidad que aportan pruebas irrefutables de la exactitud de sus análisis. Precisamente en esa línea, Jules Tissot consideró necesario revelar al mundo científico y médico que las descripciones celulares publicadas hasta entonces adolecían por lo general de un vicio de forma.

Pero él mismo sabía que le lloverían los palos. De hecho, escribió en la introducción de su último volumen: *“No cabe duda de que la publicación de este libro provocará una fuerte reacción. [...] Se me acusará de ser un ‘destructor’, [...] [pero] he reconstruido sustituyendo inmediatamente lo falso por conceptos*

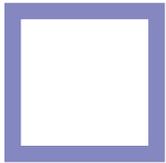
precisos de una importancia capital que nunca se habrían podido descubrir sin la demolición de los dogmas falsos [...]. [...] Ha supuesto el colapso de una serie de errores, el principal de los cuales es el dogma de la asepsia de los seres vivos. Es evidente que las nuevas ideas que estoy introduciendo son como una bomba [...]”.

Si Tissot se equivocó en algo fue en suponer que su “bomba” haría saltar algo. Como dije, con toda razón, se persistía en el error desde hacía tres cuartos de siglo. Pero es que aquel error estaba tan enraizado que habría hecho falta un auténtico terremoto para hacer entrar en razón al mundo científico. Y ese terremoto solo llegó hacia finales del siglo XX, con el sida, la explosión de los cánceres, el retorno imprevisto de la tuberculosis, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Creutzfeldt– Jakob... Por desgracia, demasiado tarde para Tissot, que entretanto cayó en el olvido que sus enemigos le habían preparado cuidadosamente.

Ojalá él y otros antes que él hubieran podido llegar directamente al público para mostrarle las desastrosas consecuencias que acarrearían las siguientes décadas de errores relacionados con la bacteriofobia pasteuriana, que estaba “fagocitando” el ámbito médico. Sin embargo, el camino es complejo. Algún otro biólogo sí logró tal hazaña, pero desgraciadamente no fue el caso de nuestro protagonista.



Efectos adversos de las vacunas



Autora: Silvia Llácer

Fecha de elaboración: Agosto 2019

Contacto: sllacerp@gmail.com

Existe una larga lista de efectos adversos asociados temporalmente con las vacunas. Los estudios realizados para demostrar la presencia o ausencia de causalidad no pueden descartar de forma rigurosa la posibilidad de que una reacción sea causada por la vacuna a la que se asocia.

En una revisión de la literatura publicada en 2012 se encontraron 75 efectos adversos asociados temporalmente con las vacunas, entre los cuales se encuentran condiciones graves como las encefalopatías, mielitis, meningitis, esclerosis múltiple, ELA o muerte, y eventos moderados como reactivaciones de los virus de la vacuna, convulsiones, síncope, fatiga crónica o fibromialgia.

De los 75 eventos adversos sólo 4 (0,05%) tienen evidencia para ser rechazados, aunque no de forma convincente, y dichos efectos adversos sólo son rechazados para alguna vacuna en concreto, siendo que para otras no está claro. En el autismo se rechaza la causalidad para la triple vírica pero no para la DTPa; en la parálisis de Bell o la exacerbación del asma se rechaza para la vacuna de gripe de virus inactivos, pero no para la de virus vivos; y en la diabetes tipo 1 se rechaza para la DTPa y la triple vírica pero no para la hepatitis B.

Para 13 de los 75 efectos adversos (17,3%) la evidencia sugiere causalidad: de forma convincente para 10 de los eventos, y de forma aceptable para los otros 3.

Los efectos a medio o largo plazo (que aparezcan en años o décadas tras la vacunación) no se pueden evaluar debido a la falta de estudios de largo alcance, pero se conocen efectos tóxicos (neurotóxicos y cancerígenos) derivados del uso de algunos componentes vacunales como el aluminio o el formaldehído.

La presencia del oncovirus SV40 contaminando vacunas de la poliomielitis sugiere la relación entre esta vacuna y el surgimiento de algunos cánceres.

La vacunación es una intervención médica con riesgos, estos riesgos son bien conocidos aunque a menudo son obviados o infravalorados. La mayoría de artículos que hablan de efectos adversos vacunales, inician su discurso afirmando que la vacunación ha sido un importante hito en medicina, adjudicándole cualidades que no tiene.

En el resumen de la publicación 'Efectos adversos de las vacunas: evidencia y causalidad', que podemos encontrar en el buscador biomédico pubmed, podemos leer:

"En 1900, por cada 1,000 bebés nacidos en los Estados Unidos, 100 mo-

rirían antes de su primer cumpleaños, a menudo debido a enfermedades infecciosas. Hoy en día, existen vacunas para muchas enfermedades virales y bacterianas." [1]

Esta introducción sugiere que la vacunación ha tenido un efecto importante en la disminución de esa mortalidad infantil, por lo que debemos asumir ese pequeño porcentaje de efectos adversos graves en pro de evitar una gran mortalidad. Entender que la vacunación ha tenido un impacto muy escaso o nulo en la disminución de la mortalidad por epidemias es la clave para poder valorar ese porcentaje de efectos adversos en un

contexto real. Los datos históricos de mortalidad y vacunas aplicadas dejan en evidencia que la inmensa mayoría de la mortalidad disminuyó antes de la introducción de la vacunación masificada, por lo que asociar la vacunación con el descenso de la mortalidad es un gran error. [2][3]

Dos corrientes de evidencia apoyan las conclusiones de causalidad de los efectos adversos asociados temporalmente a la vacunación: evidencia epidemiológica derivada de estudios de poblaciones (con mayor frecuencia basados en estudios observacionales aunque también con ensayos clínicos cuando están disponibles), y evidencia

mecanicista derivada principalmente de estudios biológicos y clínicos en animales y humanos individuales.

En la evaluación de la causalidad, los autores utilizan 4 posibles conclusiones:

1. **Apoya convincentemente:** Cuando el vínculo casual es convincente, como la poliomiелitis parálitica asociada a la vacuna oral de la polio.
2. **Favorece la aceptación:** Cuando la evidencia es fuerte y generalmente sugerente, aunque no lo suficientemente firme como para ser descrito como convincente o establecido.
3. **Inadecuado:** La evidencia no es razonablemente convincente en apoyo de o contra la causalidad; la evidencia es escasa, conflictiva, de débil calidad, o simplemente sugestiva.
4. **Favorece el rechazo:** Cuando la evidencia es fuerte y sugiere que no hay causalidad.

No existe la categoría 'Rechaza convincentemente' por la dificultad existente en demostrar la ausencia de causalidad. Los estudios no pueden descartar la posibilidad de que la reacción sea causada por la vacuna en un subconjunto de individuos. Por tanto, no se asume que la relación causal no existe, como máximo se requiere evidencia para alejarse de la posición de que la evidencia es inadecuada para aceptar o rechazar una relación causal.

Nótese que en la categoría 'Inadecuado' no podemos valorar la causalidad ni su ausencia, esto significa que sí podría existir una causalidad. Esta es una de las estrategias más comunes para minusvalorar los efectos adversos vacunales, no estudiar la causalidad de los efectos asociados temporalmente con la vacunación, de forma que no se confirman los casos y la mayoría quedan en sospechas, aun cuando se compensa al afectado con importantes sumas de dinero.

Veamos qué efectos adversos se

pueden catalogar con la conclusión '**Apoya convincentemente**':

1. Anafilaxia (triple vírica, meningocócica, hepatitis B, gripe, varicela, tétanos).
2. Bursitis Deltoidea (todas).
3. Convulsiones febriles (triple vírica).
4. Encefalitis corporal (sarampión, en individuos inmunocomprometidos).
5. Síncope (todas).
6. Reactivación viral de la cepa de la vacuna con infección posterior que resulta en meningitis o encefalitis (varicela).
7. Reactivación viral de la cepa de la vacuna sin otros órganos involucrados (varicela).
8. Varicela Zoster Oka diseminado con infección posterior que resulta en neumonía, meningitis o hepatitis (varicela).
9. Varicela Zoster Oka diseminado sin otra afectación de órganos (varicela).
10. Poliomiелitis parálitica (polio oral).

Ahora veamos los que aparecen con la conclusión '**Favorece la aceptación**':

1. Anafilaxia (VPH).
2. Síndrome oculorespiratorio (gripe).
3. Artralgia transitoria (triple vírica).

La parte más sustancial es en la que no hay suficiente evidencia y no se puede establecer la causalidad ni su ausencia (categoría '**Inadecuado**'), es decir, se sospecha de la relación pero no tenemos suficientes datos como para confirmarla ni rechazarla.

1. Encefalomiелitis diseminada aguda (hepatitis B y A, varicela, papiloma, DTPa, meningocócica, triple vírica, gripe).
2. Ataques Afebriles (triple vírica).
3. Mortalidad por todas las causas (gripe).
4. Esclerosis lateral amiotrófica (papiloma).
5. Anafilaxia (hepatitis A, DTPa).
6. Artropatía (DTPa, triple vírica).

7. Ataxia (DTPa, triple vírica).
8. Autismo (DTPa).
9. Hepatitis autoinmune (hepatitis A).
10. Parálisis de Bell (hepatitis A, DTPa).
11. Neuritis Braquial (triple vírica, gripe, hepatitis B, papiloma).
12. Ataxia cerebelosa (varicela).
13. Artralgia crónica en mujeres (triple vírica).
14. Artropatía crónica en niños (triple vírica).
15. Síndrome de fatiga crónica (triple vírica).
16. Dolor de cabeza crónico (meningocócica).
17. Polineuropatía Diseminada Inflamatoria Crónica (hepatitis B y A, papiloma, DTPa, meningocócica, triple vírica, gripe).
18. Urticaria crónica (DTPa).
19. Síndrome de dolor regional complejo (todas).
20. Encefalitis (hepatitis B, DTPa, meningocócica, triple vírica, gripe).
21. Encefalopatía (hepatitis B, varicela, DTPa, meningocócica, triple vírica, gripe).
22. Eritema nudoso (hepatitis B).
23. Fibromialgia (hepatitis B, DTPa, triple vírica, gripe).
24. Evento desmielinizante (hepatitis B).
25. Síndrome Guillain Barré (hepatitis B y A, varicela, papiloma, DTPa, meningocócica, triple vírica, gripe).
26. Pérdida de la audición (triple vírica).
27. Hepatitis (triple vírica).
28. Estados hipercoagulables (papiloma).
29. Púrpura trombocitopénica autoinmune (DTPa).
30. Espasmos infantiles (DTPa).
31. Exacerbación del asma o episodios de enfermedad reactiva de la vía aérea en niños menores de 5 años (gripe de virus vivos).
32. Exacerbación del asma o episodios de enfermedad reactiva de la vía aérea en personas de 5 años de edad o mayores (gripe de virus vivos).

33. Meningitis (triple vírica).
34. Esclerosis múltiple, inicio o recaída (hepatitis B y A, papiloma, DTPa, meningocócica, triple vírica, gripe).
35. Infarto de miocardio (gripe).
36. Miocarditis (DTPa).
37. Neuromielitis Óptica (gripe, hepatitis B, papiloma, triple vírica).
38. Inicio y exacerbación de la artritis reumatoide (hepatitis B).
39. Inicio o exacerbación de la artropatía (varicela, gripe).
40. Inicio o exacerbación de la artritis idiopática juvenil (hepatitis B).
41. Inicio o exacerbación de poliarteritis nodular (hepatitis B).
42. Inicio o exacerbación de la artritis psoriásica (hepatitis B).
43. Inicio o exacerbación de la artritis reactiva (hepatitis B).
44. Inicio o exacerbación del lupus eritematoso sistémico (hepatitis B, gripe).
45. Inicio o exacerbación de la vasculitis (hepatitis B, gripe).
46. Síndrome de opsoclono mioclonico (triple vírica, DTPa).
47. Pancreatitis (papiloma).
48. Poliarteritis Nodosa (gripe).
49. Convulsiones (varicela, hepatitis B, DTPa, gripe).
50. Enfermedad del suero (DTPa).
51. Neuropatía De Fibra Pequeña (varicela, gripe).
52. Apoplejía (varicela, gripe).
53. Síndrome de muerte súbita infantil (DTPa).
54. Trombocitopenia (varicela).
55. Eventos tromboembólicos (papiloma).
56. Artralgia transitoria (papiloma)
57. Mielitis transversa (hepatitis B y A, papiloma, DTPa, meningocócica, triple vírica, varicela, gripe).
58. Diabetes tipo 1 (hepatitis B).
59. Neuritis óptica (triple vírica, gripe, hepatitis B, DTPa).

Por último, veamos qué efectos adversos tienen evidencia suficiente como para rechazar la causalidad de forma aceptable, grupo **'Favorece el rechazo'**:

1. Autismo (triple vírica).
2. Exacerbación del asma o episodios de enfermedad reactiva de la vía aérea en niños y adultos (gripe de virus inactivos).
3. Parálisis de Bell (gripe de virus inactivos).
4. Diabetes tipo 1 (DTPa, triple vírica).

Esta revisión sólo permite valorar los efectos asociados temporalmente a la vacunación, es decir, los que se suceden en una temporalidad cercana a la aplicación de la vacuna, desde minutos hasta meses. La dificultad de la evaluación de efectos adversos a medio y largo plazo no implica la negación de que la vacunación pueda estar causando condiciones tras años o décadas de su uso.

