

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Vacunación Libre 28

Mayo 2023

Revista internacional sobre vacunas

Vacunación Libre

Número 28. Mayo 2023

Liga para la Libertad de Vacunación

ÍNDICE

- 3 La ética médica / **Pedro Ródenas López**
- 4 La mortalidad durante el siglo XX y la contribución de la vacunación / **Silvia Llácer**
- 17 Fragmento del informe sobre la vacunación Covid-19 de menores / **Juan José Martínez Rodríguez, Miguel García Báez**
- 22 ¿Qué hemos aprendido de la Crisis del Covid (2019-2022)? / **Angel Ruiz-Valdepeñas Herreros**
- 24 Muertes por Covid-19 en el mundo
- 26 Artralgia posvacunal / **Xavier Uriarte**
- 28 Reacciones Adversas a las Vacunas (RAV) en el mundo / **Xavier Uriarte**
- 30 Vacuna Herpes Zoster
- 30 Vacuna de la Viruela
- 31 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

La ética médica

Después de la condena a 18 meses de inhabilitación para ejercer la medicina a la Doctora Teresa Forcades por defender las propiedades antiviricas y antiinflamatorias del clorito de sodio, no valorando los estudios aportados en su defensa, y esgrimiendo la norma 82 del Código de Deontología del COMB (difusión de resultados de experimentaciones por los medios de comunicación social que puedan conducir a equívocos y a crear falsas expectativas), al margen de no poder resistir mencionar el agravio comparativo que esto significa con la promoción desde el mismo COMB de la vacuna experimental del covid, que ni protege ni evita el contagio como se decía, creo que sería de interés público que, en bien de la imparcialidad, la *Comisión Deontológica de los diferentes Colegios de Médicos*, y como excusa para la reflexión, estudiaran las siguientes cuestiones:

- ¿Es aceptable seguir enseñando y practicando una medicina con un alto índice de iatrogenia, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico, y de medicalización, sin considerar ni siquiera la aportación de otras opciones que están presentes en la sociedad? ¿No existe aquí una gran negligencia por omisión? ¿No debiera la propia sanidad pública interesarse en estudiar y averiguar, contando con los profesionales médicos que las ejercen, si las otras opciones funcionan, en lugar de criticarlas o ignorarlas?
- ¿Cómo es posible que las grandes investigaciones sobre los problemas de salud considerados más importantes estén en manos de empresas comerciales como son los laboratorios (que defienden legítimamente sus intereses de rentabilidad), o de instituciones, locales o internacionales, patrocinadas por éstos y ayudadas con dinero público, y no de instituciones médicas públicas totalmente independientes y sin presiones económicas?
- ¿Cuáles son actualmente las entidades de prestigio que pueden avalar los procesos curativos válidos? ¿Dónde están los recursos y el foro público imparcial donde se puedan presentar hipótesis, se discutan, se comprueben, y se valoren?
- ¿Por qué la ciencia, en una decisión totalmente científica, no deja expresarse a los disidentes de sus teorías oficiales públicamente, los penaliza, los elimina de las redes, les retira subvenciones y los margina de sus congresos?
- ¿Por qué a los profesionales que cuestionan algunas vacunas, y aunque sea una sola, se les califica de antivacunas (una opción también respetable) y se les desprestigia sin considerar todas las referencias científicas que aportan? ¿Por qué el fallecimiento de una persona no vacunada es portada en todos los medios de comunicación, y no lo es el de una persona completamente vacunada (con todas las dosis recomendadas) de esa misma enfermedad?

Es preciso, es urgente, en beneficio de todos, revisar las bases éticas sobre las que se establece el ejercicio de la medicina. Está claro que llega el momento de establecer un diálogo constructivo entre los profesionales de las diferentes opciones médicas, al margen de las farmacéuticas. Es lo que defendemos los que practicamos la medicina integrativa, no renunciando a ninguno de nuestros conocimientos y complementándolos con el de los demás. Es tiempo de puertas abiertas, de discusión, de trabajo en equipo, de democratización en la medicina, no de persecución ni de imposición.

Pedro Ródenas López (Médico naturista)

La mortalidad durante el siglo XX y la contribución de la vacunación



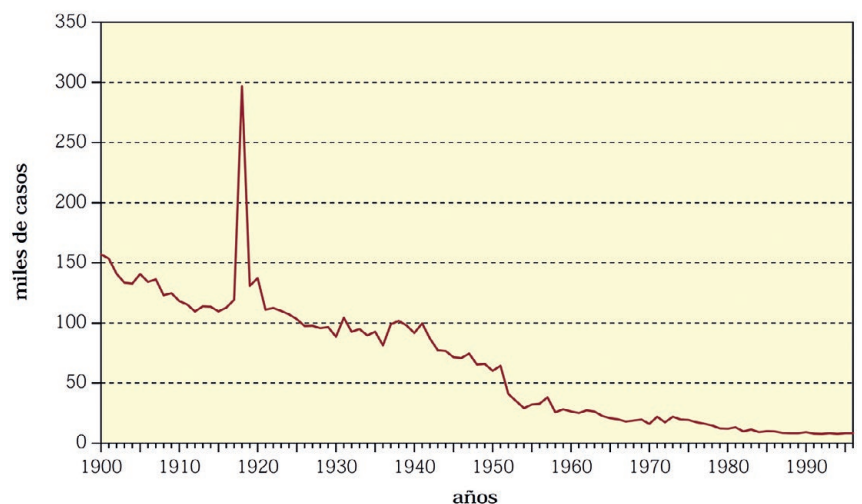
Autora: Silvia Llácer. Bióloga especializada en Biomedicina.
Fecha de elaboración: 20 de julio de 2019.

Escuchamos y leemos a menudo que la vacunación ha tenido un importante impacto en la disminución de la mortalidad debida a enfermedades infecciosas, enfermedades que se cobraban la vida de varias decenas de miles de españoles al año. Pues bien, eso no es cierto y se puede demostrar con datos oficiales. Para no abrumar a quien no desea leer en exceso, voy a hacer primero un resumen de los puntos más importantes y luego me extenderé para el que desee información más detallada. Por supuesto toda afirmación está basada en literatura científica publicada que adjunto como referencias.

RESUMEN

- La mortalidad debida a enfermedades transmisibles ha ido reduciéndose progresivamente y hacia el 1960 la reducción total fue de aproximadamente el 84% [1].
- Ese 16% de mortalidad restante vemos que se debía mayoritariamente a neumonía, gripe y tuberculosis. Dicha mortalidad también fue reduciéndose progresivamente. Ninguna vacuna se usó que justificara el descenso de esa mortalidad residual, salvo la BCG (para la tuberculosis), que empezó a tener buenas coberturas el 1965, cuando ya la mortalidad descendió considerablemente, en cualquier caso la efectividad de la vacuna aún hoy está en discusión [1] [10] [11] [12].
- La vacunación en España antes de los años 60 era escasa, se vacunaba de difteria y tuberculosis (con bajas coberturas) y de viruela, entre

Gráfico 32
MORTALIDAD TOTAL POR 12 ENFERMEDADES INFECCIOSAS (1900-1996)



1959 y 1963 se vacunó de poliomelitis (vacuna de Salk) pero las coberturas fueron muy deficitarias por falta de vacunas. Hasta 1964 no se empezó con la vacuna generalizada y masificada, primero de poliomelitis (vacuna Sabin), al año siguiente se empezó con la triple bacteriana (DTP Difteria, Téta-

nos, Pertussis), esta alcanzó coberturas vacunales relativamente altas (70%). La vacuna del sarampión no llegó hasta 1978 (hubo una el 1968 que se retiró al cabo de dos años por serias limitaciones en su respuesta inmunogénica). [1][2] [49].

DISCUSIÓN

Si la vacunación empezó a aplicarse de forma generalizada (coberturas aproximadas de un 70%) hasta bien entrada la década de los 60 (con la única excepción de la vacuna de la viruela) y para esa época la mortalidad había bajado más de un 80% y derivándose principalmente a enfermedades para las que no había vacuna en esa época (gripe, neumonía) o cuya efectividad se ha puesto seriamente en duda (tuberculosis), resulta inverosímil pensar que las vacunas han contribuido de forma significativa en evitar muertes por epidemias.

CONCLUSIÓN

Asociar el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas con la vacunación es desconocer seriamente la histórica epidemiológica de nuestro país.

DETALLE

Pasemos ahora al análisis detallado, pero primero veamos algunas declaraciones oficiales sobre las vacunas:

“La inmunización evita cada año en todos los grupos de edad numerosas muertes por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. Es una de las intervenciones de salud pública más costoeficaces y de más éxito. Si se mejora la cobertura vacunal mundial, se podrá evitar otros 1,5 millones de muertes.” [3]

“Durante el siglo XX la vacunación ha sido una de las medidas de mayor impacto en salud pública, ya que con su administración se ha conseguido disminuir la carga de enfermedad y la mortalidad por enfermedades infecciosas en la infancia. Con excepción del acceso al agua potable, no ha habido otra medida preventiva o terapéutica, ni siquiera los antibióticos, que haya tenido mayor efecto en la reducción de la mortalidad de la población de todo el mundo.” [4]

Gráfico 37
ENFERMEDADES INFECCIOSAS (7). MORTALIDAD (1900-1996)

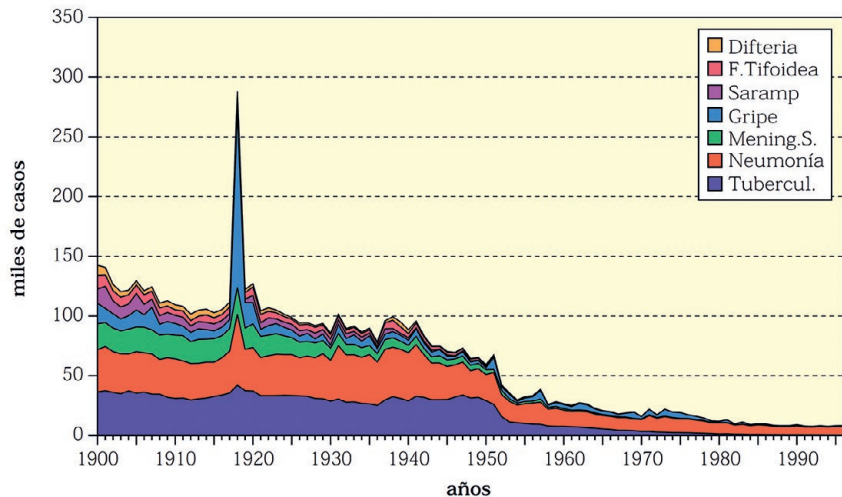
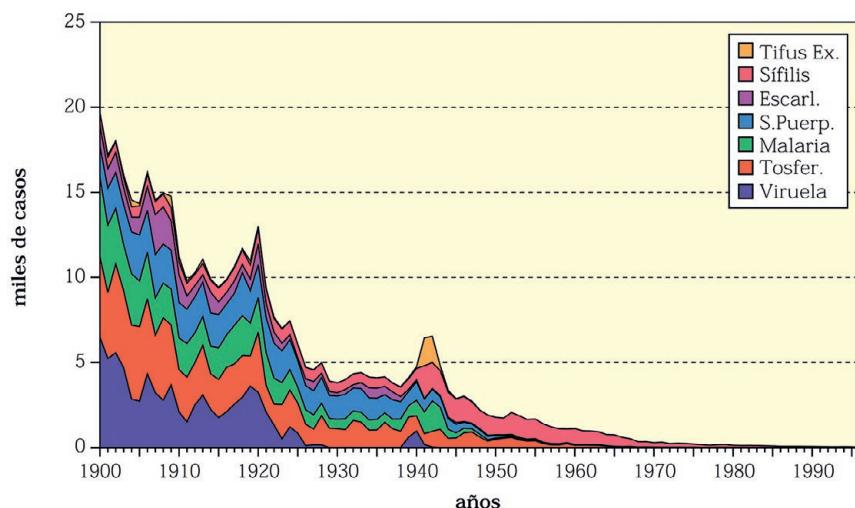


Gráfico 38
ENFERMEDADES INFECCIOSAS. OTRAS 7. MORTALIDAD (1900-1996)



“Las vacunas pueden salvar la vida de su hijo. Debido a los avances en la ciencia médica, su hijo puede estar protegido contra más enfermedades que nunca. Algunas enfermedades que una vez lesionaron o mataron a miles de niños, se han eliminado completamente y otras están cerca de la extinción, principalmente debido a vacunas seguras y eficaces.” [5]