Consideremos algunos de los componentes vacunales y sus efectos en el ser humano:

Adyuvantes de aluminio

Se conoce el potencial neurotóxico del aluminio, y existe serias sospechas de que se relaciona con enfermedades inflamatorias o degenerativas como miofascitis macrofágica o enfermedad de Alzheimer. [4][5][6][7]

Adyuvantes oleosos

Existen evidencias que apoyan la asociación causal del adyuvante AS03 (a base de escualeno) y la narcolepsia a raíz de la vacunación para la gripe pandémica. [7][8]

Formaldehido

La neurotoxicidad del formaldehido se ha demostrado experimentalmente. También se ha relacionado al formaldehido con ciertos tipos de cáncer, especialmente la leucemia mieloide. [9][10][11]

Polisorbato 80

No existen suficientes estudios que evalúen la toxicidad del Polisorbato 80 en humanos, pero ha sido ampliamente investigado en roedores, evidenciándose actividad carcinogénica e inmunosupresora. [12][13]

Virus SV40

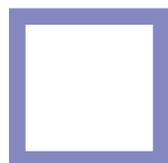
La presencia de contaminación en las vacunas de polio por el virus de simio SV40, conocido por su potencial carcinogénico, pone de manifiesto el riesgo inherente a dicha vacuna en relación al probable incremento de cánceres cerebrales primarios, cánceres óseos primarios, mesotelioma maligno y linfoma no Hodgkin. [14][15]

REFERENCIAS

- 1 Efectos adversos de las vacunas: evidencia y causalidad: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24624471> (Documento en PDF https://vaccine-safety-training.org/tl_files/vs/pdf/13164.pdf)
- 2 Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX. Ministerio de sanidad y consumo. Instituto de salud Carlos III: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=19/10/2012-3c0cfd4ca3>
- 3 Calendarios de vacunación en España: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-7>
- 4 Adyuvantes de vacunas de aluminio: ¿son seguros? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21568886/>
- 5 Neurotoxicidad del aluminio: aspectos neuroconductuales y oxidativos: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19568732/?fbclid=IwAR1y16ugwfHOH_CpE4k5rmRHZQyC1IKhdaYgG3IxxCNZale5bDDhFDMuoY
- 6 La toxicidad del aluminio en humanos: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26922890/?fbclid=IwAR10nH6arM5maxM_vErZEYxHJD9gMscS_O2EG0Swl-5mVpv0p3XyVHPHUKw
- 7 Seguridad comparativa de los adyuvantes de la vacuna: un resumen de la evidencia actual y

- las necesidades futuras:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4615573/>
- 8 Narcolepsia, influenza pandémica A (H1N1) 2009 y vacunas contra la influenza pandémica: lo que se sabe y se desconoce sobre el trastorno neurológico, el papel de la autoinmunidad y los adyuvantes de la vacuna:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841114000389?via%3Dihub>
 - 9 Los efectos tóxicos del formaldehído en el sistema nervioso:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19957118>
 - 10 Evidencia epidemiológica sobre la relación entre la exposición al formaldehído y el cáncer:
<https://europepmc.org/abstract/med/2284588>
 - 11 Formaldehído y leucemia: epidemiología, posibles mecanismos e implicaciones para la evaluación de riesgos:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2839060/>
 - 12 Estudios de toxicología y carcinogénesis del Polisorbato 80:
https://ntp.niehs.nih.gov/ntp/htdocs/lt_rpts/tr415.pdf
 - 13 Efectos inmunosupresores del Polisorbato 80 en ratones:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7026458>
 - 14 Riesgo de cáncer asociado con la vacuna contra la polio contaminada con el virus simio 40:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/10472327/?fbclid=IwAR21B_4EaMkIhu8Q4Ktx4eH7BqVQ9h31_FBM4GY1jX-z4UIwmL1ksaW28v2g
 - 15 El virus de simio 40 patógeno humano emergente y su papel en el cáncer:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC452549/>

Polisorbatos en las vacunas del calendario vacunal español



Autor: Xavier Uriarte (Médico)
Fecha de elaboración: 6 de agosto 2020
Contacto: xavier.uri@gmail.com

Los polisorbatos son moléculas emulsionantes sintéticas derivadas del sorbitol que permiten la mezcla del aceite con el agua. Son utilizados desde hace tiempo en cosmética, en alimentación, en farmacia y en el proceso de fabricación de muchas de las vacunas actualmente en el mercado.

Los más conocidos son el polisorbato 20 (E-432) y el polisorbato 80 (E-433). En contacto con el aire pueden convertirse en peróxidos, en hidroperóxidos, en compuestos carbonilos y en aldehídos.

Puede activar el estrés oxidativo, producir una inmunosupresión, provocar reacciones alérgicas, interferir en la fertilidad y en el desarrollo del embarazo, generar lesión hepática, interferir en la regulación de la tensión arterial y de la glándula tiroidea, incluso producir la muerte.

El sorbitol y los polisorbatos 20 y 80 se encuentran en las vacunas de la gripe, de la fiebre amarilla, del rotavirus, del tétanos, de la varicela, de las hexavacunas (Infanrix), del papilovirus y de la neumonía (Prevenar).

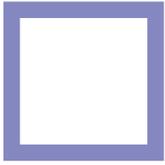
Es habitual la presencia de 50 microgramos de polisorbatos en cada una de las vacunas.

Entre todas las vacunas del calendario vacunal español podemos encontrar una cantidad aproximada de 200–300 microgramos.

REFERENCIAS

1. OF Rosa Sandoval. Polisorbato 80. Boletín Farmacia, nº 12. Agosto 2014. ISP Chile.
2. Jean Pilette. Constituants des Vaccins. EFVV. Octubre 2009.

Comunicado de Geert Vanden Bossche



Autor: Dr. Geert Vanden Bossche. Virólogo por la Universidad de Genk (Bélgica) y por la Universidad Hohenheim (Alemania). Doctor Veterinary Medicine (Veterinario). Virólogo independiente y experto en vacunas, anteriormente empleado de GAVI y The Bill & Melinda Gates Foundation.

A todas las autoridades, científicos y expertos de todo el mundo, a los que esto concierne: a toda la población mundial. Soy todo menos un antivacunas. Como científico, no suelo recurrir a ninguna plataforma de este tipo para posicionarme sobre temas relacionados con las vacunas. Como virólogo dedicado y experto en vacunas, sólo hago una excepción cuando las autoridades sanitarias permiten que las vacunas se administren de forma que se ponga en peligro la salud pública, sobre todo cuando se ignoran las pruebas científicas.

La situación actual, extremadamente crítica, me obliga a difundir esta llamada de emergencia. Dado que el alcance sin precedentes de la intervención humana en la pandemia del virus Covid-19 corre el riesgo de provocar una catástrofe mundial sin precedentes, este llamamiento tiene que sonar lo suficientemente alto y fuerte.

Como he dicho, no estoy en contra de la vacunación. Al contrario, puedo asegurar que cada una de las vacunas actuales ha sido diseñada, desarrollada y fabricada por científicos brillantes y competentes. Sin embargo, este tipo de vacunas profilácticas son completamente inapropiadas, e incluso altamente peligrosas, cuando se utilizan en campañas de vacunación masiva durante una pandemia viral.

Los vacunólogos, científicos y clínicos están cegados por los efectos positivos a corto plazo en las patentes individuales, pero no parecen preo-

cuparse por las consecuencias desastrosas para la salud global. A menos que se demuestre científicamente que estoy equivocado, es difícil entender cómo las actuales intervenciones humanas evitarán que las variantes en circulación se conviertan en un monstruo salvaje. Por eso he decidido publicar ya en LinkedIn un resumen de mis hallazgos, así como mi discurso de presentación en la reciente Cumbre sobre Vacunas celebrada en Ohio.

El lunes pasado, presenté a las organizaciones sanitarias internacionales, incluida la OMS, mi análisis de la actual pandemia, basado en conocimientos científicos sobre la biología inmunológica de Covid-19. Dado el nivel de emergencia, les insté a que tuvieran en cuenta mis preocupaciones y a que iniciaran un debate sobre las consecuencias perjudiciales de una mayor “fuga inmunitaria viral”.

Para aquellos que no son expertos en este campo, a continuación, expongo una versión más accesible y comprensible de la ciencia que se esconde tras este insidioso fenómeno. Aunque no hay tiempo que perder, hasta ahora no he recibido ninguna respuesta.

Los expertos y los políticos han permanecido en silencio mientras que, obviamente, siguen deseando hablar de la relajación de las normas de prevención de la infección y de la “primavera de libertad”.

Mis afirmaciones no se basan en nada más que en la ciencia. Sólo podrán ser contradichas por la ciencia. Aunque apenas se pueden hacer afirmaciones científicas incorrectas

sin ser criticadas por los compañeros, parece que la élite de científicos que actualmente asesora a nuestros líderes mundiales prefiere guardar silencio. Se han puesto sobre la mesa suficientes pruebas científicas. Desgraciadamente, los que tienen el poder de actuar no las tocan.

¿Cuánto tiempo se puede ignorar el problema cuando en la actualidad existen pruebas masivas de que el escape inmunológico viral está amenazando a la humanidad?

Difícilmente podemos decir que no lo sabíamos, o que no estábamos advertidos. En esta agónica carta pongo en juego toda mi reputación y credibilidad. Espero de ustedes, guardianes de la humanidad, al menos lo mismo. Es de suma urgencia. Abran el debate. Por todos los medios: ¡cambia el rumbo!

EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE INTERÉS INTERNACIONAL

● Por qué la vacunación masiva en medio de una pandemia crea un monstruo irreprimible?

La pregunta clave es: ¿por qué nadie parece preocuparse por el escape inmunológico viral? Permítanme intentar explicarlo mediante un fenómeno más fácil de entender: La resistencia antimicrobiana.

Se puede extrapolar fácilmente esta plaga a la resistencia a nuestros “antibióticos antivirales” fabricados

por nosotros mismos. En efecto, los anticuerpos (Abs) producidos por nuestro propio sistema inmunitario pueden considerarse antibióticos antivirales de fabricación propia, independientemente de que formen parte de nuestro sistema inmunitario innato (los denominados Abs “naturales”) o sean provocados en respuesta a patógenos específicos (dando lugar a los denominados Abs “adquiridos”).

No estoy en contra de la vacunación. Sin embargo, este tipo de vacunas profilácticas son completamente inapropiadas, e incluso altamente peligrosas.

Los Abs naturales no son específicos de un germen, mientras que los adquiridos se dirigen específicamente al patógeno invasor.

Al nacer, nuestro sistema inmunitario innato es “inexperto” pero está bien establecido. Nos protege de una multitud de agentes patógenos, impidiendo así que estos causen enfermedades.

Como el sistema inmunitario innato no puede recordar los agentes patógenos que ha encontrado (la inmunidad innata no tiene la llamada “memoria inmunológica”), sólo podemos seguir confiando en él si lo mantenemos lo suficientemente “entrenado”.

El entrenamiento se consigue mediante la exposición regular a una multitud de agentes ambientales, incluidos los patógenos. Sin embargo, a medida que envejecemos, nos enfrentamos cada vez más a situaciones en las que nuestra inmunidad innata (a menudo llamada “la primera línea de defensa inmunitaria”) no es lo suficientemente fuerte como para detener al patógeno en el portal de entrada (principalmente las barreras mucosas como los epitelios respiratorios o intestinales).

Cuando esto ocurre, el sistema inmunitario tiene que recurrir a efec-

tores más especializados de nuestro sistema inmunitario (es decir, a los anticuerpos y a las células T) para luchar contra el patógeno. Así que, a medida que crecemos, montamos cada vez más una inmunidad específica para el patógeno, incluyendo Abs altamente específicos.

Dado que estos tienen una mayor afinidad con el patógeno (por ejemplo, el virus) y pueden alcanzar altas concentraciones, pueden superar fácilmente a nuestros Abs naturales para unirse al patógeno/virus. Es precisamente este tipo de Abs altamente específicos y de alta afinidad el que inducen las actuales vacunas Covid-19.

Por supuesto, el noble propósito de estos Abs es protegernos contra el Covid-19. Entonces, ¿por qué debería preocupar tanto el uso de estas vacunas para luchar contra el Covid-19?

Pues bien, de forma similar a las reglas que se aplican a los antibióticos clásicos, es primordial que nuestros “antibióticos antivirales” hechos por nosotros mismos estén disponibles en una concentración suficiente y se adapten a las características específicas de nuestro enemigo.

Por eso, en el caso de las enfermedades bacterianas, es fundamental no sólo elegir el tipo correcto de antibiótico (basado en los resultados de un antibiograma), sino también tomar el antibiótico durante el tiempo suficiente (según la prescripción). Si no se cumplen estos requisitos, se corre el riesgo de conceder a los microbios una oportunidad de sobrevivir y, por lo tanto, de provocar la aparición de la enfermedad.

Un mecanismo muy similar puede aplicarse también a los virus, especialmente a los que pueden mutar fácil y rápidamente (como es el caso, por ejemplo, de los coronavirus); cuando la presión ejercida por la defensa inmunitaria del ejército (léase de la población) empieza a amenazar la replicación y la transmisión virales, el virus adoptará otra capa para que ya no pueda ser reconocido fácilmente y,

por tanto, atacado por el sistema inmunitario del huésped.

El virus es ahora capaz de escapar de la inmunidad (lo que se conoce como “escape inmunológico”). Sin embargo, el virus sólo puede recurrir a esta estrategia si todavía tiene espacio suficiente para replicarse.

Los virus, a diferencia de la mayoría de las bacterias, deben depender de las células vivas del huésped para replicarse. Por ello, la aparición de “mutantes de escape” no es demasiado preocupante, ya que la probabilidad de que estas variantes encuentren rápidamente otro huésped es bastante remota. Sin embargo, ¡este no es el caso durante una pandemia viral!

Durante una pandemia, el virus se extiende por todo el mundo y muchos sujetos eliminan y transmiten el virus (incluso los “portadores” asintomáticos). Cuanto mayor sea la carga viral, mayor será la probabilidad de que el virus choque con sujetos que aún no se han infectado o que se infectaron, pero no desarrollaron síntomas. A menos que estén suficientemente protegidos por su defensa inmunitaria innata (a través de los Abs naturales), contraerán la enfermedad de Covid-19, ya que no pueden contar con otros Abs adquiridos.

De hecho, se ha informado ampliamente de que el aumento de los Abs específicos de S (espiga) en personas infectadas asintóticamente es bastante limitado y de corta duración. Además, estos Abs no han alcanzado su plena madurez.

La combinación de la infección vírica en un contexto de madurez y concentración subóptima de los anticuerpos permite al virus seleccionar mutaciones que le permiten escapar de la presión inmunitaria.

La selección de esas mutaciones se produce preferentemente en la proteína S, ya que ésta es la proteína viral responsable de la infectividad viral. Como las mutaciones seleccionadas dotan al virus de una mayor capacidad infecciosa, ahora es mucho más fácil que el virus cause una enfermedad grave en los sujetos infectados.

Cuanto más personas desarrollen la enfermedad sintomática, mejor podrá el virus asegurar su propagación y perpetuación (las personas que contraen la enfermedad grave eliminarán más virus y durante más tiempo que los sujetos infectados asintómicamente).

Desgraciadamente, el aumento efímero de los Abs de tipo S es suficiente para eludir el Ab innato/natural de las personas. Éstos quedan fuera de juego ya que su afinidad por el S es menor que la afinidad de los Abs S-específicos. Es decir, con una tasa de infección creciente en la población, el número de sujetos que se infectan mientras experimentan un aumento momentáneo de los Abs S-específicos aumentará constantemente.

En consecuencia, el número de sujetos que se infectan mientras experimentan una disminución momentánea de su inmunidad innata aumentará.

Como resultado, un número cada vez mayor de sujetos será más susceptible de contraer una enfermedad grave en lugar de mostrar sólo síntomas leves (es decir, limitados al tracto respiratorio superior) o ningún síntoma.

Durante una pandemia, especialmente los jóvenes se verán afectados por esta evolución, ya que sus anticuerpos naturales aún no han sido suprimidos en gran medida por una panoplia de anticuerpos “adquiridos” específicos para el antígeno.

Los antígenos naturales, y la inmunidad natural en general, desempeñan un papel fundamental en la protección contra los agentes patógenos, ya que constituyen nuestra primera línea de defensa inmunitaria.

A diferencia de la inmunidad adquirida, las respuestas inmunitarias innatas protegen contra un amplio espectro de patógenos (¡así que no comprometa ni sacrifique su defensa inmunitaria innata!). Dado que las células inmunitarias innatas y de Abs reconocen un amplio espectro de agentes extraños (es decir, no propios) (sólo algunos de los cuales tienen un potencial patógeno), es importante

mantenerlo suficientemente expuesto a los desafíos ambientales.

Al mantener el sistema inmunitario innato (que, por desgracia, no tiene memoria) entrenado, podemos resistir mucho más fácilmente a los gérmenes que tienen un verdadero potencial patógeno.

Por ejemplo, se ha informado y demostrado científicamente que la exposición a otros Coronavirus bastante inofensivos que causan un “resfriado común” puede proporcionar protección, aunque de corta duración, contra el Covid-19 y sus fieles secuestradas (es decir, las variantes más infecciosas). Por lo tanto, la supresión de la inmunidad innata, especialmente en los grupos de edad más jóvenes, puede resultar muy problemática.

No cabe duda de que la falta de exposición debido a las estrictas medidas de contención aplicadas desde el comienzo de la pandemia no ha sido beneficiosa para mantener el sistema inmunitario innato de las personas bien entrenado.

Como si esto no comprometiera ya la defensa inmunitaria innata en este segmento de la población, entra en juego otra fuerza que aumentará dramáticamente las tasas de morbilidad y mortalidad en los grupos de edad más jóvenes: La VACUNACIÓN MASIVA de los MAYORES.

Cuanto más se vacunen los grupos de edad más avanzada y, por tanto, más protegidos estarán, más se obligará al virus a seguir causando enfermedades en los grupos de edad más jóvenes.

Esto sólo va a ser posible siempre y cuando se escape a los Abs S-específicos que se elevan momentáneamente en sujetos previamente infectados asintómicamente. Si el virus lo consigue, puede beneficiarse de la inmunidad innata (momentáneamente) suprimida, causando así la enfermedad en un número creciente de estos sujetos y asegurando su propia propagación.

Por lo tanto, la selección de mutaciones específicas en la proteína S es el camino a seguir para que el virus

aumente su capacidad de infección en los candidatos que son propensos a contraer la enfermedad debido a una debilidad transitoria de su defensa inmune innata.

Pero mientras tanto, también nos enfrentamos a un gran problema en las personas vacunadas, ya que ahora se enfrentan cada vez más a variantes infecciosas que muestran un tipo de proteína S que es cada vez más dife-

La vacunación masiva de los mayores obligará al virus a seguir causando enfermedades en los grupos de edad más jóvenes.

rente de la edición S incluida en la vacuna (la última edición se origina en la cepa original, mucho menos infecciosa al principio de la pandemia). Cuanto más variantes se vuelvan infecciosas (es decir, como resultado del bloqueo del acceso del virus al segmento vacunado de la población), menos protegerá la vacuna Abs.

En la actualidad, la falta de protección está dando lugar a la diseminación y transmisión del virus en los receptores de la vacuna que están expuestos a estas cepas más infecciosas (que, por cierto, dominan cada vez más el campo).

Así es como actualmente estamos convirtiendo a los vacunados en portadores asintomáticos que desprenden variantes infecciosas.

En algún momento, probablemente en un futuro muy cercano, será más rentable (en términos de “retorno de la inversión en selección”) que el virus añada unas cuantas mutaciones más (quizás sólo una o dos) a la proteína S de las variantes virales (ya dotadas de múltiples mutaciones que aumentan la infectividad) en un intento de reforzar su unión al receptor (ACE-2) expresado en la superficie de las células epiteliales permisivas.

Esto permitirá ahora a la nueva variante superar a los Abs vacunales en la unión al receptor ACE. Es decir,

en esta etapa, sólo se necesitarían unas pocas mutaciones específicas adicionales dentro del dominio de unión al receptor viral para resistir completamente a los Abs anti-Covid-19 S-específicos, independientemente de que estos últimos sean provocados por la vacuna o por la infección natural.

En ese momento, el virus habrá conseguido acceder a un enorme reservorio de sujetos que se han vuelto

La situación es desastrosa para todos los sujetos vacunados y las personas seropositivas al Covid-19, ya que ahora han perdido tanto su defensa inmunitaria adquirida como innata contra el Covid-19.

altamente susceptibles a la enfermedad, ya que sus anticuerpos S-específicos se han vuelto inútiles en términos de protección, pero todavía consiguen proporcionar una supresión de larga duración de su inmunidad innata (es decir, la infección natural y, especialmente, la vacunación, provocan anticuerpos específicos de larga duración).

El reservorio aceptable comprende tanto a las personas vacunadas como a las que tienen suficientes anticuerpos específicos S debido a una enfermedad anterior (Covid-19).

Así pues, MISIÓN CUMPLIDA para el Covid-19, pero una SITUACIÓN DESASTROSA para todos los sujetos vacunados y las personas seropositivas al Covid-19, ya que ahora han perdido tanto su defensa inmunitaria adquirida como innata contra el Covid-19 (¡mientras circulan cepas altamente infecciosas!).

Eso es “un pequeño paso para el virus, una gran catástrofe para la humanidad”, lo que significa que habremos azotado al virus en la población más joven hasta un nivel en el que ahora se necesita poco esfuerzo para que el Covid-19 se transforme en un virus altamente infeccioso que ignora

por completo tanto la rama innata de nuestro sistema inmunitario como la adaptada/adquirida (independientemente de que el Abs adquirido sea resultado de la vacunación o de la infección natural).

El esfuerzo para el virus se está volviendo aún más insignificante dado que muchos receptores de vacunas están ahora expuestos a variantes virales altamente infecciosas mientras han recibido sólo una inyección de la vacuna.

Por lo tanto, están dotados de Abs que aún no han adquirido funcionalidad óptima. No hay necesidad de explicar que esto sólo va a aumentar el escape inmunológico. Básicamente, muy pronto nos enfrentaremos a un virus superinfeccioso que resiste por completo nuestro mecanismo de defensa máspreciado: El sistema inmunológico humano.

Por todo lo anterior, cada vez es más difícil imaginar cómo las consecuencias de la extensa y errónea intervención humana en esta pandemia no van a acabar con gran parte de nuestra población humana.

Sólo se puede pensar en otras estrategias para lograr el mismo nivel de eficacia en la conversión de un virus relativamente inofensivo en un arma biológica de destrucción masiva.

También vale la pena recordar que se sabe que las mutaciones en la proteína S (es decir, exactamente la misma proteína que está sujeta a la selección de mutaciones de escape) permiten a los Coronavirus cruzar las barreras de las especies. Es decir, el riesgo de que el escape inmunológico mediado por la vacuna permita al virus saltar a otras especies animales, especialmente a la ganadería industrial (por ejemplo, las granjas de cerdos y aves de corral), no es despreciable.

Estas especies ya son conocidas por albergar varios Coronavirus diferentes y suelen estar alojadas en granjas con alta densidad de población. Al igual que ocurre con el virus de la gripe, estas especies podrían servir de reservorio adicional para el virus del

SARS-COVID-2.

Como los patógenos han coevolucionado con el sistema inmunitario del huésped, las pandemias naturales de infecciones virales agudas auto-limitadas se han configurado de tal manera que el número de vidas humanas no es superior al estrictamente necesario.

Debido a la intervención humana, el curso de esta pandemia se ha visto completamente perturbado desde el principio. Las medidas de prevención de la infección generalizadas y estrictas, combinadas con las campañas de vacunación masiva con vacunas inadecuadas, conducirán sin duda a una situación en la que la pandemia estará cada vez más “fuera de control”.

Paradójicamente, la única intervención que podría ofrecer una perspectiva para acabar con esta pandemia (aparte de dejar que siga su desastroso curso) es...

LA VACUNACIÓN

Por supuesto, el tipo de vacunas que se utilizaría sería completamente diferente de las vacunas convencionales, ya que no inducen a los sospechosos habituales, es decir, las células B y T, sino las células NK.

De hecho, existen pruebas científicas convincentes de que estas células desempeñan un papel clave para facilitar la eliminación completa de Covid-19 en una fase temprana de la infección en sujetos infectados asintómicamente. Las células NK forman parte del brazo celular de nuestro sistema inmune innato y, al igual que los Abs naturales, son capaces de reconocer y atacar un amplio y diverso espectro de agentes patógenos.

Existe una base científica sólida para suponer que es posible “preparar” a las células NK para que reconozcan y maten a los coronavirus en general (incluyendo todas sus variantes) en una fase temprana de la infección. Se ha descrito cada vez más que las células NK están dotadas de la capacidad de adquirir memoria inmunológica.

Si se educa a estas células para que

reconozcan y ataquen de forma dura-dera a las células infectadas por coronavirus, nuestro sistema inmunitario podría estar perfectamente armado para atacar de forma selectiva al universo de los coronavirus antes de la exposición.

Dado que la defensa inmunitaria basada en las células NK proporciona una inmunidad esterilizante y permite una protección rápida y de amplio espectro, es razonable suponer que el aprovechamiento de nuestras células inmunitarias innatas va a ser el único tipo de intervención humana que quede para detener la peligrosa pro-

pagación de las variantes altamente infecciosas de Covid-19.

Si nosotros, los seres humanos, estamos comprometidos con la perpetuación de nuestra especie, no tenemos otra opción que erradicar estas variantes virales altamente infecciosas.

Esto requerirá, de hecho, grandes campañas de vacunación. Sin embargo, las vacunas basadas en las células NK permitirán, en primer lugar, preparar mejor nuestra inmunidad natural (¡memoria!) e inducir la inmunidad de grupo (que es exactamente lo contrario de lo que hacen las actuales vacunas Covid-19, ya que éstas con-

vierten cada vez más a los vacunados en portadores asintomáticos que eliminan el virus).