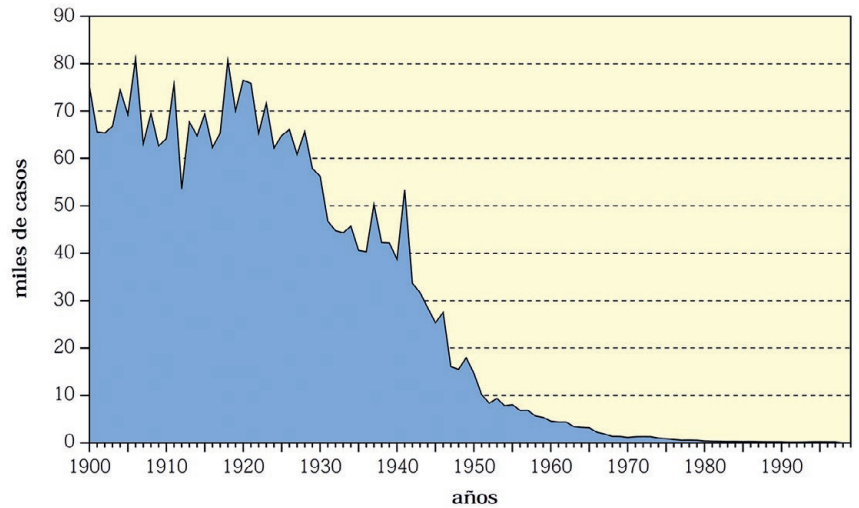
Como decíamos, el problema con este tipo de afirmaciones es que no se corresponden con la evidencia, y se puede probar muy fácilmente que para la inmensa mayoría de enfermedades prevenibles la vacunación tuvo un impacto escaso o nulo en la disminución de la mortalidad. Basándome

en lo que recoge un análisis de la sanidad durante el siglo XX en España, un trabajo de investigación aprobado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto de Salud “Carlos III” (99/0208) (Proyecto n.º SBPY 1059/99) [1] en el que se incluyen la morbimortalidad de las diferentes enfermedades que azotaron el país durante el siglo pasado y apoyándome en literatura biomédica diversa, voy a intentar resumir la situación de la mortalidad por enfermedades que se consideran prevenibles total o parcialmente con la vacunación. El orden dependerá de la mortalidad provocada a principios de siglo, de mayor mortalidad a menor.

DIARREAS Y ENTERITIS

La causa más importante de mortalidad infantil, especialmente en menores de 2 años, a principios de siglo XX, el año 1900 mató nada menos que a 75.080 personas, de los cuales más de la mitad eran niños menores de 2 años [1]. En 1997 el número de muertes era de 216, lo cual implica una reducción de más del 99%, al año siguiente no se registraron muertes. [1] No tuvimos una vacuna contra algún tipo de enfermedad infecciosa digestiva hasta principios del siglo XXI, la vacuna contra el rotavirus. [6]

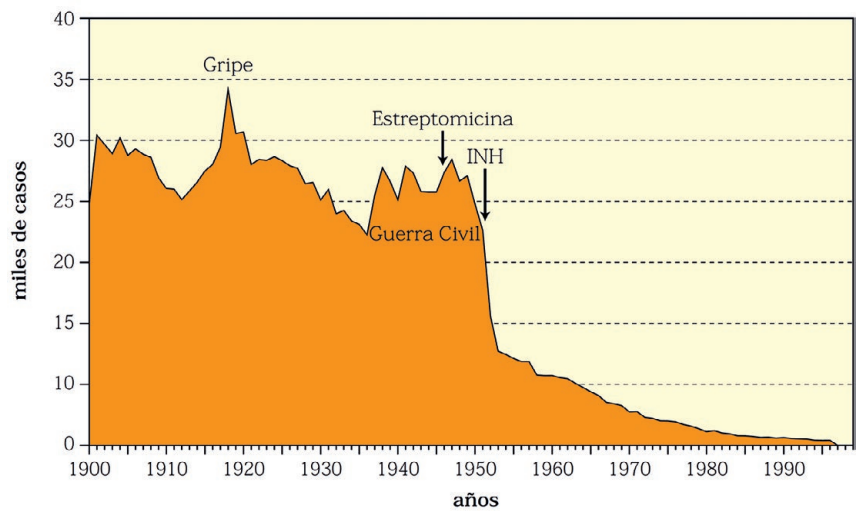
DIARREAS Y ENTERITIS. Mortalidad (1900-1999)



TUBERCULOSIS

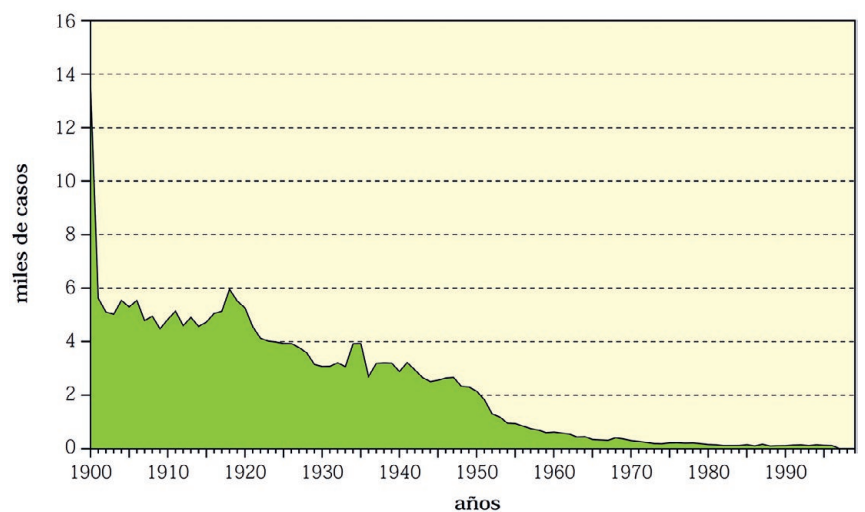
En 1900 las muertes por tuberculosis ascendían a 36.566; para 1964 teníamos una reducción de la mortalidad del 84%. [1]

TUBERCULOSIS DEL AP. RESPIRATORIO. Mortalidad (1900-1999)



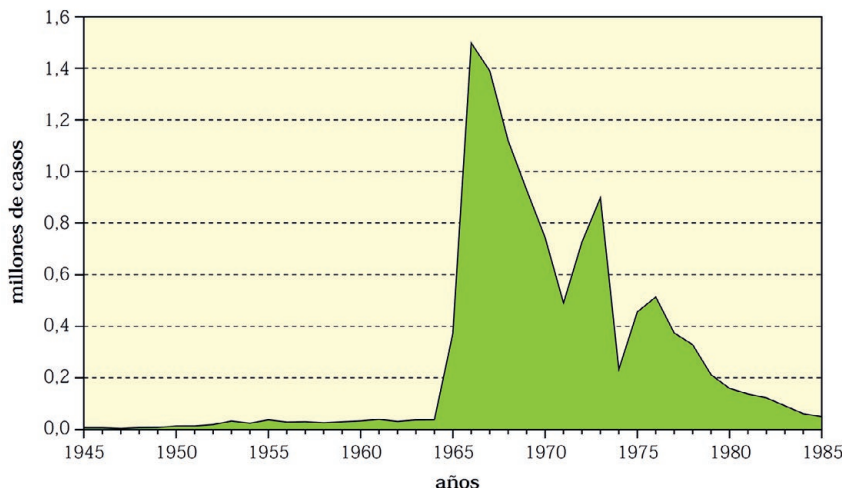
Hasta el día de hoy, los defensores de la vacunación acusan a quienes se oponen a la vacunación por expresar opiniones indocumentadas mientras que en realidad es al revés.

OTRAS TUBERCULOSIS. Mortalidad (1901-1997)



El año siguiente se empezó a aplicar la vacuna BGC de forma generalizada. Aún hoy en día, la eficacia de la vacuna se encuentra en discusión, considerándose que la protección que ofrece es insuficiente. En el documento del ISCIII al que me refiero como principal en este análisis, se asocia la disminución de la enfermedad a los antibióticos. [1] [19] [20] [21].

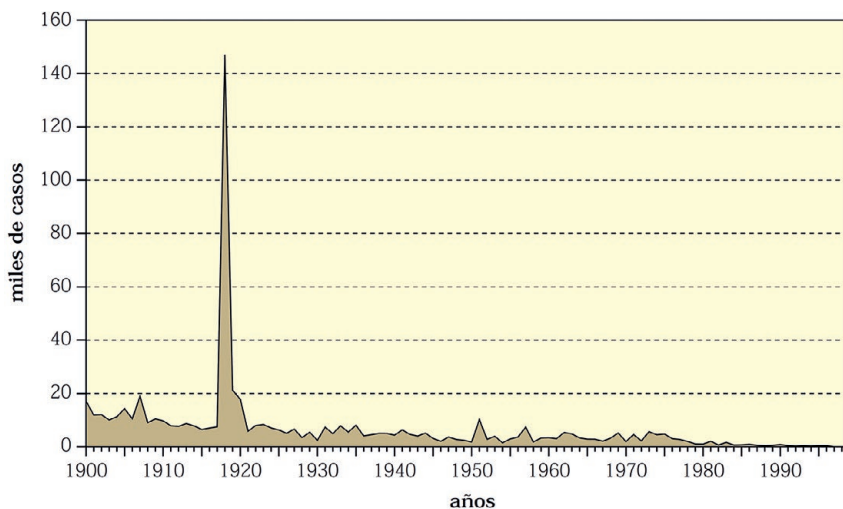
VACUNA BCG (1945-1985)



GRIPE

La mortalidad a principios de siglo era muy alta (17.154 muertos en 1900). Como en los otros casos, la mortalidad fue bajando paulatinamente, salvo por la desastrosa pandemia de 1918 que provocó sólo en ese año casi 150.000 muertos. [1] La primera vacuna fue en 1945, que se consideró de muy baja eficacia debido a la variedad de cepas de este virus que no se contemplaron [7] [8], no fue hasta 1998 que se empezó la reformulación anual de la vacuna tomando las cepas del hemisferio sur. [9] Ese año la mortalidad ya había caído más de un 97% respecto a 1900. [1]

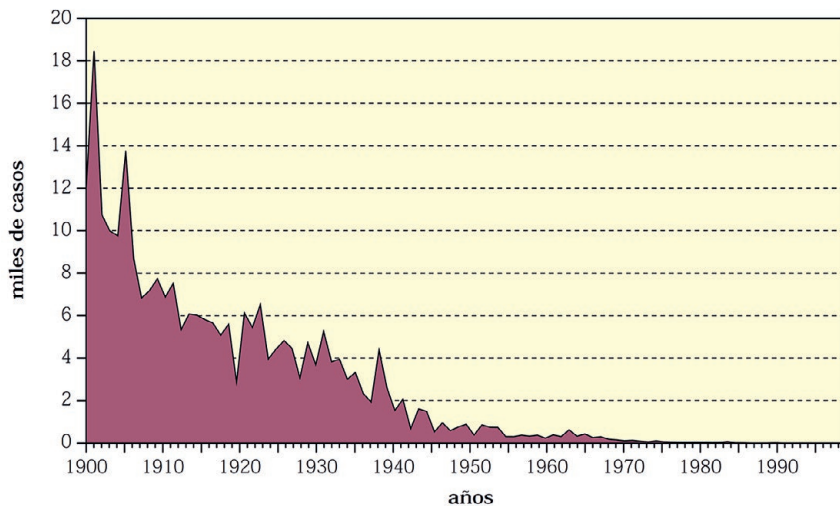
GRIPE. Mortalidad (1900-1999)



SARAMPIÓN

Se cobró la vida de 12.010 personas en 1900. La mortalidad fue descendiendo progresivamente. En 1977 hubo 49 muertes, esto significa una reducción de más del 99% de la mortalidad antes de la vacuna, que se implantó al año siguiente. Si consideramos la primera vacuna la de 1968 (que recordemos se eliminó porque se descubrió no eficaz) el descenso es también de más del 99% [1] [2].