Por lo tanto, no queda ni un segundo para que se cambien los engranajes y se sustituyan las actuales vacunas asesinas por vacunas que salvan vidas.

Hago un llamamiento a la OMS y a todas las partes implicadas, independientemente de sus convicciones, para que declaren inmediatamente esta acción como la **EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA MÁS IMPORTANTE DEL MUNDO**.

La agencia europea de medicamentos elimina los datos de muertes infantiles causadas por vacunas. Falsificación de registros oficiales por otras instituciones



Autores: Jacob Puliyel y C. Sathayamala

Fecha de elaboración: 5 septiembre 2017¹

*Un artículo publicado en el **Indian Journal of Medical Ethics** revela que la Agencia Europea de Medicamentos (E.M.A.) publicó datos falsificados sobre el número de niños que murieron después de recibir la vacuna Infanrix Hexa de Glaxo Smith Kline.*

El fabricante, GlaxoSmithKline (GSK), presenta informes confidenciales periódicos de actualización de seguridad (PSUR) en Infanrix Hexa a la EMA. Cada PSUR contiene un análisis de muertes súbitas infantiles. Las muertes reconocidas en el PSUR 16 se eliminaron del PSUR 19. En el PSUR 19, el número de muertes observadas poco después de la vacunación entre los niños ma-

yores de un año fue significativamente mayor que el esperado. Dicho PSUR fue aceptado y publicado por la EMA obviando la debida evaluación científica, la correspondiente supervisión del informe y el seguimiento de seguridad de dicha vacuna. En esencia, la EMA no reguló la seguridad y la verificación, sino que simplemente actuó como un canal de republicación para la industria farmacéutica. Por tanto,

se confirma el engaño practicado por la EMA sobre las muertes de Infanrix Hexa al permitir la eliminación de registros de las muertes repentinas de bebés para que parezca que no hay una conexión causal con Infanrix Hexa de

¹ La LLV tiene copia de dicho documento que será facilitado a los interesados.

GSK y la muerte súbita infantil.

Por desgracia, esto no es un hecho aislado, la EMA tiene un historial de encubrimiento con respecto a esta vacuna tal y como informó ChildHealthSafety (CHS) en enero de 2015. Un documento confidencial GSK de 1.271 páginas ordenado recientemente por un tribunal italiano que se publicará muestra que varias vacunas causan muertes súbitas de niños (67 muertes). El documento es una presentación formal confidencial no publicada previamente por GlaxoSmithKline a la EMA de 2011 y 2012. El documento GSK contiene datos sobre muertes ocurridas como resultado de la administración de la vacuna Prevenar 13 (de Pfizer), Infanrix Hexa de GSK y algunas otras vacunas.

Una investigación publicada por autores del Centro de Ética Edmond J. Safra de la Universidad de Harvard publicado en el Journal of Law, Medicine and Ethics Vol. 14, n° 3 (2013), pone de manifiesto que otras agencias gubernamentales como la Agencia de Medicamentos y Alimentación de los Estados Unidos (FDA) también tienen un historial de corrupción institucional similar a la EMA.

La Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos de Salud del Reino Unido (MHRA) no es menos que las anteriores y falsificó datos de seguridad de vacunas administrando 6 millones de dosis. Y no es la primera vez que la MHRA ha hecho algo así. Hicieron exactamente lo mismo con la vacuna Pandemrix de GSK: su análisis de seguridad publicado fue manipulado para ocultar problemas de salud graves causados por la vacuna Pandemrix al igual que lo hicieron con las vacunas contra el VPH. Con Pandemrix, un gran número de niños desarrolló narcolepsia y cataplejía.

Un documento publicado en CHS muestra cómo la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos de Salud del Reino Unido [MHRA] impidió instaurar una orden legal para notificar con rigor las reacciones adversas a medicamentos por parte de los pacientes.

De todo lo comentado en este texto se deduce que la población Europea no está segura siendo consumidora de medicamentos autorizados por la EMA ya que como se ha demostrado, no actúa como una entidad que vele por la seguridad de los productos farmacéuticos sino que actúa como una organización pregonera de cualquier información que la Industria Farmacéutica brinda sobre la seguridad de sus propios productos que desean introducir en el mercado. Sería interesante determinar la responsabilidad legal de las personas en la EMA por no ejercer la debida diligencia y supervisión para evitar que se administren productos farmacéuticos peligrosos a los niños.

REFERENCIAS

- 1 <http://ijme.in/articles/infanrix-hexa-and-sudden-death-a-review-of-the-periodic-safety-update-reports-submitted-to-the-european-medicines-agency/?galley=html>
- 2 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28918379/>
- 3 <https://childhealthsafety.wordpress.com/2015/01/13/vaccines-proven-to-cause-sudden-death-in-children-67-deaths-only-explicable-as-caused-by-vaccines-drug-safety-regulators-had-the-information-for-over-2-years-and-let-children-die/>
- 4 <https://childhealthsafety.wordpress.com/2014/02/06/institutional-corruption-of-pharmaceuticals-and-the-myth-of-safe-and-effective-drugs/>
- 5 <https://childhealthsafety.wordpress.com/2013/07/28/world-exclusive-uk-drug-safety-agency-falsified-vaccine-safety-data-for-6-million-millions-of-children-at-serious-risk/>
- 6 <https://childhealthsafety.wordpress.com/2016/07/03/how-crooked-is-the-uks-drug-safety-regulator-the-mhra-the-story-of-patient-reporting-of-adverse-drug-reactions/>



Cajal frente a Ferrán



Autora: José Tomás Cabot

Publicado en la Revista Natura Medicatrix, nº 46-47. Primavera-verano, 1997.

El aragonés Santiago Ramón y Cajal, premio Nobel de Medicina en 1906, creador de la teoría de la neurona, y el catalán Jaime Ferrán, descubridor de un procedimiento para vacunar contra el cólera y autor de valiosísimos estudios sobre microbiología, han sido los investigadores españoles con más prestigio internacional en las primeras décadas de nuestro siglo. ¿Fueron amigos o adversarios? Esta cuestión ha hecho correr mucha tinta.

Cajal y Ferrán, dos de los más ilustres investigadores médicos que España ha dado al mundo, coincidieron en Valencia en 1885. Hubo entonces una epidemia de cólera y los dos se ocuparon del problema, con resultados diferentes. La falta de acuerdo en aquel momento produjo una cierta tensión entre ellos; y esto ha dado pie para decir que mal podía avanzar la ciencia en España si los pocos que se dedicaban a ella gastaban sus energías en resquemores y ataques mutuos. Procuraremos mostrar, en las líneas que siguen, la gratitud de tal afirmación, por lo menos en este caso concreto, pues el affaire Cajal-Ferrán de 1885 fue mucho más complejo de lo que se piensa. En realidad, los dos investigadores –muy jóvenes entonces y con su labor profesional apenas iniciada– tuvieron buenas razones para obrar como lo hicieron, sin que la envidia, la desconfianza ni la antipatía intervinieran en la cuestión.

CAJAL EN VALENCIA

Desde enero de 1884 vive en Valencia Santiago Ramón y Cajal, aquel aragonés de aspecto anguloso y áspero, algo rústico, pero llano y cordial en el trato, que ha ganado una cátedra de Anatomía después de dos oposiciones fallidas, y que ahora, con su mujer y sus tres primeros hijos, vive en la calle de los Avellanos, da su clase diaria en la Facultad de Medicina, sube de vez en cuando al «Miguelete», se ha comido más de una paella en El Grao, dirige experimentos de hipnotismo en su propia casa, juega al ajedrez en el Casino Agrícola y participa en las charlas del Ateneo, donde se comenta todo lo divino y humano.

Estamos en la primavera de 1885. Santiago Ramón y Cajal va a cumplir treinta y tres años y no tiene más problemas que los económicos que le depara una familia en constante aumento.

Le agradan la feracidad del paisaje valenciano con sus espléndidos naranjales y el carácter extravertido de la gente, con su cortesía y con su ingenio. La tarea que desempeña en la Universidad –enseña Anatomía– no le resulta ingrata ni difícil. Ha encontrado allí buenos amigos: los profesores Gimeno, Gómez Ferrer, Bartual, Candela... Vive feliz en su casa modestísima, en la que ha podido instalar, a pesar de todas las estrecheces, un pequeño laboratorio con un microscopio que le permite asomarse a los secretos más profundos de la vida, inaccesibles al ojo desnudo.

Pero en esta misma primavera una noticia alarmante viene a turbar la tranquilidad de los valencianos y a ensombrecer el hogar del joven profesor de Anatomía. La noticia es la proximidad del terrible «cólera morbo» que avanza implacable por el Mediterráneo, dejando dolor y muerte por donde pasa. Cajal sabe muy bien que la causa de la enfermedad es aquel microbio que ha descubierto el alemán Koch unos pocos años antes en la India. Sabe también que se propaga a través del agua y que la medida más prudente para evitar la enfermedad es hervir aquella y dejar de comer hortalizas crudas, probablemente regadas con aguas infectadas. Suena por fin el temido aldabonazo: una mujer de la plaza de Pellicer ha enfermado de cólera. El enemigo está en la puerta. No «tardan en fallecer docenas de valencianos. En la misma casa de Cajal, en una vivienda casi contigua, se declara la enfermedad. Don Santiago impone medidas rigurosas a la familia: no se utilizará una sola gota de agua que no haya sido previamente hervida. Pero por otra parte, el joven profesor quiere conocer directamente al culpable, del que sólo tiene referencias librescas.

Facilísimo obtener en el Hospital General o en la misma Facultad alguna muestra de líquido que lo contenga. Hará con ella una preparación microscópica y mirará con atención a través del ocular...

Esto es lo que está haciendo cuando llega uno de sus alumnos con la noticia de que el profesor Gimeno, don Amalio, el catedrático más culto

y distinguido de la Facultad, acaba de enviar un aviso urgente a un médico de Tortosa llamado Ferrán, muy entendido, por lo visto, en cuestiones de microbios... —¿Ferrán? ¿Jaime Ferrán? ¿El catalán que estuvo en Marsella el año pasado, para enterarse de como pensaban resolver los franceses el problema del cólera...? Será interesante, muy interesante conocerle...

Ferrán respondió inmediatamente a la llamada de Gimeno. Abandonó su consultorio de Tortosa y se presentó en Valencia. En aquel momento era el español más experto en técnicas bacteriológicas, uno de los pocos que había entendido la obra de Pasteur y el único que había investigado el problema del cólera. Comisionado por el Ayuntamiento de Barcelona, había estado el año anterior en el Hospital Pharo de Marsella, donde se estudiaban precisamente todos los aspectos de la enfermedad y sus posibles tratamientos.

Ferrán no produjo en Valencia la misma buena impresión que había causado Cajal unos meses antes. Tenía la misma edad que éste, era también serio y lacónico, pero carecía del tacto y la campechanía del aragonés. Cajal hablaba poco, pero decía siempre lo justo, lo más adecuado para agradar o convencer a sus interlocutores. Ferrán, por el contrario, era hombre de exabruptos y reacciones extrañas, muchas veces motivadas por un desconocimiento ingenuo de lo que pensaban y deseaban sus semejantes. Ferrán era un investigador honesto y bien preparado como Cajal, pero a diferencia de éste no sabía ni quería adaptarse a los usos sociales. Y esto le ocasionaba constantes problemas y enojos. Los había tenido en Marsella, incluso con sus propios colaboradores catalanes Corominas y Montserrat.

Los tendría en el futuro con las autoridades barcelonesas, que acabarían despidiéndole del Laboratorio Microbiológico Municipal a pesar de su labor eficaz y honesta al frente del mismo.

Su falta de habilidad para tratar a la gente va a manifestarse ahora mismo.

No consigue inspirar confianza al gobernador civil de Valencia, de quien depende la posibilidad de que continúe actuando en la provincia. Se muestra, frente a los periodistas que le asedian en estos momentos de pánico, excesivamente reservado, cuando no imprudente y temerario en sus manifestaciones. Deposita una confianza ciega, absoluta, en los médicos valencianos que le apoyan, y en los momentos decisivos actúa a su dictado sin pensar en sus propias conveniencias y prestigio.

Las circunstancias desbordan enseguida su débil capacidad de iniciativa. Se deja conducir como un niño. Cajal, mucho más prudente, hábil y seguro, ve entonces cómo su colega bracea desesperadamente entre corrientes frenéticas que nadie sabe de donde vienen ni a donde van. El catalán no tiene tiempo de reflexionar, mientras lucha por su supervivencia. El aragonés se queda en la orilla, mirando con serenidad el singular espectáculo que comienza a desarrollarse en Valencia. Comienzan las vacunaciones.

Ferrán utiliza microbios vivos, apenas atenuados, que inyecta bajo la piel de sus pacientes. El método es bueno y él lo ha ensayado previamente en su propio cuerpo. Si el bacilo del cólera no se introduce por vía digestiva —que es el camino habitual del agua contaminada—, entonces no produce la enfermedad, pero estimula las defensas del organismo, produce reacciones favorables en la sangre y deja al cuerpo en mejores condiciones para resistir a una posible agresión del mismo microbio introducido por la boca.

Pero, ¿se atreverá Ferrán a decir que la inmunización es tan sencilla, cerrando así la puerta a cualquier posibilidad de patentar su método, curativo, que podría proporcionar a su familia los ingresos que tanto necesita? ¿Se atreverá a confesar que lo que inyecta en sus pacientes son nada menos que microbios «vivos» del propio cólera...? ¿Quién aceptará sus vacunaciones si expone crudamente esa aterradora verdad?

Se improvisa un laboratorio en la misma cocina de la casa donde vive el Dr. Candela, en la calle Pascual Genís.

No hay tiempo que perder ni dinero para costear los gastos de otra instalación. Allí se prepara el líquido para las inyecciones, en cantidades crecientes desde que se ha iniciado la vacunación masiva en Alcira. Un aire de misterio lo rodea todo. Mucha gente sencilla cree en los poderes taumaturgicos del Dr. Ferrán. Los periodistas no dejan de publicar artículos sensacionalistas, que incluso cruzan las fronteras.

Candela, Gimeno y unos pocos médicos más saben que Ferrán actúa honradamente y que hace todo lo que puede, dentro de la precariedad de sus medios. Pero otros científicos empiezan a dudar. ¿Qué demonios se prepara en aquel laboratorio improvisado sin la menor garantía de higiene? ¿Por qué Ferrán no dice de una vez, abiertamente, cuál es el método que usa para preparar las vacunas? ¿Se han publicado acaso estadísticas seguras que certifiquen la bondad del sistema?

Es evidente que el gobernador civil de Valencia, amigo personal del ministro de Gobernación, Ferrán no le ha caído en gracia. Ahora no entiende su comportamiento y teme por la suerte de esos huertanos crédulos que se prestan al experimento. Son momentos de confusión, desconcierto y pánico. Puede producirse una hecatombe. El gobernador no quiere asumir la responsabilidad e informa a Madrid de lo que está ocurriendo. Su punto de vista pone en guardia al Gobierno, que ante la necesidad, de tomar una rápida decisión, opta por el camino más fácil y menos comprometido: que se paralicen todos los trabajos y que el Dr. Ferrán deje de vacunar, mientras una comisión científica, nombrada ex profeso, acude a Valencia para estudiar la cuestión y emitir su juicio.

Cajal, entre tanto, sigue con sus propias investigaciones y piensa que la vacuna podría ser útil, pero no con gérmenes vivos, sino muertos. Se calla prudentemente cuando le piden su

opinión sobre el método de Ferrán. Deja que la Comisión investigue por su cuenta y decida en conciencia lo que conviene hacer.

LLEGAN LOS EXTRANJEROS

Ferrán ha enviado a la Academia de Ciencias de París, dos notas, una el 13 de marzo y otra el 11 de julio, que se refieren a su método curativo del cólera. No lo suficientemente claras, por lo visto, para que desvanezcan todas las dudas y recelos en quienes han de juzgarlas. Por otra parte la noticia de las vacunaciones en Alcira, Cheste, Benifayó y en la propia capital ha llegado a todos los países europeos amenazados por el cólera. Tanto los periodistas españoles como extranjeros dedican apasionados comentarios a esta cuestión candente, que tiene alertada a la opinión mundial.

¿Será Ferrán un héroe? ¿Habrá conseguido abatir al más temible jinete del Apocalipsis? ¿O es sólo un fanfarrón oportunista, que busca la fama y el dinero aprovechando el desconcierto general? En todo caso ¿Por qué no habla claramente, por qué no dice a todo el mundo qué es lo que realmente hace?

Llegan a Valencia dos comisionados extranjeros, el belga Van Ermergen y el francés Paul Gibier, en busca de información directa. Aquel pandemónium les inquieta. ¿Dónde está el laboratorio de Ferrán? ¿Es aquí, en esta sórdida madriguera donde Ferrán trabaja? Ni siquiera él está ahora en Valencia. Ha ido a Madrid para gestionar un asunto personal. Todo esto es muy extraño. La reserva de Gimeno y de Candela parece sospechosa. Telegrama a Ferrán y rápido viaje de vuelta. Pero no se desvanecen los recelos. Ferrán, que habla bien el francés y que no sabe ni quiere actuar como un buen anfitrión, no acierta a inspirar confianza. La verdad es que no quiere revelar a nadie su «secreto».

Esos quieren aprovecharse y quedarse con todo el dinero, piensa con su

vieja filosofía de labriego catalán. Van Ermergen y Gibier, decepcionados, se disponen a partir. Pero antes dejan un cuestionario para que Ferrán responda por escrito. El asunto es sumamente importante y urgente para Europa. Plazo máximo para la contestación: ocho días. Ferrán, herido en su orgullo y reafirmado en la desconfianza por sus colegas valencianos, que tampoco ven clara la intención de los forasteros, responde al cuestionario, pero mal y con evasivas, remitiendo a las notas enviadas a París que tampoco aclaran el fondo del problema...

Entonces el ministro de Comercio francés, seguramente aconsejado por Pasteur, la máxima autoridad en la materia, crea una comisión investigadora y la envía inmediatamente a Valencia.

Componen esta comisión tres médicos prestigiosos, pero que no saben nada de microbiología: Brouardel, toxicólogo de nota, Albarrán, joven urólogo que promete mucho y Charrin, poco más que un distinguido funcionario. Se presentan con una carta del ministro y con otra de Pasteur dirigida a Ferrán. En ella el sabio francés pide a su joven colega catalán: «Recibiréis a estos señores con el deseo de hacer brillar la verdad a los ojos de todos... Lo que es necesario saber, antes que nada, es si prevenís el cólera en las personas inoculadas... Ayudad a nuestros comisionados a formar un juicio sobre este asunto. Podéis lograrlo dándoles los medios de hacer por sí mismos sus estadísticas... Os requiero vivamente además a someter vuestros cultivos al examen de estos señores y, si es posible, enviar algunos a mi laboratorio...»

La recepción no resulta tan cordial como esperaban los franceses. Aquí nadie conoce sus títulos ni sus méritos. ¡Mon Dieu, esos españoles ignorantes y engreídos! Tremenda decepción cuando visitan el laboratorio de Ferrán. ¿Es ahí donde prepara sus vacunas contra el cólera? ¿No serán todos esos anuncios y promesas simples «chateaux d'Espagne», castillos en el aire, quimeras quijotescas? Ferrán,

obstinado, sigue ocultando su «secreto». El Gobierno español, después del informe de su propia comisión, ha permitido continuar las vacunaciones. Que le dejen ahora tranquilo los extranjeros. Tiene cosas más importantes que hacer que charlar con unos gabachos impertinentes. Contestará la carta de su maestro Pasteur, desde luego; pero con los tres comisionados no hay por qué gastar cumplidos, no hay por qué mostrarse comunicativo ni siquiera amable. Que se vayan con viento fresco, si lo desean.

UN INFORME DEMOLEDOR

En el «Rapport» de la Comisión Brouardel, dada a conocer en todos los medios científicos europeos, se puede leer: «A nuestra llegada a Valencia, el 30 de junio por la mañana, fuimos a casa de Ferrán. Le dimos la carta de M. Pasteur. Después de haberla leído, M. Ferrán nos ha declarado: Primero, que rehusaba hacer conocer el procedimiento que empleaba para obtener la atenuación del virus colérico. Segundo, que autorizaba a la Comisión a examinar en su laboratorio, su líquido vaccinal, pero que se oponía a que una sola gota saliese de su laboratorio y fuese llevada fuera...»

En la misma sesión y ante las objeciones que le presentamos, M. Ferrán nos dio las respuestas siguientes: «Yo tengo que conservar mi secreto. Entregándolo, yo veo lo que os doy, pero no veo lo que me dais en garantía». M. Ferrán se compara a un industrial que hubiera hallado un procedimiento para preparar sulfato de quinina a 25 céntimos el kilogramo y que no se hallara obligado a divulgar su modo de preparación. Nos pidió, en fin, proponer al Sr. ministro de Comercio de Francia tratar directamente con él las condiciones en las cuales podría entregarle su secreto. Nosotros rechazamos naturalmente encargarnos de semejante comisión. Nosotros somos, le dijimos, una comisión científica y no comercial...»

Ferrán, por su parte, ha escrito al ministro francés, creyendo que su carta contribuirá a aclarar la situación. Pero esta inoportuna exhibición de problemas y resentimientos personales no hace más que empeorar las cosas, al poner crudamente de manifiesto su interés por las cuestiones materiales, algo que ningún científico debe manifestar, por muy viva y acuciante que sea la necesidad. He ahí algunos fragmentos de la carta de Ferrán al ministro galo: «¿Es que se pretende que yo haga conocer el secreto del procedimiento de atenuación? Para hacerlo sería necesario

que yo me encontrase en circunstancias bien distintas de las que me rodean.

Quizá se me objetará que mi actitud no es la seguida por los hombres de ciencia; pero yo respondería a esto... que mi silencio está en relación con las circunstancias en que me encuentro... Cuando, después de haberme consagrado durante largo tiempo a los estudios de microbiología, el Ayuntamiento de Barcelona me nombró por concurso, naturalista comisionado para estudiar el cólera en Marsella y en Tolón, y cuando yo tuve conocimiento de las nuevas formas del bacilo-virgula de Koch, de su acción patógena y de su acción profiláctica, me apresuré a comunicarlo a la municipalidad que me había honrado con su confianza y al Gobierno de mi país. Este último, que debía haberse interesado por altas razones de humanidad y de amor propio nacional, me respondió con un silencio despreciativo... Si el Gobierno de mi país hubiese sido el de Alemania... o si hubiese imitado al de Francia, dispuesto siempre a proteger lo que es útil..., mi método no estaría en la sombra para nadie, y nadie tendría el derecho de quejarse de mi reserva, porque entonces yo tendría garantías para asegurarme el legítimo disfrute de mi descubrimiento, siendo un hecho que la gloria toda del mundo no bastaría, en el caso posible de mi muerte, a sacar mis hijos de la pobreza...»

Lo más probable es que esta carta sólo suscitase en el ministro francés dos tipos de comentarios: unos sobre la estolidez e inoperancia de los gobiernos de Madrid; y otros, acaso más acres, sobre la «avara povertá» de los catalanes, representada en este caso por la que jumbrosa voz de Ferrán.

La única realidad fue que Francia, la sapientísima Francia, por boca de sus más ilustres hombres de ciencia, desautorizó sin paliativos el método de un joven médico español que no conocía las reglas del juego científico ni respetaba la suprema autoridad de los grandes monstruos sagrados. Toda Europa escuchó a Francia y el descrédito cayó sobre el inocente, el inexperto Ferrán, incapaz de comprender el error cometido, el tremendo pecado social, la mayúscula falta de tacto que podía arruinar toda su carrera científica...

CAJAL VUELVE A SU TIERRA PARA HABLAR DEL CÓLERA

Entre tanto, Cajal sigue investigando en Valencia, y la Diputación de Zaragoza, haciéndose portavoz de la inquietud de toda la región, le encarga un dictamen sobre el cólera, que deberá realizar junto al delegado oficial doctor Lite.

Bien pertrechado con teorías y experiencias personales, Cajal vuelve a su tierra para hablar de la temida enfermedad. Le preguntan en Zaragoza qué opina de los métodos de Ferrán; y él, en una conferencia pública seguida con enorme expectación, no deja de mostrarse cauto y reservado. Que hubo reticencias y cautela en sus palabras lo confirman los periódicos *Diario de Avisos*, *Diario de Zaragoza*, *El Liberal* y *El Mercantil*, que comentan el acto, y lo confirma la propia monografía de Cajal publicada en la misma Zaragoza en septiembre de 1885 y titulada «Estudios sobre el microbio virgula del cólera».

Pero Cajal escribe desde Zaragoza a su amigo Ferrán una larga carta que conviene conocer, porque explica algunos de los motivos que tuvo el aragonés, aparte de los puramente científicos, para apearse a tiempo del tambaleante carro de Ferrán, aunque sin ponerse nunca abiertamente en contra suya. La carta manuscrita, que no lleva fecha, dice entre otras cosas: «Aquí la opinión pública está muy sobreexcitada contra la vacunación, efecto de los artículos en contra, que tanto el «*Diario de Zaragoza*» como el de «*Avisos*» han publicado... Mi nombre, simpático a todos, comenzó a mirarse con prevención y se me aludía en los periódicos claramente, llamándome, a la vez que a Gimeno, contratista del cólera, y colocándome en una posición desairadísima... En sesión de la Comisión provincial procuré desvanecer estas calumnias y recelos, pero comprendí que el daño era muy hondo y que no podía yo, a menos de infundir nuevas y más vehementes sospechas, defender con calor ni prestarme a nada que con la vacuna se relacione. Llegó la conferencia que no quería dar, porque realmente falta aún mucho para terminar mis investigaciones, y no estaba yo aún en disposición de emitir juicios categóricos sobre muchos puntos. Díle un carácter eminente práctico, excluyendo toda polémica, y al hablar de la vacunación de usted defendíla en principio y la aconsejé: primero, por ser inofensiva; segundo, por ser racional; tercero, porque aunque no se tuviese certeza absoluta de su eficacia, era una experiencia que precisaba emprender si algún día se había de llegar a la obtención de una vacuna contra el cólera...»