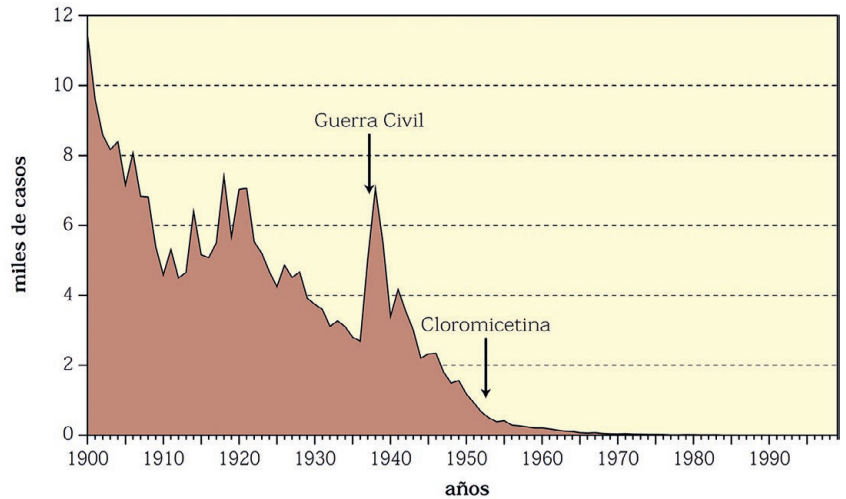
SARAMPIÓN. Mortalidad (1900-1999)



FIEBRE TIFOIDEA

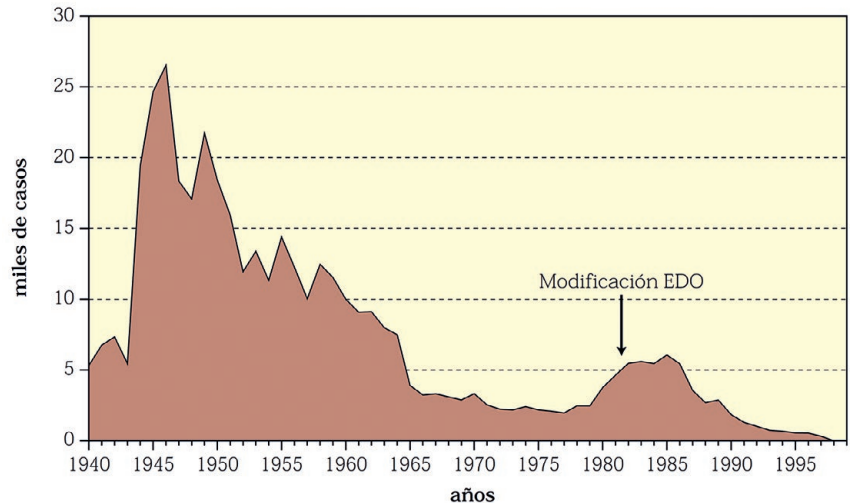
Provocó gran mortalidad a principios de siglo (11.426 muertes el 1900). Los casos de muerte fueron disminuyendo paulatinamente, con dos grandes brotes (1918 y 1939), se asocia el descenso al antibiótico cloromicetina, no a la vacuna. [1]

FIEBRE TIFOIDEA. Mortalidad (1900-1999)



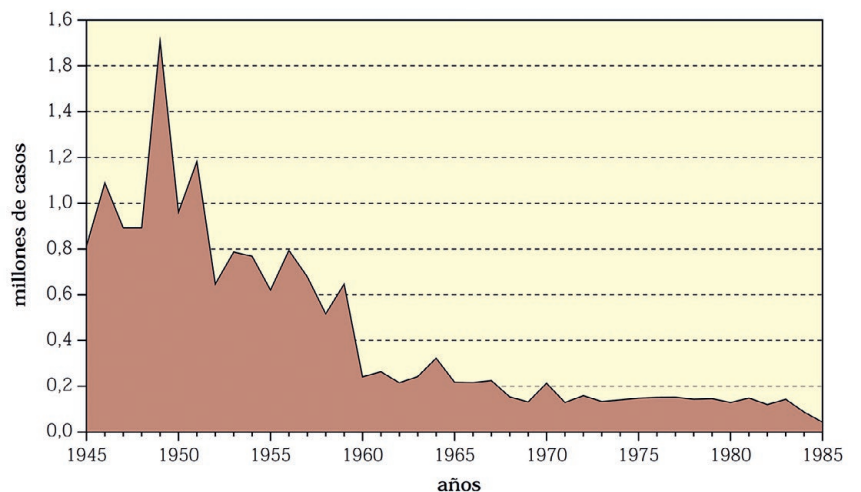
De hecho, si revisamos el gráfico de morbilidad (casos) junto con el de la vacuna, se observa una relación positiva entre el aumento de casos y la tasa de vacunación, lo contrario a lo esperable. [1]

FIEBRE TIFOIDEA. Morbilidad (1940-1999)



Asociar el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas con la vacunación es desconocer seriamente la histórica epidemiológica de nuestro país.

VACUNA CONTRA LA F. TIFOIDEA (1945-1985)



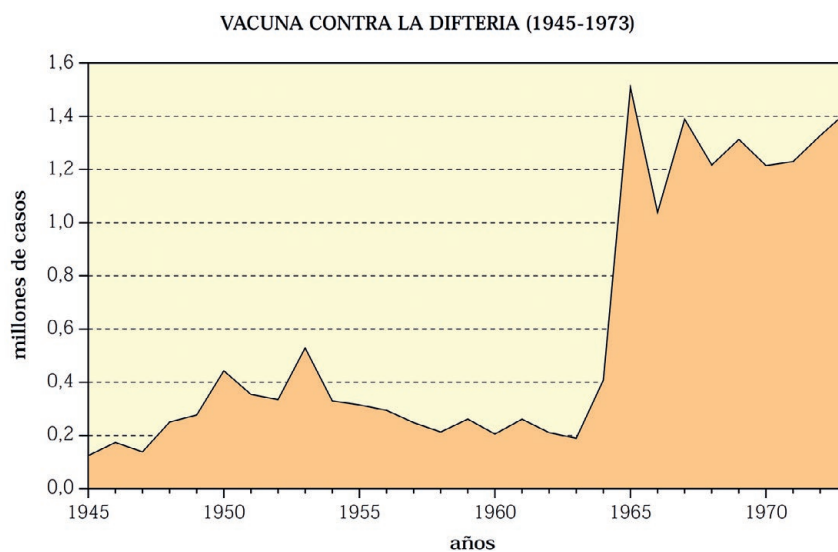
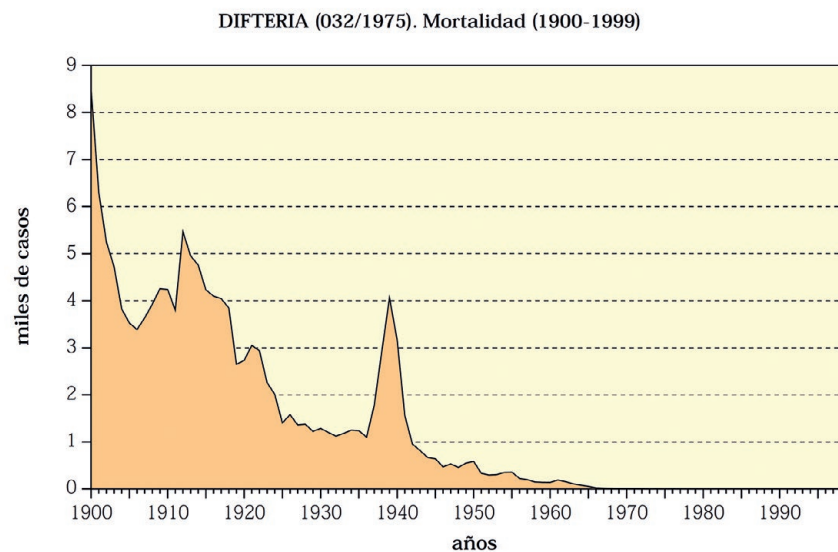
DIFTERIA

A principios de siglo llegó a provocar más de 8000 muertes, la mortalidad fue bajando cada año (salvo un repunte en 1912) y el año 1930 había disminuido a algo más de 1000. Durante la guerra civil aumentaron mucho los casos pero volvieron a bajar con la misma Intensidad tras el conflicto. [1]

En España, la vacunación frente a la difteria se introdujo en 1945 con bajas coberturas de vacunación; en 1965 se realizaron campañas de vacunación infantil con vacuna frente a difteria, tétanos y tos ferina (DTP) que alcanzaron coberturas del 70%. [1][49] Esto significa que previamente a la vacunación generalizada, la mortalidad había caído más de un 99%. [1]

Sería interesante comentar un poco más sobre la historia de esta enfermedad para poder entender que ni siquiera la bajada de morbilidad puede asociarse a la vacuna. La objeción se debe principalmente a la dificultad diagnóstica de la dolencia: hasta el 1949 no se desarrolló una técnica in vitro para detectar la toxigenicidad del bacilo (una característica imprescindible para que se dé difteria): el test de Elek [13], hasta esa fecha la única forma de confirmar un caso era con técnicas in vivo, infectando a un conejillo de indias; debido a lo costoso de la técnica, el diagnóstico era principalmente clínico (es decir, con la observación directa del enfermo, sin realizar pruebas de laboratorio). Pero hay más, el test de Elek presentaba serios problemas de especificidad, y no fue hasta finales de siglo que consiguió optimizarse. [14]

Otra técnica que se utiliza actualmente en el diagnóstico es el inmunoensayo, pero no fue hasta finales del siglo XX que se empezaron a usar técnicas con una óptima sensibilidad [15]. Otra prueba usada en el diagnóstico actual es la PCR (reacción en



cadena de la polimerasa) la cual se desarrolló en los 90 y está disponible en nuestro país desde principios del siglo XXI [16].

Sabiendo que la clínica de una difteria puede confundirse fácilmente con otras afecciones, tales como el dolor severo de garganta por estreptococos,

la angina de Vincent o la fiebre glandular, el hecho de no tener un método específico para detectar los bacilos productores de toxina dificulta de forma grave la interpretación de los datos de morbilidad del siglo XX, pues bajo el nombre de "difteria" teníamos enfermedades de diversa etiología [17].

VIRUELA

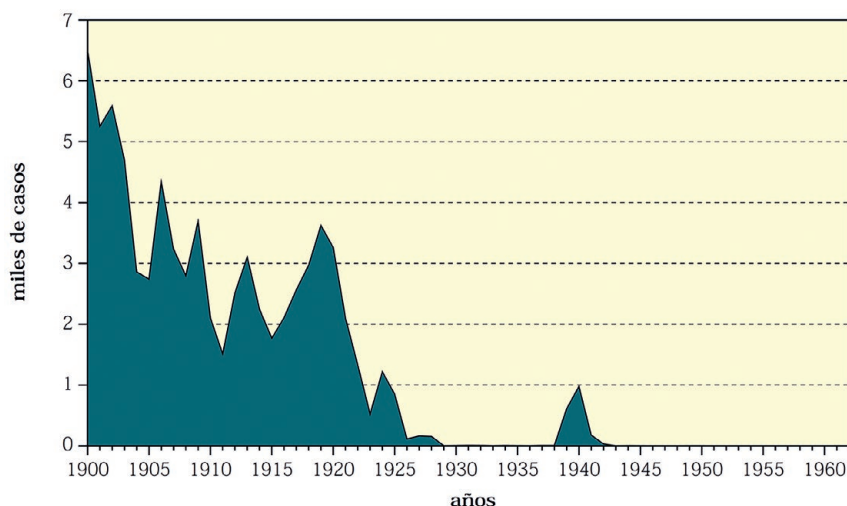
Las muertes por viruela en 1900 fueron 6497. En los años 30 ya apenas había mortalidad, pero esta resurgió durante la guerra civil.[1]

Podríamos pensar, dado que se vacuna desde antiguo, que la inmunización tuvo algo que ver en la disminución de las epidemias, pero si leemos algunos extractos de una publicación del *British Medical Journal* que relata una conversación entre dos médicos de la época (1928) nos queda bastante claro que hay una parte de la historia que aún no nos habían contado:

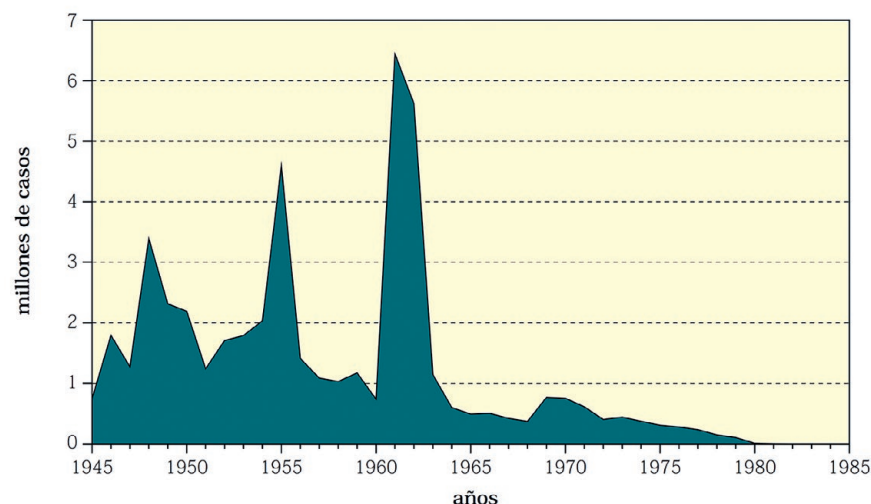
La afirmación de Jeanne Lenzer, de que “las vacunas contra la viruela y la poliomielitis detuvieron los flagelos mortales de su tiempo” es una creencia que no está respaldada por evidencia publicada. La vacunación contra la viruela nunca previno la viruela, sino todo lo contrario: causó grandes brotes de la “enfermedad temida” en sus receptores. Remito a Jeanne a la discusión relevante de los médicos en *BMJ* (14 y 21 de enero) de 1928. El Dr. Parry hizo las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo es que la viruela tiene cinco veces más probabilidades de ser fatal en el vacunado que en el no vacunado?
2. ¿Cómo es que, dado que el porcentaje de personas vacunadas ha disminuido de 85 en 1887 a 40 en 1925, el número de personas atacadas con viruela ha disminuido *pari passu* y la mortalidad de casos ha disminuido progresivamente? Los años de menor vacunación han sido los de menor viruela y menor mortalidad.
3. ¿Cómo es que en algunas de nuestras mejores ciudades vacunadas, por ejemplo Bombay y Calcuta, la viruela es común, mientras que en algunas de nuestras peores ciudades vacunadas, como Leicester, es casi desconocida?

VIRUELA. Mortalidad en España (1900-1962)



VACUNACIONES CONTRA LA VIRUELA (1945-1985)



4. ¿Cómo es posible que aproximadamente el 80 por ciento de los casos admitidos en los hospitales de viruela pequeña de la Junta Metropolitana de Asilo hayan sido vacunados mientras que sólo el 20 por ciento no haya sido vacunado?
5. ¿Cómo es que en Alemania, el mejor país vacunado del mundo, hay más muertes [por la viruela] en proporción a la población que en Inglaterra? Por ejemplo, en 1919, 28 muertes en Inglaterra, 707 en

Alemania; en 1920, 30 muertes en Inglaterra, 354 en Alemania? En Alemania, en 1919, hubo 5.012 casos de viruela con 707 muertes; en Inglaterra, en 1925, hubo 5.363 casos de viruela con 6 muertes. ¿Cuál es la explicación?

6. ¿Es posible explicar la menor incidencia y fatalidad de la viruela por los mismos motivos que la menor incidencia y fatalidad de otras fiebres infecciosas, es decir, debido a una mejor higiene y control administrativo?

Los "expertos" comentaron: "Creemos que el Dr. Parry, en su deseo de iluminación, habría sido más prudente no introducir suposiciones de hechos en el marco de sus preguntas". El comentario editorial también acusó al Dr. Parry de introducir suposiciones de hecho en sus preguntas, si bien fue él quien se refirió a los hechos bien documentados.

Hasta el día de hoy, los defensores de la vacunación acusan a quienes se oponen a la vacunación por expresar opiniones indocumentadas mientras que en realidad es al revés.

Las reacciones nocivas y la ineficacia de la vacunación contra la viruela

motivaron la campaña de "erradicación" de los años setenta. La viruela fue declarada erradicada el 8 de mayo de 1980, se detuvo la vacunación y desaparecieron las epidemias, se detectaron pequeños brotes de viruela blanca, viruela del búfalo, viruela del mono, viruela del camello y nombres similares, mientras que la enfermedad era indistinguible de la viruela. Según Arita y Gromyko (1982. Bull WHO; 60 (4): 367-375), el principal beneficio de la erradicación oficial de la viruela fue que la vacunación podría suspenderse en todos los países. Simplemente, la vacunación contra la viruela se

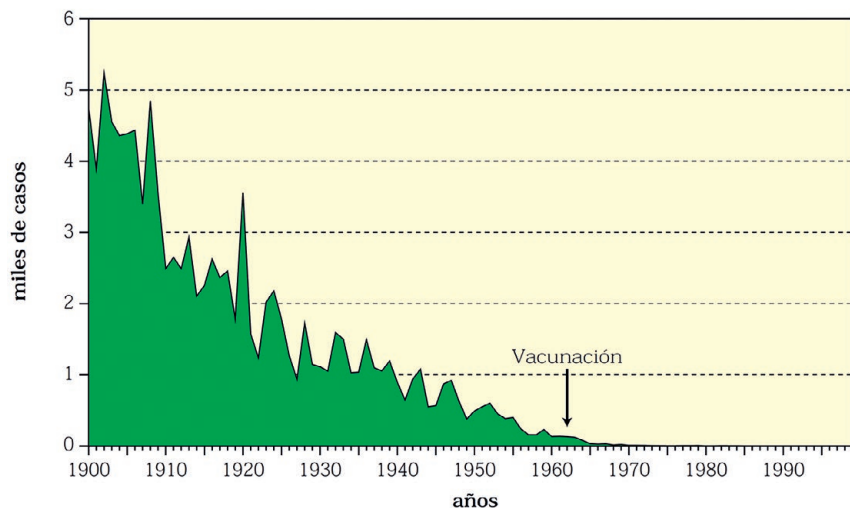
había convertido en una vergüenza.

A principios de 2003, se introdujo la vacunación contra la viruela para segmentos seleccionados de la población de EE.UU. Muchos receptores desarrollaron eventos cardíacos graves (MMWR; 28 de marzo de 2002), miopericarditis (JAMA; 289 (24): 3283-3289) muerte cardíaca (MMWR; 16 de octubre de 2003), foliculitis focal y generalizada (JAMA; 289 (24): 3290 -3294) y otros problemas graves. La explicación ofrecida fue un estado inmunológico deficiente en la población general, agravada por la medicación inmunosupresora. La vacunación tuvo que ser abandonada." [19]

TOS FERINA

También llamada coqueluche o pertussis. Las muertes atribuidas a esta enfermedad ascienden a 4750 en 1900. La mortalidad no paró de descender, con algunos picos poco pronunciados, y previamente a la aplicación de vacuna masiva, en 1965, la mortalidad había caído aproximadamente el 99%. [1]

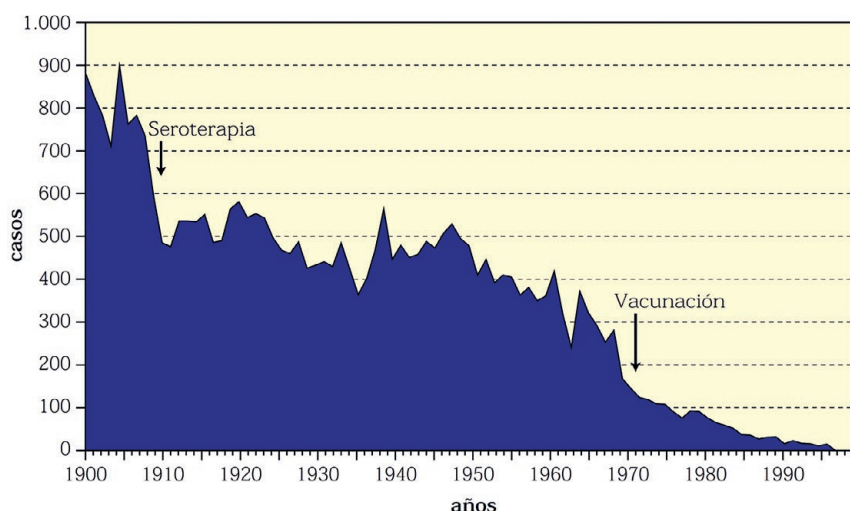
TOS FERINA. Mortalidad (1900-1999)



TÉTANOS

En 1901 provocó 882 muertes. Como en la mayoría de enfermedades, la mortalidad fue descendiendo paulatinamente. Este es uno de los pocos casos que la mortalidad no descendió casi completamente antes de la vacuna generalizada, el descenso llegó al 67% antes de la implementación de la vacuna DTP (triple bacteriana) [1]. De todos modos la contribución de la vacuna a esa mortalidad restante es cuestionable, teniendo en cuenta la cantidad de casos que podemos encontrar en la literatura en la que la presencia de la enfermedades en

TÉTANOS. Mortalidad (1900-1999)



personas con una cantidad de anticuerpos considerados protectores [20][21][22][23][24][25][26][27]. Tengamos en cuenta que el *Clostridium tetani* es una bacteria anaeróbica obligada (muere en contacto

con el oxígeno) [28] razón por la cual no puede florecer en una herida sangrante o superficial, la herida deberá ser profunda y estar localizada en tejidos poco vascularizados o necrosados. El conocimiento respecto

a los efectos de la inmunización son limitados e indirectos, teniendo en cuenta que nunca se realizó un ensayo de vacunas con el toxoide tetánico [29].

INFECCIÓN MENINGOCÓCICA

La infección por *Neisseria meningitidis* (meningococo) provocó pocas muertes a principios de siglo (196 en 1900), aumentando de forma preocupante hacia finales de la década de los 70 (549 muertes en 1978). A finales de siglo las muertes por meningococo vuelven a reducirse de forma considerable. [1]

La primera vacuna para el meningococo (serotipo C, el segundo más prevalente) se implantó finales de siglo XX, la conjugada en el 2002 [2] y el descenso de los casos de los últimos años tiene un patrón casi idéntico al del serotipo B, para el que no tenemos vacuna generalizada y la que hay está en las farmacias desde 2015 (Bexsero). [30][31]

INFECCIÓN MENINGOCÓCICA. Mortalidad (1901-1999)

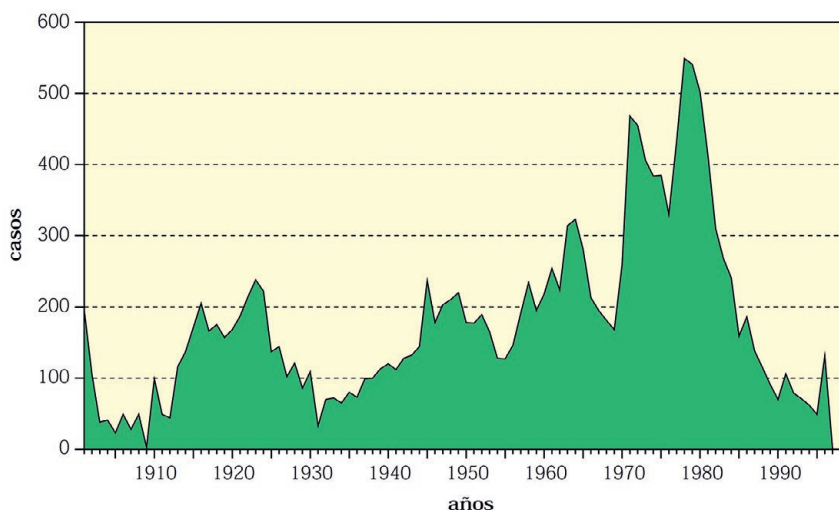
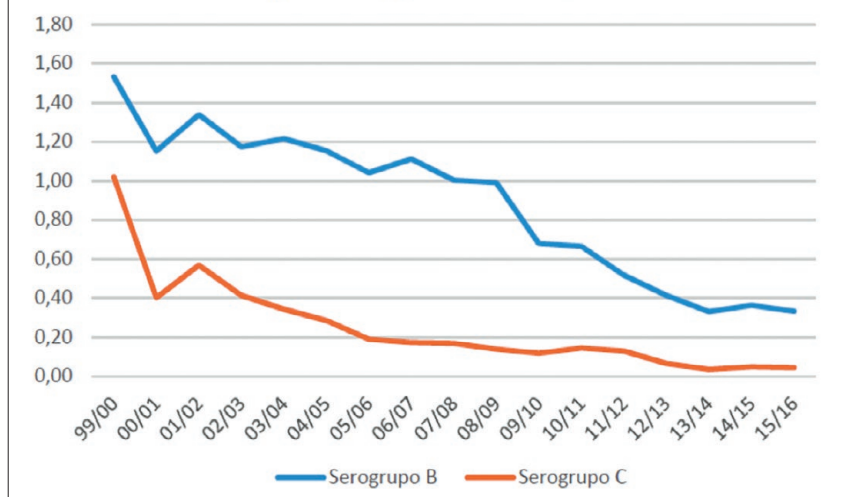