Es probable que Cajal, deseoso de evitar una ruptura con su colega en desgracia o de causarle más encono y dolor —ya se había producido el affaire Brouardel—, enmascarase en su epístola el tono de reserva y censura que hubo de emplear en Zaragoza. Pero nada dijo ni insinuó entonces contra la probidad científica de Ferrán, y fueron los correveidiles de siempre quienes propalaron infundios para atizar

el fuego de la discordia. Como bien han señalado Durán Muñoz y Alonso Burón, biógrafos de Cajal, «sobre cada problema planteado se inventaba una rivalidad en la que el público, más que por reflexión por corazonada, por cuestión de simpatía o de antipatía, se ponía en el bando de uno de los cabezillas. No hay que decir que en este caso de la vacuna la casi totalidad, así de los Ferránistas como de los antiferránistas, no tenían ni remota idea de Ferrán, y no digamos de sus hallazgos; pero es triste que contra la voluntad tanto de Cajal como de Ferrán, las gentes se empeñaron en asignar a don Jaime la figura antagónica de don Santiago, cuando es lo cierto que uno y otro trabajaron siempre sin la preocupación de epatarse y en campos bien diferentes, salvo en el momento del cólera...»

¿CAJAL CONTRA FERRÁN?

Concluyamos. ¿Cajal contra Ferrán? Nadie podría honestamente asegurarlo. ¿Qué dijo realmente Cajal, a lo largo de su vida, sobre este colega y compañero en la investigación, con el que convivió primero en Valencia y más tarde en Barcelona?

En su libro «Recuerdos de mi vida», cuenta Cajal que fue invitado a formar parte de un «comité o sociedad encargada de hacer propaganda, fabricar la vacuna, gestionar del gobierno y de las autoridades autorización para ensayar la nueva inmunización», y confiesa: «Yo decliné humildemente la honra de colaborar en la obra común. Deseaba conservar mi independencia de juicio y quedar inmune de toda sospecha crematística... Además, parecíame prematura la fe en el novísimo remedio. ¡Y si a la

postre la tal vacuna no vacunaba...!». Recuerda también que si le consultaban sobre el método de Ferrán, no ocultaba sus reservas: «Y en lo tocante al punto principal, o sea, la profilaxis, me declaré poco favorable al procedimiento Ferrán, aunque admitiendo su investigación científica...» Lamenta de todos modos lo que considera un fracaso de su colega: «¡Oh, qué amargo desencanto en quienes, como yo, encendidos con celo patriótico e irreflexivo entusiasmo, saludábamos en el Dr. Ferrán una gloria positiva de la ciencia española! ».

Al hablar no como charlista de café que evoca entre amigos los episodios más sobresalientes de su vida, sino como científico puro, dictamina: «Ferrán ensayó en 1885 este método de vacunación (con vírgulas vivos sin atenuar)... Las estadísticas publicadas por el Dr. Ferrán parecieron favorables al procedimiento, pero desgraciadamente las efectuadas por personas ajenas a la empresa vacunadora no acusaron diferencias bien claras de mortalidad entre vacunados y no vacunados. Las dudas fueron tanto más justificadas, cuanto que sabios bacteriólogos extranjeros hicieron notar –y la acusación tiene desgraciadamente alguna base– que los cultivos del Dr. Ferrán eran impuros y que en sus estadísticas partía de supuestos erróneos acerca del censo de la población» (Manual de Anatomía Patológica General).

Las palabras de Cajal más parecen dictadas por la serenidad y la objetividad que por una especial inquina contra Ferrán. Por eso se nos hace difícil comprender en qué se basan los ferránistas para asegurar que Santiago Ramón y Cajal se manifestó siempre, con arbitrariedad y pasión, contra la primera vacuna anticolérica y contra su descubridor.

Admitamos que Ferrán, en las condiciones en que se hallaba en el verano de 1885, no podía investigar ni trabajar con la calma y tranquilidad de espíritu que tales operaciones requieren. Sus estudios juveniles sobre el cólera –pese a la popularidad buena y mala que le dieron– no han sido los más importantes en su larga carrera científica. Sus trabajos posteriores sobre la peste, la tuberculosis y la rabia tuvieron más calidad y trascendencia.

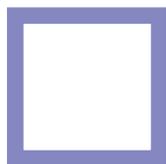
Tampoco los estudios de Cajal sobre el cólera, a pesar de estar bien orientados, tuvieron continuación. El joven profesor de Anatomía los abandonó muy pronto y ha pasado a la historia como histólogo genial, no como bacteriólogo. Hoy casi nadie recuerda que una vez, a los treinta y tres años, se dedicó fugazmente observar y atacar microbios.

Cajal y Ferrán nunca más volvieron a encontrarse en campo de la ciencia. Su antagonismo, si había existido, surgió en el estudio de un tema –el cólera– que pronto dejó de interesar a los dos.

Ya en su madurez, triunfantes ambos en especialidades distintas, se respetaron y admiraron sin reservas. Así, pues, presentar el antagonismo entre Cajal y Ferrán como una manifestación egregia y reveladora de la insolidaridad hispánica, no sería justo ni elegante.

Hemos tenido muchas guerras civiles, ciertamente, y falta de colaboración en los equipos de trabajo. Pero además de grandes personalidades encastilladas en su orgullo y en su desdén, ha habido hombres de ciencia que han valorado los méritos ajenos y han alentado la cooperación.

Informe científico sobre el Covid-19. Biólogos por la verdad. Sobre los virus



Referencia: Trilogía del coronavirus. Dr. Biología Máximo Sandín. Cauac Editorial. 2020

Web: <https://cauac.org/libros/trilogia-del-coronavirus/>

En base a los últimos descubrimientos a nivel planetario, la abundancia de virus en los ecosistemas es abrumadora, estamos hablando de 10 nonillones, es decir, si enviásemos un virus de la Tierra a cada estrella del universo, tendríamos que hacerlo 100 millones de veces, para enviarlos todos (1). Son los responsables de la inserción de los genes de la fotosíntesis en las bacterias, lo

Se ha llegado a constatar que las funciones de estos virus endógenos humanos son tan importantes, que se les considera los responsables de la inmunidad innata.

cual hizo posible que pudiésemos respirar oxígeno (2), son los responsables de la nucleación de las nubes y los copos de nieve (3) que propició el inicio del ciclo del agua, incluso se sabe que proporcionaron el acervo genético a los seres vivos superiores, siendo los componentes que conforman la vida (4) y piezas esenciales en los ciclos biogeoquímicos y ecológicos de nuestro planeta (5).

En los seres humanos la importancia del papel de los virus para el mantenimiento de un adecuado equilibrio en el organismo es vital, forman parte del material genético celular como es el caso de los retrovirus endógenos (6)

que participan en procesos de gran importancia como la formación de los telómeros (7), la placentación (8), la fecundación (9) e incluso la transducción de la señal en las células de la glía del sistema nervioso central (10).

Además de los retrovirus, nuestro genoma cuenta con secuencias del tipo retrotrasposones no LTR llamadas LINE y SINE que también son de origen viral, al igual que otros elementos móviles como los trasposones de DNA, incluso en la zona que se considera oscura del genoma se han encontrado elementos del transcriptoma humano, que es un conjunto de moléculas de ARN encargadas de desencadenar o finalizar importantes procesos fisiológicos y metabólicos en nuestro cuerpo, se sabe que se expresan en todos los tejidos del cuerpo (6), (11).

Se ha llegado a constatar que las funciones de estos virus endógenos humanos son tan importantes, que se les considera los responsables de la inmunidad innata (12).

Fuera de nuestro genoma, en mucosas y piel, el número de virus que forman parte del microbioma es de entre 5 y 25 veces superior al de bacterias y su papel también es fundamental en el mantenimiento del equilibrio de nuestro cuerpo. Hoy en día se sabe, que los bacteriófagos que se adhieren a nuestras superficies mucosas, nos aportan una inmunidad innata no derivada del huésped, siendo éstos una

de las principales barreras de protección del organismo (13).

Tal es su papel en la vida y los últimos descubrimientos en biología molecular y genética, que apoyamos la propuesta firme de cambio de su definición actual, a la siguiente:

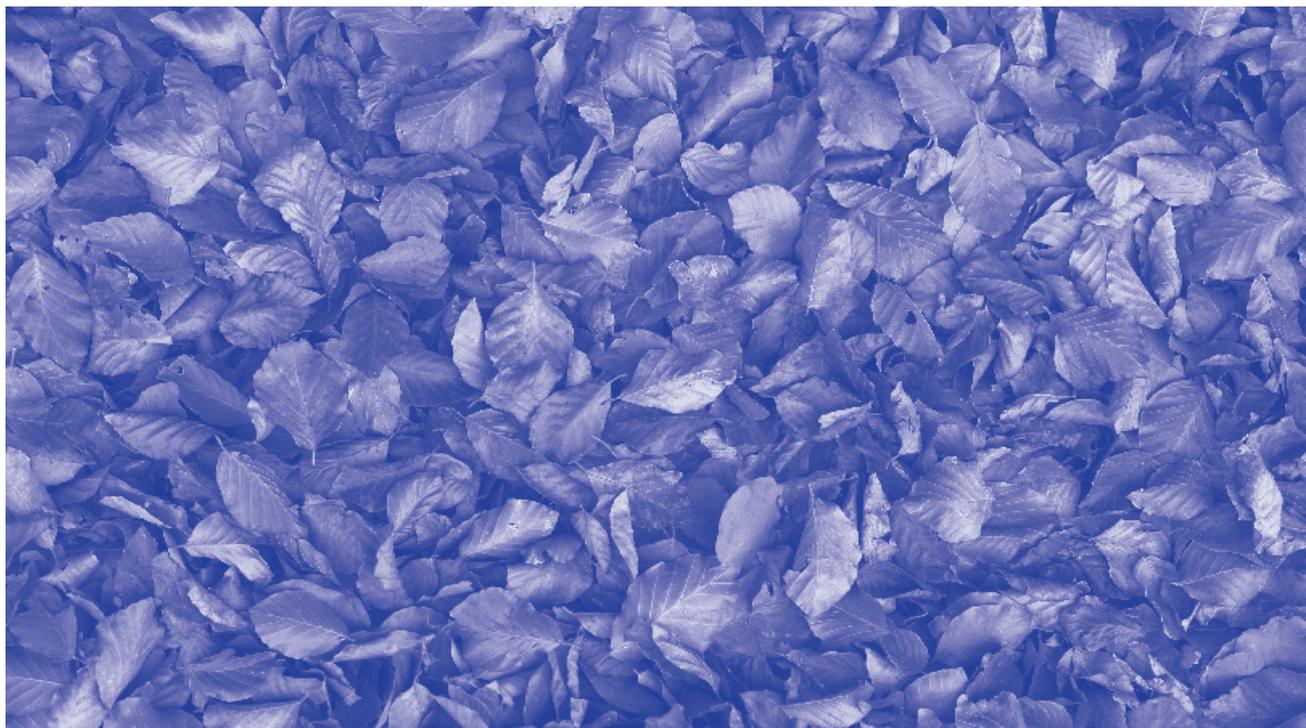
La realidad es que los virus han estado implicados en la evolución de la vida desde su mismo origen. Como consecuencia de su papel determinante [...], los genomas de los seres vivos están constituidos en su mayor parte por virus endógenos, es decir virus, fundamentalmente retrovirus, que han ido insertando sus secuencias genéticas en los cromosomas y sus derivados, los elementos móviles, secuencias repetidas, “elementos dispersos” cortos y largos, intrones...

En individuos adultos normales los retrovirus endógenos se expresan en todos los tejidos confirmando que son componentes permanentes del transcriptoma humano.

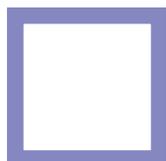
También están implicados en la regulación de muchos otros genes. Es decir, son genes que participan en el funcionamiento de los tejidos. Y si a esto le añadimos las actividades de los virus en el colon y en la superficie de las mucosas, resulta que los “malvados” virus son absolutamente esenciales para nuestra existencia.

En definitiva, los virus son, en realidad, “paquetes de información genética”. Se les podría definir como subrutinas de los procesos de la vida.”