Figura 1. Enfermedad meningocócica. Tasas de incidencia por serogrupos B y C Temporadas 1999-2000 a 2015-2016



POLIOMELITIS

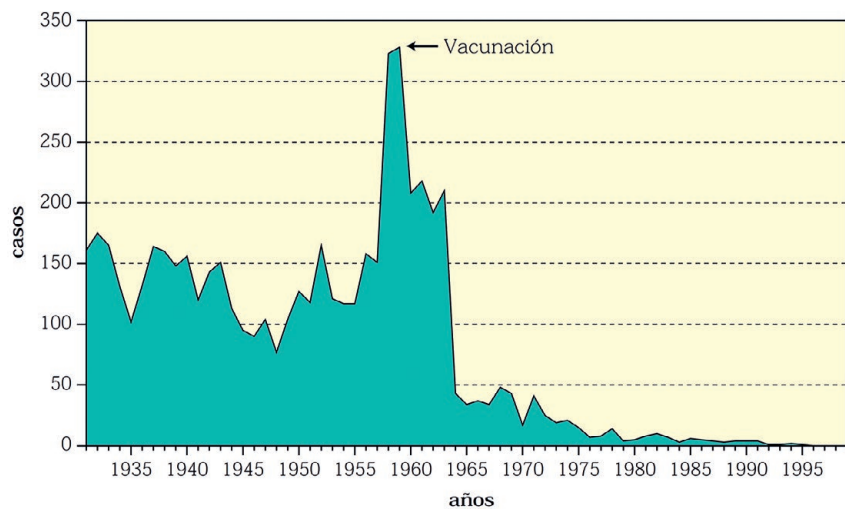
De esta enfermedad no tenemos datos hasta 1931 (161 muertes ese año). Es la única enfermedad infecciosa que al echar un vistazo a los gráficos podemos decir que sí se ve una vinculación clara y destacada entre la vacuna y el descenso de mortalidad. [1]

La cuestión más importante acerca de esta vinculación es fundamentalmente semántica, es decir, la enfermedad se redefinió, restringiéndose los criterios diagnósticos tras la introducción de la vacuna de Salk. [32]

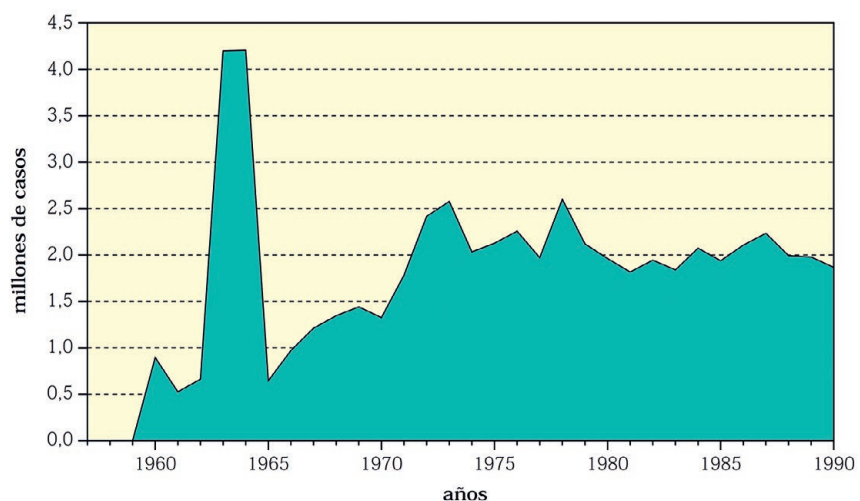
Es importante remarcar que lo que preocupa no es el virus, que en alrededor del 95% de infectados es completamente asintomático (en el 1% provoca una meningitis que generalmente remite sin secuelas en pocos días y sólo en muy pocos casos, menos del 1%, se asocia al clásico síndrome paralizante [33]), lo que nos alarma realmente es la parálisis infantil, la mielitis flácida aguda o parálisis flácida aguda (PFA). Se sabe que existen diversas causas que pueden producir una PFA, entre ellas varios enterovirus. [34] De hecho, las parálisis infantiles aún persisten en la actualidad, tanto en Europa como en EEUU [38] [39], el año 2016 se notificaron 51 casos en nuestro país [35].

La primera vacuna que se usó en España de forma masiva fue la oral, de la cual se acepta oficialmente que puede provocar parálisis [40][41][42] [43]. Por otro lado, se observaron casos de polio paralítica tras algunas inmunizaciones y otros eventos, lo que se conoce por “polio inducida por traumatismo” (por ejemplo, una inyección o una amigdalectomía) [44][45][46]. ¿Se contabilizaron esos casos como poliomiélitis? Probablemente no.

POLIOMIELITIS. Mortalidad (1931-1999)



VACUNACIÓN CONTRA LA POLIOMIELITIS (1957-1990)



Lo que resulta más desconcertante es conocer cómo se realizan las pruebas de laboratorio para determinar la circulación de poliovirus. Primero de todo, la OMS sólo considera poliovirus a los salvajes, no los asociados a la vacuna oral pues son atenuados; estos poliovirus asociados a la vacuna

se propagan muy fácilmente, no sólo a los vacunados [36]. Si en el test hay un positivo para un poliovirus y para el virus vacunal del mismo serotipo, la prueba dirige hacia un ensayo de poliovirus derivados de vacuna (VDPV) (ver Tabla 1). [37]

En el ensayo VDPV, que se supone pretende discernir si el virus es atenuado (Sabin) o salvaje, la prueba puede dar negativa para un virus Sabin, por lo tanto tendríamos un resultado NSL (Non-Sabin Like) y asumiríamos que el poliovirus es salvaje, o positiva, resultado SL (Sabin Like), y en este caso descartaríamos la presencia de virus salvaje. ¿Significa esto que en presencia de virus atenuados (vacunales) no podremos nunca encontrar virus salvajes? ¿Es así como se certifica a una zona como "libre de polio"? [37]

ITD Assay Results Interpretation

PE	PP	PV1	PV2	PV3	SAB 1	SAB 2	SAB 3	RESULT	COMMENTS
-	-	-	-	-	-	-	-	Negative	Report NEV
+	-	-	-	-	-	-	-	NPEV	Report NPEV
+	+	-	-	-	-	-	-	Possible Polio	Refer for Sequencing
+	+	+	-	-	-	-	-	PV1-NSL	Refer for Sequencing
+	+	-	+	-	-	-	-	PV2-NSL	Refer for Sequencing
+	+	-	-	+	-	-	-	PV3-NSL	Refer for Sequencing
+	+	+	-	-	+	-	-	PV1-SABIN	Run VDPV1 assay
+	+	-	+	-	-	+	-	PV2-SABIN	Run VDPV2 assay
+	+	-	-	+	-	-	+	PV3-SABIN	Run VDPV3 assay

Interpretation of VDPV Results

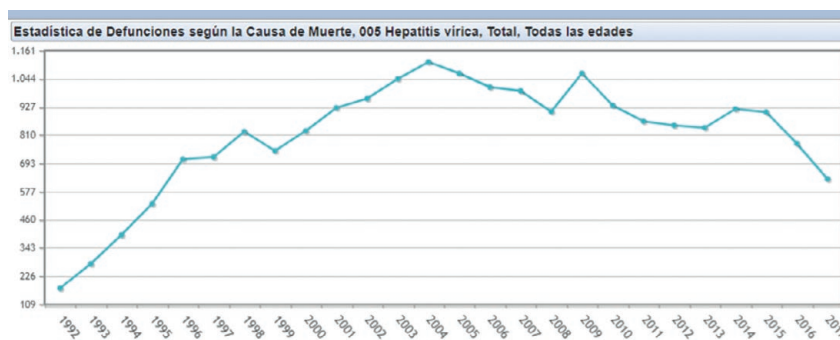
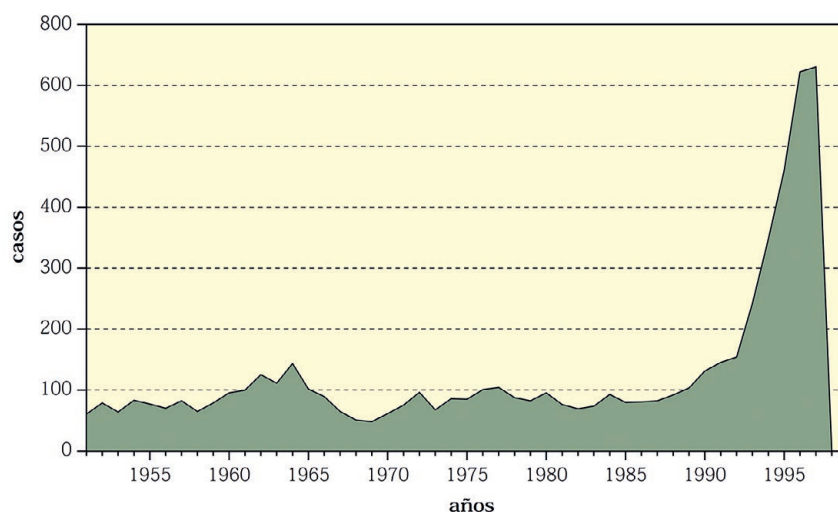
VP1	RESULT
Positive	SL (Report)
Negative	NSL (Report and Refer for Sequencing)

HEPATITIS VÍRICAS

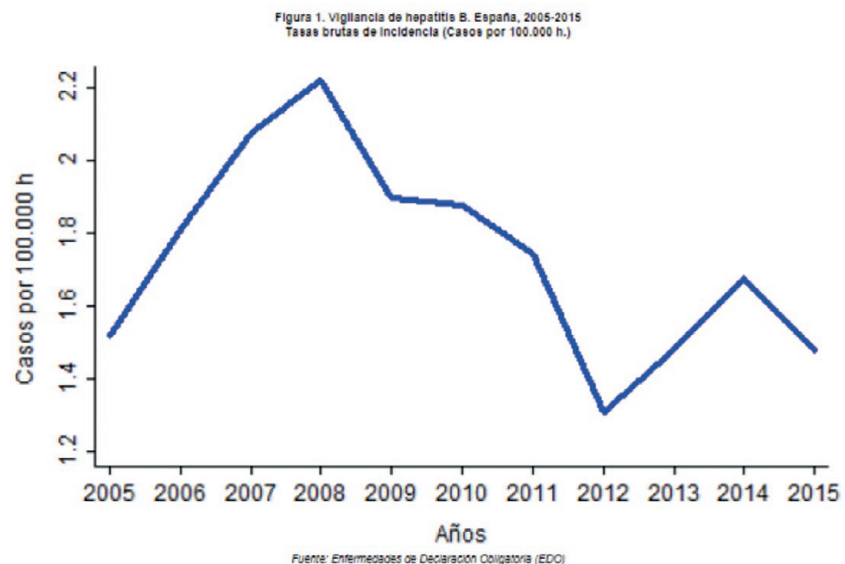
Se dispone de pocos datos sobre este tipo de enfermedades, tenemos cifras a partir de mediados de siglo y la mortalidad era baja (51 casos en 1951), aunque hacia la década de los 90 aumentó de forma considerable [1]. La vacuna de la hepatitis B empezó de forma generalizada entre el 1992 y el 1996, respecto a la vacuna de la hepatitis A, sólo se incluye en los calendarios de algunas CCAA y desde hace muy pocos años. [2]

Revisando la mortalidad por hepatitis vírica de los últimos años (datos del INE), vemos que la mortalidad se incrementó considerablemente desde 1992, con un pico en 2004. [47]

HEPATITIS VÍRICA. Mortalidad (1951-1999)



Podríamos pensar que dicho aumento se debió a serotipos distintos al B, pero viendo un gráfico de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del periodo 2005/2015 nos damos cuenta que la hepatitis B tiene un aumento considerable, similar al de las hepatitis víricas en conjunto, pero con un pico hacia el 2007. [48]