1. (2020) Katherine, J. Wu. There are more viruses than stars in the universe. Why do only some infect us? National Geographic. <https://www.nationalgeographic.co.uk/science-and-technology/2020/04/there-are-more-viruses-stars-universe-why-do-only-some-infect-us>
2. (2005) Lindell, Debbie, et al. Photosynthesis in marine viruses yields proteins during hosting infection. *Nature*. https://www.nature.com/articles/nature04111?error=cookies_not_supported&code=1664fe46-2360-4f82-8c81-ed2ef5a6f999
3. (2010) Hoose, C. et al. How important is biological nucleation in clouds on a global scale? *Bio-geosciences*. <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1748-9326/5/2/024009>
4. (2009) Villareal, Luis P. & Witzany G. Viruses are essential agents within the roots and stem of the tree of life. *Journal of Theoretical Biology*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022519309004895?via%3Dihub>
5. (1999) Fuhrman, Jed. A marine virus and its biogeochemical and ecological effects. *Nature*. <https://www.nature.com/articles/21119>
6. (2017) Blinov, V. M. et al. Viral component of the human genome. *Molecular Biology*. <https://link.springer.com/article/10.1134/S0026893317020066>
7. (2008) Witzany, G. The viral origin of telomeres and telomerases and their important role in eukaryogenesis and genome maintenance. *Biosemiotics*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12304-008-9018-0>
8. (2006) Dunlap, K. A. et al. Endogenous retroviruses regulate peri-implantation placental growth and differentiation. *PNAS* <https://www.pnas.org/content/103/39/14390>
9. (2014) Bjerregaard, B. et al. Syncytin-1 and its receptor is present in human gametes. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10815-014-0224-1>
10. (2018) Wang, X. et al. Syncytin-1, an endogenous retroviral protein, triggers the activation of CRP via TLR3 signal cascade in glial cells. *Brain, Behavior and Immunity*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159117304245>
11. (2015) Mele, M. et al. The human transcriptome across tissues and individuals. *Science*. <https://science.sciencemag.org/content/348/6235/660.full>
12. (2020) Chuong, E. B. Regulatory evolution of innate immunity through co-option of endogenous retroviruses. *Science*. <https://science.sciencemag.org/content/351/6277/1083.full>
13. (2015) Barr, J. J. et al. Bacteriophage adhering to mucus provides a non-host-derived immunity. *PNAS* <https://www.pnas.org/content/110/26/10771>



La interacción de los adyuvantes a base de aluminio con los macrófagos THP-1 *in vitro*: implicaciones para la supervivencia celular y la traslocación sistémica



Autores: Ema Shardlow, Matthew Mold, Christopher Exley

Original: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0162013419305719>

RESUMEN

Para aumentar la longevidad y la potencia de la respuesta inmunológica de las vacunas se emplean sales de aluminio. Dichas sales incluyen oxihidróxido de aluminio (AH), hidroxifosfato de aluminio (AP) y sulfato de hidroxifosfato de aluminio (AAHS) y son la elección arquetípica de adyuvantes incluidos en las vacunas.

Por otra parte, las vacunas contienen, entre otros compuestos, antígenos recombinantes, los cuales son absorbidos por las sales de aluminio con el fin de aumentar la potencia inmunológica de las vacunas.

La eficacia¹ de dichas vacunas depende en gran medida del reconocimiento y la captación de estos complejos por los *fagocitos profesionales*² y su posterior entrega a los *ganglios linfáticos*³ para su posterior procesamiento inmunológico.

No obstante, debido al gran tamaño de los adyuvantes se aceleran el reconocimiento y captación por los fagocitos profesionales cuya presencia se observa en la zona de inyección a las 2 horas después de la inoculación. La interacción directa de AH con los macrófagos residentes en los tejidos promueve la quimiotaxis⁴ de leucoci-

tos e induce alteraciones en la expresión de marcadores de superficie hacia lo típicamente asociado con las células dendríticas⁵. Si bien algunos informes, –y esto es de especial importancia–, sugieren que las micropartículas AH no están absorbidas por los macrófagos *in vitro*⁶ otros han indicado que los macrófagos derivados de monocitos internalizan los adyuvantes de aluminio presentes tanto en la vía intramuscular y cavidades subcutáneas *in vivo*. Estos macrófagos son capaces de diseminar su carga, es decir, micropartículas AH, por todo el cuerpo a varios lugares anatómicos, incluidos el bazo, los ganglios linfáticos y **el cerebro**. Se supone que el alcance o la probabilidad de la diseminación sistémica se rija por la capacidad de los macrófagos cargados de micropartículas AH de sobrevivir durante largos períodos de tiempo después de la absorción de las antedichas micropartículas.

Por otra parte, la presencia de estos compuestos han expresado dudas con respecto a la seguridad de estos adyuvantes, especialmente en la aparición de *miofascitis macrofágica*⁷ (MMF),

El destino biológico de las partículas de adyuvante a base de Alumi-

nio una vez introducidas por medio de la vacunación en el medio intersticial sigue siendo motivo de debate. El consenso actual sugiere que una proporción del aluminio inyectado permanece localizado en el lugar de inyección durante largos periodos de tiempo. La absorción por efectos acumulativos de AH y AP en el torrente sanguíneo equivale al 17 y 51% respectivamente durante un período de 28 días. De acuerdo con tales observaciones, la inmunización de los primates contra la difteria-tétanos indujo la formación de granulomas ricos en aluminio localizados, que podrían durar hasta 12 meses después de la inoculación.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que los monocitos internalizan los adyuvantes de aluminio y sus adsorbatos.⁸ Además en este estudio se analizó la interacción de los macrófagos THP-1⁹ con los adyuvantes del Aluminio, y como esta interacción influyó en la supervivencia de tales células *in vitro* (experimento en un tubo de ensayo, o generalmente

en un ambiente controlado fuera de un organismo vivo). Los macrófagos THP-1 fueron expuestos a bajas concentraciones de adyuvantes de aluminio durante un máximo de siete días. Se identificó evidencia de carga de partículas de adyuvantes de aluminio dentro de las células después del tratamiento siendo bastante prolífica (más del 90% de células positivas para la señal de Aluminio después de 24 h). Se observaron consistentemente bajos niveles de muerte celular en poblaciones positivas para a absorción de Aluminio, en la mayoría de los casos sin influir negativamente en su viabilidad a largo plazo, quiere decir esto que, la supervivencia de una minoría de células se ve comprometida debido a la muerte celular que presenta.

- 1 La eficacia se evalúa en forma experimental a través de ensayos de laboratorio, y no en condiciones reales en una sociedad aleatoria.
- 2 Los **fagocitos** son células presentes en la sangre y otros tejidos animales capaces de captar microorganismos y restos celulares (en general, toda clase de partículas inútiles o nocivas para el organismo) e introducirlos en su interior con el fin de

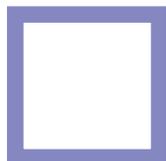
eliminarlos, en un proceso conocido como fagocitosis. Los fagocitos de los humanos y del resto de vertebrados mandibulados se dividen en grupos «profesionales» y «no profesionales» según la eficiencia de fagocitosis. Los fagocitos profesionales son los monocitos, los macrófagos, los neutrófilos, las células dendríticas de los tejidos y los mastocitos. Un litro de sangre humana contiene unos 6.000 millones de fagocitos.

- 3 Los ganglios linfáticos son unas estructuras ovaladas o reniformes (con forma de riñón), encapsuladas, que forman parte estructuralmente del sistema linfático y funcionalmente del sistema inmunitario. La función principal del ganglio linfático es permitir la interacción entre antígenos y linfocitos. Es el lugar principal donde los linfocitos proliferan para lograr la respuesta inmunitaria.
- 4 **Quimiotaxis** es la reacción de algunas células ante la concentración de determinados agentes químicos en el medio ambiente. Este fenómeno permite, por ejemplo, que una bacteria se dirija hacia la zona donde existe una mayor cantidad de sustancias alimenticias y se aleje del lugar en el cual hay elementos tóxicos.

- 5 Tipo especial de célula inmunitaria que se encuentra en los tejidos, como la piel, y estimula las respuestas inmunitarias al presentar en su superficie un antígeno ante las otras células del sistema inmunitario.
- 6 Experimento en un tubo de ensayo, o generalmente en un ambiente controlado fuera de un organismo vivo.
- 7 Foco inflamatorio muy reducido de macrófagos, con inclusiones de cristales y necrosis muscular microscópica asociadas. Se ha comprobado que estas lesiones localizadas contienen sales de aluminio.
- 8 La adsorción es un proceso por el cual átomos, iones o moléculas de gases, líquidos o sólidos disueltos son retenidos en una superficie,[1] [2] en contraposición a la absorción, que es un fenómeno de volumen. Es decir, la adsorción es un proceso en el cual, por ejemplo, un contaminante soluble (adsorbato) es eliminado del agua mediante el contacto con una superficie sólida (adsorbente).
- 9 THP-1 es una línea celular monocítica humana derivada de un paciente con leucemia monocítica aguda.



Componentes de las vacunas del calendario vacunal europeo 2021



Fuente: Le Courier d'ALIS nº 109. Asociación Libertad Información Santé (Francia). ISSN: 12472085. Junio-Julio 2020

Autor: Xavier Uriarte

Fecha de elaboración: 25 abril 2021

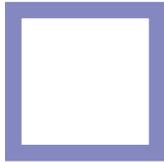
Contacto: xavier.uri@gmail.com

Estos componentes son algunos de los que aparecen en la composición de las vacunas y que tienen función antibiótica, adyuvante, edulcorante y estabilizadora. Pueden producir en el organismo reacciones graves de tipo alérgico, neurológico, autoinmune, tumoral, sanguíneo e infeccioso.

Sulfato de amonio, sulfato de Bario, Acetamida	Floculante y o fertilizante.
Beta-propiolactona	Mutagénico e inactivador de virus.
Levaduras genéticamente modificadas, de ADN bacteriano o AND viral de animales, residuos de AND celular. Células diploides de crecimiento tumoral	Células fabricantes de ADN.
Látex	Derivado del caucho. Presente en el envoltorio de la vacuna.
Glutamato de sodio	Estabilizador para alargar la vida útil de la vacuna. Actúa sobre las neuronas. Neurotoxina.
Sales de aluminio	Actúa como adyuvante, estimulador de la respuesta inmunitaria. Afecta de manera autoinmune a los pulmones, huesos, músculos y sistema nervioso central.
Formaldehído o formol	Producto químico que se utiliza como conservante. Causa efectos secundarios de tipo dermatológico, neurológico, respiratorio (asma) y tumoral.
Microorganismos (virus o bacterias vivas o muertas, anatoxinas, proteína N, H, P)	Microorganismos, cápsulas o anatoxinas presentes en cada una de las vacunas.
Polisorbato 20 y 80	Agente emulsionante. Relacionado con reacciones alérgicas, con esterilidad y anticoncepción.
Tributifosfato y Fosfatos o Ácido fosfórico	Detergente. Neurotóxico.
ALC3015	Grasa o lípido. Componente de las vacunas COVID-19. Alergénico.
Glutaraldehydos	Desinfectante. Alergeno de contacto.
Gelatina	Estabilizante. Proteína rica en colágeno.
Antibióticos (neomicina, gentamicina, polimixina B, estreptomina y kanamicina)	Conservante y desinfectante. Causantes de efectos adversos de tipo alérgico, neurológico, digestivo y respiratorio.

Thiomersal o Timerosal (60% aspirina o AA.SS y 40% etilmercurio)	Derivado del mercurio. Conservante y desinfectante. Altamente tóxico para el sistema nervioso central y alergizante.
Fenol/fenoxietanol	Disolvente que se utiliza como desinfectante bactericida y conservante. Puede afectar al sistema nervioso central y periférico provocando alteraciones funcionales.
Borato de sodio o bórax	Conservante. Mutagénico.
Células humanas y animales provenientes de fetos, de albúmina humana, de sangre de cerdo, de caballo, de cordero, de la proteína del huevo. Tejido fetal clonado	Tejidos Recombinantes fabricantes de ADN. Alergizante.
Glifosato	Herbicida. Mutagénico.
Nanopartículas (bario, bismuto, carbono, cloro, hierro, níquel, oxígeno, plomo, azufre, silicio, titanio, tungsteno, zinc, zirconio, etc.)	Componentes del agua que acompañan a las vacunas.
Escualeno, Colesterol y Tocoferol	Lípidos que se utilizan como adyuvantes o estimuladores de la respuesta inmunitaria. Sus efectos adversos son de tipo autoinmune, neurológico, alérgico, reumático y autoinmune. Se encuentra en los prospectos con las siglas ASO3.
Polietilenglicol (PEG)	Es un polímero. Disolvente. Alergénico.
Oxinol	Derivado del fenol. Conservante. Alergénico. Teratógeno.
Aspartame	Es fenilalanina, ácido aspártico y alcohol metílico. Neurotóxico y mutagénico.
Sacarina	Derivado del petróleo. Alergénico y mutagénico.
Manitol, lactosa, glucosa, sorbitol, sacarosa.	Carbohidratos. Alergénicos.
Cloruro de sodio, hidróxido de sodio	Sales simples.
Glicina, ácidos aminados, albúmina, ovoalbúmina	Aminoácidos y proteínas. Alergénicas.
Medio 199	A base de vitaminas, sales minerales y polisorbato 80 y ácidos aminados.
Ácido clorhídrico o ácido muriático o Sulfumán	Derivado del gas cloruro hidrógeno. Corrosivo. Reactivo. Desinfectante. Acidificante.
Tiocianato de sodio	Derivado del cianuro. Desinfectante. Tropicismo por el tiroides. Teratógeno.
Trometamol	Alcalinizante. Alergénico con tropismo espiratorio y renal.
ARNm	Ácido Ribonucleico. Fabricante de proteína. Reacción Autoinmune.
Lecitina y Cefalina	Aminoácidos.
ASO3 (escualeno, x-tocoferol, polisorbato 80)	Siglas de la combinación de escualeno, polisorbato 80 y tocoferol.
Bencetonio, Tiloxapol	Antiséptico y Desinfectante.
Bromuro de cetrimonio o CTAB	Detergente. Desinfectante. Alergénico.
Benzonase	Enzima endonucleasa degradante de las formas ADN y ARN. Purificador de vacunas. Larga eliminación. Tóxico.
Tritón X-100	Detergente. Mutagénico.
Aminopropil Dihidrobencofurano (APDB)	Es una anfetamina presente en la vacuna Gardasil 9 lote R009338. Estimulante nervioso. Neurotóxico.