REFERENCIAS

- [1] 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>
- [2] Calendarios de vacunación en España <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-7>
- [3] 10 datos sobre inmunización <https://www.who.int/features/factfiles/immunization/es/>
- [4] Historia de las vacunas <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/vacunas/historia-de-las-vacunas>
- [5] Oficina de Enfermedades Infecciosas y Políticas de VIH / SIDA (OIDP) de EEUU: Cinco razones importantes para vacunar a su hijo https://www.vaccines.gov/getting/for_parents/five_reasons
- [6] Historia de las vacunas: Rotavirus <https://www.historyofvaccines.org/index.php/es/contenido/articulos/rotavirus>
- [7] Cronología histórica de la influenza <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/pandemic-resources/pandemic-timeline-1930-and-beyond.htm>
- [8] Vacunación frente a la gripe estacional en las personas mayores. Evaluación de la vacuna tetravalente. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-vacunacion-frente-gripe-estacional-las-S0211139X18305912> (Doc <https://www.segg.es/media/descargas/Documento-vacuna-tetravalente.pdf>)
- [9] Reformulaciones históricas anuales de la vacuna antigripal. https://en.wikipedia.org/wiki/Historical_annual_reformulations_of_the_influenza_vaccine
- [10] ¿Qué hemos aprendido sobre la vacunación con BCG en los últimos 20 años? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5601272/>
- [11] ¿Por qué todavía no tenemos una vacuna eficaz contra la tuberculosis? <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4950406/>
- [12] Disminución de la eficacia de la vacuna de Bacille Calmette-Guérin contra la tuberculosis pulmonar: una consecuencia del aumento de la supresión inmunológica por los antioxidantes microbianos <https://academic.oup.com/cid/article/51/2/177/302307>
- [13] La prueba de virulencia en placa para la difteria. Stephen D. Elek <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1023322/>
- [14] Test Elek modificado para la detección de corinebacterias toxigénicas en el diagnóstico de laboratorio <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC229610/>
- [15] Los anticuerpos y su papel como herramientas analíticas en los ensayos inmuno-enzimáticos http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602010000200001
- [16] Técnicas de investigación simplificadas: reacción en cadena de la polimerasa (PCR) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4102308/>
- [17] Aproximaciones actuales al diagnóstico de laboratorio de la difteria https://academic.oup.com/jid/article/181/Supplement_1/S138/838456
- [18] Guía de laboratorio para el diagnóstico de Infecciones causadas por *Corynebacterium diphtheriae* y *C. ulcerans* <https://pdfs.semanticscholar.org/5dbc/f0d740eedc7212ba6fd50aa11d3d68a4e37b.pdf>

- [19] La creencia y no la ciencia están detrás de las vacunas de viruela y polio
<https://www.bmj.com/content/345/bmj.e7856/rr/620395>
- [20] Tétanos grave en pacientes inmunizados con altos títulos de anti-tétanos.
<http://europepmc.org/abstract/med/1565228>
- [21] Tétanos generalizado a pesar de la vacunación y un nivel protector de anticuerpos antitéticos.
[https://www.amjmedsci.com/article/S0002-9629\(15\)31700-6/fulltext](https://www.amjmedsci.com/article/S0002-9629(15)31700-6/fulltext)
- [22] Un caso de tétanos clínico en un paciente con nivel de anticuerpos antitético protector.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17269536>
- [23] La inmunización no descarta el tétanos
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1127160/>
- [24] Tétanos en un paciente inmunizado
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116846/>
- [25] Tétanos fatal en un toxicómano con anticuerpos antitéticos protectores. (nótese que la ironía de usar las comillas es de los autores)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10699520>
- [26] Tétanos clínico a pesar de un nivel 'protector' de anticuerpos neutralizantes de toxina (nótese que las comillas son de los autores)
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=403133>
- [27] Un caso inesperado de tétanos.
[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(16\)00075-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(16)00075-X/fulltext)
- [28] Clostridium tetani (Tétanos)
<http://www.antimicrobe.org/b100.asp>
- [29] La eficacia del toxoide nunca se ha estudiado en un ensayo de vacunas.
<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/tetanus.html>
- [30] Anuncio de la llegada de Bexsero a las farmacias. 29 mayo 2015
<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/anuncio-de-la-llegada-de-bexsero-las-farmacias-reaccion-del-cav-aep>
- [31] Enfermedad meningocócica en España, temporada 2015/2016
<http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/download/1042/1274>
- [32] El estado actual de las vacunas contra la polio.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13857182/>
- [33] Poliomiélitis: Hechos históricos, epidemiología y desafíos actuales en la erradicación
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25360208/>
- [34] Enterovirus identificados en los casos de Parálisis Flácida Aguda notificados al Sistema de Vigilancia de PFA y a la Vigilancia de Enterovirus. Agencia Española de Pediatría
https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/enterovirus_en_casos_de_pfa._ccaes_19.mayo.2016.pdf
- [35] Resultados de la vigilancia de la parálisis flácida aguda y vigilancia de enterovirus, España año 2016
<http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1057/1297>
- [36] Poliomiélitis, Agencia Española de Pediatría
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/poliomielielitis.pdf>
- [37] Diagnóstico de poliovirus ITD rRT-PCR Protocolo y Experimentos
<https://www.studocu.com/row/document/national-university-of-sciences-and-technology/electromechanical-system/polio-rtpcr-training-2012-meeting-report-annex-5/6544479>
- [38] Brotes de mielitis flácida aguda en los EE. UU.
<https://www.bmj.com/content/363/bmj.k5246>
- [39] Aumento de la mielitis flácida aguda - Estados Unidos, 2018
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6745e1.htm>
- [40] Perspectiva de un país en desarrollo sobre la poliomiélitis paralítica asociada a la vacuna.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/15106301/?i=2&from=/12931339/related>
- [41] Poliomiélitis paralítica asociada a la vacuna en la Federación de Rusia en 1998-2014.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/30201507/?i=9&from=poliovirus%20isolation>
- [42] 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/m/pubmed/30359342/?i=7&from=poliovirus%20isolation>
- [43] Erradicación de la poliomiélitis: la paradoja de la Vacuna Oral de la Polio (VOP).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/12931339/?i=5&from=/1766724/related>
- [44] La provocación de la poliomiélitis: resolver un misterio con la ayuda de la historia. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61251-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61251-4/fulltext)
- [45] Riesgos de equilibrio: las inoculaciones infantiles y la respuesta de EE.UU. a la provocación de la poliomiélitis paralítica
<https://academic.oup.com/shm/article-abstract/26/4/759/1632296>
- [46] Mecanismo de la poliomiélitis provocada por lesiones.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC110068/>
- [47] Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, 005 Hepatitis vírica (1995-2017)
<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
- [48] Una visión general de la hepatitis B
<http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/977/1196>
- [49] Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS_RENAVE.pdf

Fragmento del informe sobre la vacunación Covid-19 de menores



Autores: Dr. Juan José Martínez Rodríguez, médico cirujano y Dr. Miguel García Báez, médico pediatra.
Fecha de elaboración: Noviembre 2022.

Inmunidad natural

La medicina basada en la evidencia trata de obtener la mejor información sobre los efectos beneficiosos y dañinos de las intervenciones. Para ello, se deben analizar los resultados de los estudios bien diseñados. Las opiniones de distintas organizaciones son válidas sólo en la medida en que se fundamentan en los resultados de estudios de calidad. A continuación vamos a citar distintos artículos científicos en los que se pone de manifiesto la calidad de la inmunidad natural y su superioridad respecto a la inmunidad generada por las vacunas y a la nueva inmunidad denominada —híbrida (enfermedad + vacuna). **Analizando estos trabajos también podemos decir que la vacunación después de haber pasado la enfermedad o teniendo anticuerpos para SARS-CoV-2 es totalmente innecesaria e incluso podemos decir que contraproducente.**

Así por ejemplo, el trabajo “*Comparación de la inmunidad natural del SARS-CoV-2 con la inmunidad inducida por la vacuna: reinfecciones frente a infecciones de avance*” de Sivan Gazit y colaboradores (61), demuestra que la **inmunidad natural ofrece una protección más duradera y más fuerte contra la infección, la enfermedad sintomática y la hospitalización debido a la variante Delta del SARS CoV-2, en comparación con la inmu-**

nidad inducida por la vacuna de dos dosis de Pfizer. En la misma línea se pronuncian los dos artículos siguientes. El primero, titulado “*Un año de inmunidad celular y humoral sostenidas de convalecientes por Covid-19*” de Jie Zhang y col. (62), concluye que **tanto los niveles de memoria de anticuerpos como de células T de los convalecientes se asociaron positivamente con la gravedad de la enfermedad.** El segundo artículo es “*La inmunidad natural contra COVID-19 reduce significativamente el riesgo de reinfección: hallazgos de una cohorte de participantes de la sero-encuesta*”, por Bijaya Kumar Mishra y col. (63), cuyos **hallazgos refuerzan la gran plausibilidad de que el desarrollo de anticuerpos después de una infección natural no sólo protege contra la reinfección por el virus en gran medida, sino que también protege contra la progresión a la enfermedad grave COVID-19.** Esta otra publicación titulada “*La infección por SARS-CoV-2 induce células plasmáticas de médula ósea de larga vida en humanos*”, de Jackson S. Turnercol, (64) indica que con **la infección por SARS-CoV-2 se provoca una respuesta de niveles de anticuerpos séricos mantenidos de forma más estable, respaldados por células inmunitarias de larga duración.**

En el artículo “*Respuesta inmune celular específica del virus altamente funcional en la infección asintomática por SARS-CoV-2*”, por Nina Le Bert

y col. (65), sus autores concluyen que **las personas infectadas con SARS-CoV-2 asintomáticas no se caracterizan por una inmunidad antiviral débil, por el contrario, generan una respuesta inmune celular específica del virus altamente funcional.** En su trabajo, “*El análisis longitudinal muestra una memoria inmune amplia y duradera después de la infección por SARS-CoV-2 con respuestas de anticuerpos*

Hay numerosos colectivos e instituciones que no recomiendan la administración de este medicamento en menores actualmente.

persistentes y células B y T de memoria”, Kristen W. Cohen y col. (66) encuentran que, **desde la infección temprana y durante ocho meses a partir de entonces, hay una respuesta de memoria inmunitaria predominante de base amplia con la generación de células plasmáticas de vida más larga. A esto le siguen niveles de anticuerpos séricos mantenidos de forma más estable, respaldados por células inmunitarias de larga duración.**

La publicación “*Memoria inmunológica para el SARS-CoV-2 evaluada hasta 8 meses después de la infección*” de Jennifer M. Dan y col. (67) analiza múltiples compartimentos de la

memoria inmune circulante para el SARS-CoV-2 y demuestra que **los anticuerpos a la proteína spike fueron relativamente estables durante más de 6 meses y que las células B de memoria específicas eran más abundantes a los 6 meses que al mes después de la aparición de los síntomas.**

En el artículo *“Persistencia de anticuerpos neutralizantes un año después de la infección por SARS-CoV-2”*, Anu Haveri y col. (68) evaluaron la persistencia de **anticuerpos séricos después de la infección por SARS-CoV-2 seis y doce meses después del diagnóstico.** En la misma línea de estos artículos van también otros trabajos como el titulado *“La memoria inmune en pacientes con COVID-19 leve y donantes no expuestos revela respuestas de células T persistentes después de la infección por SARS-CoV-2”*, de Asgar Ansari y col. (69), que **encuentran memoria inmunitaria detectable en pacientes con COVID-19 leve varios meses después de la recuperación y demuestran que esta memoria inmunitaria persistente en los pacientes con COVID-19 se dirige predominantemente hacia la glicoproteína spike del SARS-CoV-2, proporcionando la evidencia de que estos pacientes leves tienen una memoria inmune preexistente y persistente.** Algo similar concluye la publicación *“La memoria de las células T específicas del SARS-CoV-2 se mantiene en los pacientes convalecientes con COVID-19 durante 10 meses con un desarrollo exitoso de las células T de memoria similares a las células madre”* de Jae Hyung Jung y col. (70) que dice que **“nuestros datos sugieren que las células T específicas de SARS-CoV-2 son duraderas después de la recuperación de COVID-19”.**