Reacciones adversas a las vacunas en el mundo



Autor: Xavier Uriarte (Médico)
Contacto: xavier.uri@gmail.com

1. Mortalidad infantil y dosis de vacunas

Miller NZ, Goldman GS 2011 Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: Is there a biochemical or synergistic toxicity? *Human and Experimental Toxicology*. 30 (9):1420-11428.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador del bienestar socioeconómico y de la salud pública de un país. Se examinaron los calendarios vacunales de 34 naciones y se hizo un estudio de regresión lineal.

Se aplicó el análisis de regresión lineal entre el número de dosis de vacunas con la TMI.

El análisis de regresión lineal reveló una alta correlación estadísticamente significativo entre el aumento del número de dosis de vacunas y el aumento de las TMI

2. Vacuna Haemophilus Influenzae (Hib) y Diabetes Autoinmune tipo 1

Classen JB, Classen DC. 2002. Clustering of Case of Insulin Dependent Diabetes IDDM occurring there years after HIB. *Immunization Support Causal Relationship Between Immunization and IDDM*. *Autoimmunity* 35(4):247-253.

La vacuna Hib se ha relacionado con el desarrollo de diabetes autoinmune tipo 1 en estudios ecológicos.

Los resultados muestran una asociación estadísticamente significativa entre la vacuna Hib y el incremento de padecer la diabetes.

3. Vacuna Hepatitis B recombinante y Esclerosis Múltiple (EM)

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

Se ha evaluado un posible vínculo entre la vacuna contra la hepatitis B recombinante y un mayor riesgo de esclerosis múltiple.

Los resultados apuntan que la inmunización con la vacuna hepatitis B se asocia con un aumento del riesgo EM.

4. Vacuna Gripe y Parálisis Guillain-Barré (GB)

Geier MR, Geier DA, Zahalsky AC. 2003. Influenza vaccination and Guillain-Barre syndrome. *Clinical Immunology*, 107:116-121.

Se examinaron los casos agudos y graves de la parálisis reportados después de la administración de la vacuna de la gripe entre 1991-1999.

La media del inicio del síndrome GB después de la vacuna fue de 12 días.

5. Vacuna Triple Vírica y convulsiones febriles

Klein NP et al. 2010. Measles-Mumps- Rubeola- Varicella. Combination Vaccine and the Risk of febrile Seizures. Pediatrics. 126(1):1-8.

Datos utilizados del 2000–2008 con las vacunas combinadas en niños de 12–23 meses fueron evaluados observando las convulsiones febriles.

Se observaron convulsiones febriles de 7–10 días después de la vacunación combinada, pero no después de la monovacuna varicela.

El riesgo de sufrir convulsiones fue mayor después de la combinada , pero no después de la monovacuna.

Se establece que el riesgo de convulsión tras la combinada es de 4/10.000 dosis.

6. Vacuna Papiloma Humano y exacerbación de enfermedad autoinmune

Pellegrino P, Carnovale C, Pozzi M. 2014. On the relationship between human papilloma virus vaccine and autoimmune diseases. Autoimmunity Reviews, 13:736-741.

Junto a la introducción de la VPH, varios casos de exarcebación de las enfermedades autoinmunes apreciaron.

7. Vacuna Triple Vírica y Meningoencefalitis

Vaccine, Volume 20, Issues 7-8, 15 January 2002, Pages 1106-1112.

Pediatrics. 1998 Mar;101 (3Pt 1):383-7.

Se describe el brote de meningitis aséptica y paperas después de la vacunación masiva con la vacuna triple vírica utilizando la cepa de paperas Leningrado- Zagreb.

Puede existir una relación causal entre la vacuna y la encefalopatía.

8. Ineficacia de la Vacuna

Clinical Infectious Disease 2008.

CDC, June 22, 1984/33 (24);349-51.

Se observó brote de sarampión en una comunidad con alta cobertura de vacunación.

Asimismo entre estudiantes vacunados de secundaria.

9. Mortalidad intranatal tras vacunación Tosferina

Comunicación oral. RAV no publicadas oficialmente.

En el 2016 se dieron 2 muertes en Ceuta en el tercer trimestre del embarazo tras la vacunación DTP o llamada Tosferina.

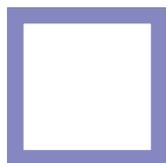
En el 2021 sucedió 1 muerte en Avila en el tercer trimestre del embarazo después de la vacunación de la tosferina.

10. RAV de las Vacunas Covid-19

Comunicación oral. RAV no publicadas oficialmente.

Entre los meses de enero-junio 2021 nos han comunicado casos de afonía, fatiga, epilepsia, gripe y muerte posvacunal al cabo de 1 hora después de la vacunación del Covid-19.

El herbicida glifosato en el calendario vacunal europeo



Autor: Xavier Uriarte (Médico)
Fecha de elaboración: Junio 2020
Fuente: Revista le Courier d'ALIS
Contacto: xavier.uri@gmail.com

Desde hace unos pocos años nos vienen advirtiendo sorprendentemente de la presencia en las vacunas del glifosato y de otros herbicidas de gran toxicidad.

Es increíble que un producto farmacéutico como es la vacuna nos continúe sorprendiendo en cuanto a su composición.

En el laboratorio Microbe Inotech de Sant Luis (EEUU) han encontrado presencias de glifosato.

Recordemos que este herbicida comercializado por Monsanto tiene

efectos cancerígenos entre otros.

Como el glifosato se encuentra habitualmente en los alimentos, en las plantas, en las tierras y en las aguas, es posible que las aguas o los animales utilizados en la fabricación de las vacunas.

En la elaboración de las vacunas de la Triple Vírica y de la Gripe se utilizan cultivos de gelatina de patas de cerdo que reciben glifosato en su alimentación.

En la alimentación la EPA autoriza hasta 400 ppm de residuos de glifosato que representa una cantidad

altamente tóxica para los seres vivos.

Estas supuestas dosis mínimas, inyectadas directamente en sangre pueden desencadenar procesos cancerígenos e inflamatorios en nuestro cuerpo.

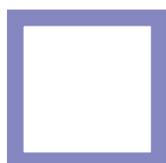
Veamos las cantidades actuales de glifosato presente en las vacunas:

- DTP: 0,109 ppm
- Hepatitis A + B: 0,337
- Gripe A y Covid-19: 0,170-0,227
- Prevenir/Neumocócica: 0,112
- Triple Vírica/MMR/ROR: 3,740
- Varicela: 0,556

Podemos observar que la vacuna triple vírica contiene altísima dosis de glifosato. Le siguen las vacunas de la hepatitis y de la varicela.

Por lo tanto, la cantidad de glifosato inyectado tras el cumplimiento del Calendario Vacunal Europeo supera los 11 ppm.

Grafeno



Autor: Xavier Uriarte (Médico)
Fecha de elaboración: Julio 2021
Contacto: xavier.uri@gmail.com

El grafeno es un mineral con 1 átomo de carbono muy ligero descubierto en el 2010 por los premios nóbeles rusos Andrey Gueim y Konstantin Novosidov.

Se extrae del grafito natural presente en las minas de carbón y también se puede sintetizar.

Es un potente conductor y generador electromagnético y térmico, es resistente, es transparente, sirve de filtro, deja pasar el agua, filtra todo tipo de células, es conductor del frío y del calor, es buen aislante. Interacciona con

otras sustancias. Dispersa las moléculas, adhiere los tejidos y los materiales, induce reacciones corporales, se autorrepara, es de gran elasticidad y tiene gran capacidad de absorber y de captar residuos radiactivos.

Se utiliza en electrónica, en biología, en medicina, en ortopedia, en robótica, en arquitectura, en genética, en protección de materiales y en naves espaciales.

Desde hace unos años forma parte de las mascarillas quirúrgicas FFP1 y 2, últimamente se encuentra en la

composición de las vacunas del Covid-19.

Puede cambiar los campos térmicos y electromagnéticos de nuestro organismo, puede inducir cambios genéticos en nuestro sistema inmunitario (fagocitos, leucocitos y linfocitos), puede inducir reacciones tumorales tales como mieloma múltiple y mesotelioma, puede provocar respuestas inflamatorias agudas y crónicas, puede alterar nuestro metabolismo celular y tisular. Puede facilitar la transferencia del ARNm de las nuevas vacunas.

Por lo tanto, tras la vacunación Covid-19 la presencia del grafeno, mayor cuantas más dosis recibamos, puede generar cambios electromagnéticos, tumores, cambios genéticos e inflamaciones crónicas neurológicas, reumáticas, endocrinas, respiratorias y renales.



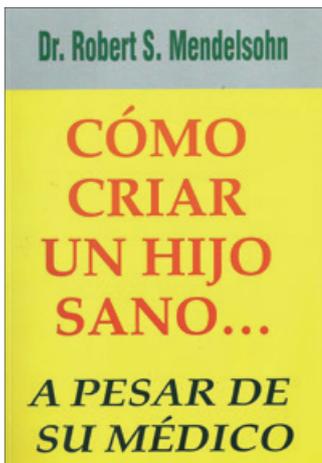
VACUNAR ES ASESINAR DEJARSE VACUNAR SUICIDARSE

Autor: Dr. Diego Ruiz
Idioma: castellano
Lugar y año: Barcelona, 1935

El autor, ex-director del hospital frenopático o manicomio de Salt (Girona), presenta en este libro publicado en España en 1935 un acto de acusación contra 138 años de medicina j Jenneriana basándose en la Carta Internacional de Rechazo de las Vacunas firmada por médicos en el año 1890.

En esta obra se presentan datos sobre la relación directa entre las altas coberturas vacunales y la mortalidad.

El Dr. Weiss afirmaba ya en Alemania a finales del siglo XIX: "Merezco ser colgado del abeto más alto de la Selva Negra, por el delito de haber vacunado al desgraciado pueblo.

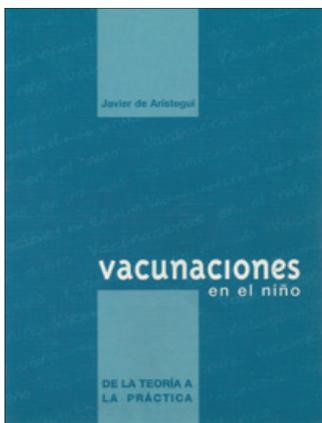


CÓMO CRIAR UN HIJO SANO... A PESAR DE SU MÉDICO

Autor: Robert S. Mendelsohn
Idioma: castellano.
Editorial : Publicaciones Gea (Argentina)
Puedes pedirlo a la LLV.

Médico pediatra norteamericano que afirma que el 95% de las consultas pediátricas son innecesarias y hasta peligrosas. En este libro da a las madres y a los padres recomendaciones y consejos para tratar de evitar tratamientos innecesarios.

Busca equipar a las madres con recursos para ser el médico principal en el crecimiento de los hijos.



VACUNACIONES EN EL NIÑO

Dr. Javier de Arístegui
Idioma: castellano
Editorial Ciclo
Año: 2004

El autor, miembro de la Asociación Española de Pediatría (AEP), publicó un libro sobre vacunas dirigido a la infancia en el 2004.

Sorprenden los capítulos dedicados a las contraindicaciones, a los componentes de las vacunas y al sarampión.

Sabedor de la problemática de las vacunas es una voz oficialmente silenciada por la administración y por la AEP.



SALUD, INFECCIÓN Y VACUNAS

Autor: Fernand Delarue
Idioma: castellano
Editorial: Liga para la Libertad Vacunación (LLV)

El autor nacido en 1924 y fallecido en 1979 fue presidente de la Liga Francesa para la Libertad de Vacunación y una referencia para los que piensan que es necesario modificar la legislación y nuestra actitud de espíritu en el tema de las vacunas. En sus obras y en sus intervenciones parlamentarias emplazó a su país a que reflexionase sobre la responsabilidad de la sociedad ante la aventura vacunal. En esta obra expone de una forma bien documentada a lo largo de los años que las estadísticas oficiales nos muestran que a igualdad de nivel de vida las epidemias han disminuido tan rápidamente en los países en donde no se ha vacunado.

Es un libro potente que nos ha enseñado a sus discípulos una manera interesante de observación de la realidad.

“Las enfermedades humanas han ido evolucionando desde la prehistoria hasta la civilización industrial. Esa evolución ha estado condicionada por los cambios económicos, demográficos, alimentarios, laborales y sociales de los pueblos cazadores-recolectores, las culturas agrícolas, los procesos de industrialización y las sociedades desarrolladas.

El progreso económico provoca directa e indirectamente la disminución e incluso la desaparición de algunas enfermedades, pero también provoca el incremento y aparición de otras.

La mortalidad por infecciones desciende tras el aumento de la riqueza que proporciona la industrialización pero también aumenta en las sociedades industrializadas la mortalidad por cáncer y por accidentes vasculares”.

Extraído del libro *Los Orígenes de las Enfermedades Humanas*, de Thomas Mckeown, 1988.