En el trabajo *“Cuantificación del riesgo de reinfección por SARS-CoV-2 a lo largo del tiempo”* de Eamon O Murchu y col. (71), la reinfección fue un evento poco común (tasa absoluta del 0% al 1,1%), y ningún estudio informó un aumento en el riesgo de reinfección con el tiempo. Sólo un estudio calculó el riesgo de reinfec-

ción a nivel poblacional y concluyeron que el riesgo estimado fue bajo (0,1%) sin evidencia de disminución de la inmunidad hasta 7 meses después de la infección primaria. **Estos datos sugieren que la inmunidad contra el SARS-CoV-2 adquirida de forma natural no disminuye durante al menos 10 meses después de la infección.** Sin embargo, la publicación *“Estudio a gran escala de la disminución del título de anticuerpos después de la vacuna de ARNm BNT162b2 o la infección por SARS-CoV-2”*, por Ariel Israel y col. (72), demuestra que **las personas que recibieron la vacuna de ARNm de Pfizer-BioNTech tienen una cinética diferente de los niveles de anticuerpos en comparación con los pacientes que habían sido infectados con el virus SARS-CoV-2, con niveles iniciales más altos pero mucha más rápida disminución exponencial en el grupo vacunado.** Queremos recordar aquí la publicación comentada anteriormente *“Memoria inmunológica para el SARS-CoV-2 evaluada hasta 8 meses después de la infección”* de Jennifer M. Dan y col. (67), que concluía que los pacientes que han pasado la enfermedad tienen niveles de anticuerpos más bajos al mes que a los seis meses. Es importante recordar también el artículo titulado *“Necesidad de la vacunación contra Coronavirus 2019 (COVID-19) en personas que ya han tenido COVID-19”* de Nabin K. Shrestha y col. (15), que dice textualmente **“Se ha vuelto cada vez más obvio que la inmunidad natural de la COVID-19 anterior protege contra la reinfección, las recomendaciones de vacunas que no toman en cuenta la infección previa deben ser reexaminadas”**, dejando muy claro que **no es necesario vacunar a las personas que ya han pasado la enfermedad.** Es a la misma conclusión que llegan los autores de la siguiente publicación *“La protección de la infección anterior por SARS-CoV-2 es similar a la de la protección de la vacuna BNT162b2: una experiencia nacional de tres meses de Israel”*, por Yair Goldberg y col. (73), que afirman que **sus resultados**

questionan la necesidad de vacunar a las personas previamente infectadas. Otro estudio más que va en contra de la necesidad de vacunar a los que han pasado la enfermedad es *“Pruebas de neutralización de virus vivos en pacientes convalecientes y sujetos vacunados contra los aislados 19A, 20B, 20I / 501Y.V1 y 20H / 501Y.V2 de SARS-CoV-2”*, por Claudia González y col. (74), que observaron **una diferencia significativa en la capacidad de neutralización del virus para los trabajadores sanitarios vacunados entre las dos variantes, mientras que no fue significativa para los grupos que pasaron la enfermedad.** Otro estudio que también indica **que no es necesario vacunar a las personas que han sufrido la enfermedad** es *“Riesgo de reinfección por SARS-CoV-2 en Austria”*, de Stefan Pilz, y colaboradores, entre los que está el afamado profesor de la Universidad de Stanford, John P Ioannidis (75), que demuestran que **la protección contra el SARS-CoV-2 después de una infección natural es comparable con las estimaciones más altas disponibles sobre la eficacia de la vacuna.** Un artículo que cuestiona la vacunación en su segunda dosis a los pacientes que han tenido Covid-19, es *“Efectos diferenciales de la segunda dosis de la vacuna de ARNm del SARS-CoV-2 sobre la inmunidad de las células T en individuos recuperados de COVID-19”*, por Carmen Cámara (76), que indica que la segunda dosis de la vacuna BNT162b2 da como resultado una reducción de la inmunidad celular en los individuos recuperados de COVID-19, lo que sugiere que **una segunda dosis, de acuerdo con el régimen estándar de vacunación actual, puede no ser necesaria en individuos previamente infectados con SARS. CoV-2.**

En la línea que demuestra la no necesidad de vacunar a las personas que han pasado la enfermedad está la siguiente publicación *“Evolución de anticuerpos después de la vacunación con ARNm del SARS-CoV-2”*, por Alice Cho y col. (77) que dicen **“Concluimos que los anticuerpos de memo-**

ria que se seleccionaron a lo largo del tiempo por infección natural tienen mayor potencia y amplitud que los anticuerpos provocados por la vacunación”. Con lo cual nos está indicando que la **inmunidad natural es mejor que la provocada por las vacunas y que la inmunidad híbrida no mejora la inmunidad natural, teniendo además el inconveniente de los efectos adversos** que puede tener la inyección de la vacuna.

En la misma línea están los cuatro artículos siguientes. El titulado “*Respuesta de anticuerpos antiespícula a la infección natural por SARS-CoV-2 en la población general*”, por Jia Wei y col. (78), **estima que los niveles de anticuerpos asociados con la protección contra la reinfección probablemente duren de 1,5 a 2 años en promedio, con niveles asociados con la protección contra infecciones graves presentes durante varios años.** El segundo artículo se titula “*Tasas de infección por SARS-CoV-2 de trabajadores sanitarios con anticuerpos positivos en comparación con trabajadores sanitarios con anticuerpos negativos en Inglaterra: un gran estudio de cohorte prospectivo multicéntrico (SIREN)*”, por Victoria Jane Hall (79), que muestra **que una infección previa con el SARS-CoV-2 induce una inmunidad eficaz a futuras infecciones en la mayoría de las personas, por lo que no se debe recomendar la vacunación en estos pacientes.** El tercer estudio es el titulado “*La respuesta de anticuerpos naturales del SARS-CoV-2 persiste durante al menos 12 meses en un estudio nacional de las Islas Feroe*”, de Maria Skaalum Petersen y col. (80), que muestran **que los anticuerpos del SARS-CoV-2 persistieron al menos 12 meses después del inicio de los síntomas y tal vez incluso más, lo que indica que las personas convalecientes por COVID-19 pueden estar protegidas de la reinfección.** Si todos estos estudios son muy claros en determinar que la inmunidad natural es la mejor de todas y que inmunidad híbrida no aporta nada a las personas con in-

munidad natural, éste último es más contundente incluso; se titula “*Los trabajadores de la salud recuperados de la infección natural por SARS-CoV-2 debieran estar exentos de los edictos de vacunación obligatoria*” por Dennis G Mc Gonagle (81) y fue publicado el día 7 de febrero de 2022. El autor concluye que numerosos estudios han querido demostrar que la vacunación en individuos con infección natural previa por SARS-CoV-2 induce la llamada súper inmunidad (o inmunidad híbrida), es decir, respuestas más altas de anticuerpos y células T en comparación con la vacunación sola. Este concepto a menudo se evoca a favor de la vacunación de las personas que han pasado la Covid-19; sin embargo, **este estado súper inmune no tiene correlatos clínicos comprobados a largo plazo, y un número creciente de estudios muestran beneficios adicionales marginales, si es que los hay, de la vacunación en individuos con inmunidad natural. Es erróneo atribuir respuestas más altas de anticuerpos séricos en individuos vacunados a la superioridad sobre la infección natural,** ya que podría haber transcurrido un tiempo considerable desde la infección natural con la esperada disminución de los niveles de anticuerpos. Además, **y en el caso concreto de los menores, en el ensayo de Pfizer tan sólo se incluyeron un 9% de niños que había tenido un resultado positivo al SARS-COV-2.** Esto es totalmente insuficiente para hacer la comparación de la eficacia de esta **vacuna con la inmunidad adquirida de forma natural,** cuya evidencia apunta que en niños es robusta (63, 66 y 67) y éstos tienen baja capacidad de transmitir la enfermedad. Dado que estas vacunas van a ser administradas a niños que ya han pasado la enfermedad, cabría la posibilidad, no estudiada en el ensayo, de que se produjera el fenómeno de impronta antigénica o también conocido como **—pecado original antigénico (82 y 83) o la amplificación de la infección dependiente de anticuerpos (ADE) (15).** La impronta

antigénica se refiere a que tras una segunda exposición a una variedad distinta del mismo virus, el sistema inmune respondía con anticuerpos de una menor intensidad y especificidad. Este fenómeno, también denominado «**paradoja de Hoskins o interferencia negativa**», **determina que en**

La inmunidad natural ofrece una protección más duradera y más fuerte contra la infección.

una nueva vacunación con cepas antigénicamente distintas del mismo virus, el sistema inmune responde básicamente con los anticuerpos ya presentes (pereza inmunológica) y, en menor medida, con los nuevos inducidos por la nueva vacuna, disminuyendo la eficacia protectora frente a la enfermedad. Y la amplificación o potenciación de la infección dependiente de **anticuerpos, o ADE,** es un fenómeno no deseado y bastante raro que ocurre con algunas enfermedades infecciosas. **Se da cuando la presencia de anticuerpos frente a un agente infeccioso empeora la enfermedad cuando la persona se infecta, en lugar de mitigarla. Cuando tiene lugar el ADE, los anticuerpos, en lugar de combatir al virus, facilitan la infección y agravan la enfermedad.**

En resumen de todo lo anteriormente expuesto podemos decir que:

1. La inmunidad natural obtenida por contacto con el virus sin padecer la enfermedad o tras pasar ésta, es mejor y más duradera contra la infección, la enfermedad sintomática y la hospitalización, que la obtenida por la vacunación.
2. Las personas infectadas con SARS-CoV-2 asintomáticas generan una respuesta inmune celular específica del virus altamente funcional.

3. El desarrollo de anticuerpos después de una infección natural no sólo protege contra la reinfección por el virus en gran medida, sino que también protege contra la progresión a la enfermedad grave COVID-19.
4. Las personas que recibieron la vacuna de ARNm de Pfizer-BioNTech tienen unos niveles de anticuerpos frente al SARS-CoV-2 inicialmente más altos pero que descienden de forma mucho más rápida, con una disminución exponencial. Sin embargo, la inmunidad natural, produce inicialmente niveles más bajos de anticuerpos, pero enseguida van aumentando y son más persistentes, duraderos y eficaces que los producidos por la vacuna.
5. El supuesto estado súper inmune que algunos autores dicen que tiene la inmunidad híbrida no tiene ninguna correlación clínica comprobada a largo plazo.
6. Está comprobado que los pacientes que han pasado la enfermedad tienen mejor respuesta a las diferentes mutaciones del virus, lo que no ocurre con las personas vacunadas, por lo que su vacunación o inmunidad híbrida no les beneficia en nada frente a nuevas variantes del virus SARS-CoV-2, como la Omicron.
7. La inmunidad híbrida, la consecuencia de vacunar a las personas que han pasado la enfermedad, no mejora la inmunidad natural y tiene además el inconveniente de los efectos adversos que puede tener la inyección de la vacuna.
8. No es necesario vacunar a los pacientes que han superado la enfermedad, ya que la inmunidad natural les confiere protección contra la reinfección, incluso grave, durante años.

Ninguna vacuna ha demostrado esa eficacia y mucho menos la seguridad de no tener efectos adversos.

9. La inoculación de esta vacuna a los niños que tienen inmunidad natural podría originar la situación de que respondieran peor en caso de contraer la enfermedad.

Transmisión de la enfermedad tras la vacunación

En el punto 1, *Situación de los menores frente al SARS-CoV-2 y la Covid-19* de este apartado, ya ha quedado claro que tras muchos estudios publicados se sabe que los menores no son los supercontagiados que se pensó que eran en un primer momento de esta pandemia (2, 3, 4, 5 y 6).

Esto puede deberse, según algunos estudios, a que los niños tienen menos receptores ACE 2 (84). Además, como hemos visto también en el citado punto 1, hay trabajos que demuestran que en el ámbito escolar los contagios no han sido de los niños a los adultos (profesores, cuidadores, limpiadores, etc.), sino al revés, de los adultos a los niños (7). **También sabemos ya que las vacunas no impiden la transmisión de la enfermedad.** El Ministerio de Sanidad español publicó un documento, aprobado el 7 de Diciembre por la Comisión de Salud Pública, con las conclusiones del Grupo de Trabajo COVID-19 en población infantil (8), en la que afirma que extiende la vacunación “*para disminuir la carga de enfermedad de este colectivo y la transmisión en el entorno familiar, en los centros educativos y en la comunidad.*”

En el artículo de Shaun Griffin “*Covid-19: las personas completamente vacunadas pueden portar tanto virus delta como las personas no vacunadas*” (85), se dice textualmente “*las perso-*

nas completamente vacunadas pueden portar tanto virus como las personas no vacunadas, según indican los datos”. Y, pese a generar títulos de anticuerpos, **se siguen produciendo casos diagnosticados de COVID-19 entre la población vacunada, como estamos viendo todos los días y reconoce el Gobierno Británico en su Boletín de “Datos de vacunación y anticuerpos por país del Reino Unido y regiones en Inglaterra de la Encuesta de infección por coronavirus (COVID-19)”. Este análisis se realizó en colaboración con la Universidad de Oxford, la Universidad de Manchester, Public Health England y Wellcome Trust (86). Por este motivo las personas vacunadas tienen que seguir llevando a cabo las medidas preventivas como los que no lo están (87, 88 y 89). Otros autores **confirman que las personas vacunadas contagian esta enfermedad**, como se demuestra en los estudios de Kasen K. Riemersma y col. denominado “*Transmisión de SARS-CoV-2 infeccioso a pesar de la vacunación*” (90), o el titulado “*SARS-CoV-2 B.1.617.2 Replicación de la variante delta y evasión inmune*” por Ravindra K. Gupta, reconocida profesora de la Universidad de Oxford (91), o también en el estudio de Po Ying Chia, “*Cinética virológica y serológica de las infecciones por avance de la vacuna variante Delta del SARS-CoV-2: un estudio de cohortes multicéntrico*” (92). **Recientemente, el 10 de octubre de 2022, un alto cargo de Pfizer ha reconocido en el Parlamento europeo que su medicamento nunca se diseñó ni estudió para evitar la transmisión de la enfermedad** (93).**

La vacuna NO impide esta transmisión. En los estudios no se expresan datos que la vacuna frene esta transmisión y esto ha sido corroborado por una alto cargo de Pfizer en el Parlamento europeo. Los diferentes autores y sus estudios confirman que las personas vacunadas contagian.

Primum non nocere

En medicina siempre ha primado la máxima hipocrática “**primum non nocere**”, primero **no hacer daño**, máxima que los médicos siempre debemos tener muy presente. Ante esta máxima debemos aplicar el **principio de precaución** en todos nuestros actos. Quizás por esto hay **numerosos colectivos e instituciones que no recomiendan la administración de este medicamento en menores actualmente. El comité de expertos que marca la estrategia nacional de vacunación en España, denominado Ponencia de Vacunas (56) considera que no es recomendable vacunarlos “porque los beneficios no están claros y el riesgo es mínimo, prácticamente cero”.**

La **Red Española de Atención Primaria** tampoco apoya la vacunación COVID-19 de forma indiscriminada en la infancia y adolescencia ya que, como sugieren, cabe la duda

de que se produzcan daños en exceso.

La misma OMS reconoce que **hace falta más evidencia científica antes de recomendar la vacunación generalizada de los niños contra la Covid-19 (57).**

Robert Malone, uno de los creadores de las vacunas de ADN y ARNm, **avisa de que las vacunas producen proteínas pico (espiga) tóxicas que a menudo causan daños permanentes en los órganos críticos de los niños** (cerebro y sistema nervioso, sistema circulatorio, reproductivo e inmunológico), daños que son irreversibles. En relación a esto, el retraso en la administración de Comirnaty —vacuna de Pfizer-BionTech— en Japón se debe, precisamente, requerir a la farmacéutica mayores garantías de seguridad. En un documento de Pfizer solicitado por la agencia del medicamento japonesa se muestra cómo dicha proteína espiga se distribuye por todos estos órganos a los que hace referencia el Dr. Ma-

lone. Y en **Suecia se ha paralizado la vacunación anti Covid** con Spikevax de Moderna (similar a la de Pfizer) en jóvenes, **debido al aumento observado de miocarditis (47).**

Como **conclusión** a este punto queremos indicar que el **principio hipocrático de prudencia**

“Primum non nocere” debe prevalecer en este momento en cuanto a la vacunación del COVID-19 en los menores debido a que sabemos que actualmente los riesgos son mayores que los beneficios, y **estamos viendo que las vacunas están produciendo graves efectos y muertes en menores y en cantidades no despreciables**, lo que nunca originaría la propia enfermedad COVID19 en ellos. Y lo más importante es que **NO sabemos nada de lo que va a ocurrir a medio o largo plazo, y están en juego la vida y la salud de estos niños.**

Afiliate o dona a la Liga para la Libertad de Vacunación

Nuestra asociación se financia exclusivamente con la cuota de sus socios y con los donativos que de forma voluntaria hagan las personas y asociaciones sin ánimo de lucro que lo estimen oportuno.

No admitimos donativos de instituciones públicas ni de empresas privadas.

Ser afiliado o con la donación contribuyes a la labor que la Liga realiza:

1. Asesoramiento médico.
2. Asesoramiento jurídico.
3. Actividades de formación: coloquios, conferencias, charlas y talleres.
4. Envío gratuito de las publicaciones que La Liga edite.
5. Acceso gratuito a las publicaciones de La Liga.

Para afiliación puedes hacerlo directamente en nuestra web:

<https://vacunacionlibre.org/afiliate-y-donativos>

Para donaciones puedes ponerte en contacto con la Liga por e-mail:

administracion@vacunacionlibre.org



¿Qué hemos aprendido de la Crisis del Covid (2019–2022)?



Autor: Dr. Angel Ruiz-Valdepeñas Herreros (Médicos por la Verdad). Ponencia de la IIIª Jornada de Ecología y Vida: Microbiología, Inmunidad y Vacunas en Madrid organizada por la LLV el 21 de mayo de 2022.

NO NOS PODEMOS FIAR

No nos podemos fiar de los gobiernos, de izquierdas o derechas. Unos y otros han apoyado todas las medidas coercitivas que se implantaron con la excusa del covid, unos y otros en distintas comunidades autónomas impusieron medidas ilegales, intentaron aprobar leyes inconstitucionales.

No nos podemos fiar de las recomendaciones de la OMS, que cambió las definiciones de pandemia, de inmunidad de grupo, propuso-impuso medidas ineficaces e incluso claramente perniciosas, desaconsejando o prohibiendo tratamientos que sí eran eficaces como la Ivermectina o la Hidroxicloroquina.

No nos podemos fiar de las recomendaciones de los Colegios de Médicos y organizaciones médicas profesionales, que en general se callaron ante tanto disparate, incluso apoyaron todas las medidas insalubres que se impusieron, por supuesto no favorecieron un sano debate científico. Todo lo contrario siguen intentando censurar e incluso castigar a todos los que nos atrevimos a manifestar públicamente nuestro desacuerdo ante tanto dislate.

No nos podemos fiar de las recomendaciones de las revistas médicas,

sirvan de ejemplo el estudio fraudulento que afirmó que la hidroxicloroquina era perjudicial para tratar la covid; o la publicación del estudio de Corman y Drosten que presentó la prueba PCR con al menos 10 fallos científicos graves, prueba sobre la que se montó la pandemia, provocando esa enorme cantidad de falsos positivos y la falacia de los enfermos asintomáticos.

Todo ello porque estas instituciones están completamente infiltradas o digamos sobornadas por los intereses de la big pharma, de las grandes industrias farmacéuticas.

A nivel nacional, la soberanía individual está en peligro con las denominadas leyes de Auschwitz, queriendo recortar derechos individuales, laborales, autonomía del paciente, violando todos los códigos internacionales que protegen la salud, con la excusa de una emergencia sanitaria.

También a nivel nacional, estamos en peligro con la propuesta de modificación de la Ley de Seguridad Ciudadana, que en caso de una supuesta crisis sanitaria, ecológica, económica, bélica o del tipo que sea, podremos ser sometidos como individuos, y como nación a medidas que no hemos aceptado, que no hemos votado; y dados los antecedentes de todo lo que se impuso en España, aunque luego se

haya declarado tarde y mal como inconstitucional, y que nadie ha pagado todavía por las consecuencias, no nos podemos fiar.

A nivel internacional está en peligro la soberanía nacional con la “ley de pandemias” de la OMS, que si se lleva adelante estará no ya fuera de la decisión individual el seguir o no un tipo de tratamiento, vacunarse... estará fuera del control de los países que lo ratifiquen el decretar confinamientos, restricciones perimetrales, prohibición de viajar, obligación de vacunarse, recluirse en “centros de aislamiento”...

¿Qué más nos está dejando esta situación?

Por desgracia esto no ha terminado. No sabemos con cuál de las posibilidades van a seguir manipulando a la población, cuál va a ser la siguiente pandemia que nos tienen preparada: la viruela del mono, del leopardo, nuevas variantes asesinas que casualmente producen trombos, infartos, miocarditis... Curioso, justo lo que ya sabemos que están provocando las inoculaciones contra la covid, mal llamadas vacunas.

Antes era más complicado el explicar a unos padres que se pensarán muy mucho antes de poner una vacu-

na a sus hijos. Ahora son los mismos padres los que te plantean que ya no se sientes seguros de ponerles vacunas a sus hijos.

Y claro, es que son las mismas compañías farmacéuticas que han estafado al mundo estos 2 últimos años con las vacunas covid, movidos cuando menos por intereses económicos (cuando no infiltrados por ideologías transhumanistas y/o eugenistas), son las mismas que fabrican las demás vacunas y otros fármacos, compañías que también ya todos sabemos que han delinquido de forma reincidente por múltiples motivos, manipulación de datos de estudios, experimentando sin suficiente información, sobornos a médicos y otras instituciones..., muchos de estos delitos con resultados de graves lesiones y muertes de miles de personas, delitos por los que hasta la fecha han tenido que pagar decenas de millones de dólares en multas, una minucia al lado de lo que han ganado con esos fármacos.

Ahora que las posibles muertes provocadas por las mal llamadas vacunas contra la covid, pasan de 70.000, solo en Europa, UK y Estados Unidos, y sabiendo que sólo se reportan entre el 1 y el 10% de las reacciones adversas, y que los damnificados son más de 5-6 millones, ¿con qué fuerza moral, legal o científica, se puede seguir apoyando toda la locura montada alrededor de esta supuesta pandemia?

En resumen, cuando digo que no nos podemos fiar de gobiernos, partidos políticos, instituciones nacionales e internacionales, colegios de médicos, no quiero decir que todas las personas que ahí trabajan estén actuando con malicia, que algunas sí. Me refiero a que no podemos ni debemos delegar nuestra salud, nuestra vida, nuestra responsabilidad ahí afuera, nuestra soberanía, en personas e instituciones que tienen sus propios intereses. Aunque alguna persona o institución tenga ideas acertadas, no debemos ceder

nuestra soberanía, como si fuéramos niños indefensos que confían en su papá estado, que nos defienda, que vele por nuestra salud... pues la experiencia demuestra que no es así.

UN NUEVO MUNDO NOS ESPERA

Todo esto nos lleva a una disyuntiva:

- Si no hacemos nada, seremos sometidos a una dictadura mundial sin precedentes, que después de lo aquí esbozado no necesita mucha más explicación. Si nos dejamos adormecer por el humo de las guerras, de los cambios climáticos, de la ola de calor sin precedentes, de la amenaza de un supuesto asteroide, o de una amenaza extraterrestre, o de lo que sea, y no aprovechamos ahora, seremos sometidos, infantilizados, robotizados, deshumanizados, incluso exterminados.
- O retomamos nuestra soberanía nacional, regional, individual, y finalmente sobre nuestra salud.
- La totalidad del tejido social, político, sanitario... debe ser profundamente reformada. El cómo hacerlo, la completa reforma del sistema democrático, de las instituciones, lo sabremos conforme vayamos dando los pasos. La sociedad ha llegado a un callejón sin salida. Por este camino, si no corregimos, vamos hacia la autodestrucción. Pero la pelota está en nuestro campo. Estos gobiernos, estas élites, ya nos han indicado cómo no deben ser las cosas.
- Ahora debemos organizarnos desde lo concreto, desde lo local, asumiendo en cada nivel básico la responsabilidad, trascendiendo los conceptos de izquierda y derecha, de demócratas o republicanos, y buscando la solución concreta desde cada problema concreto. La nueva

forma de organización social está naciendo ya, en grupos de "Soberanía y salud", en "Micelios", o en otros modelos por surgir...

- La maravilla de nuestra vida, de la naturaleza, nos abre unas casi ilimitadas posibilidades de curación, sanación, de preservación e incentivación de nuestra salud. Homeopatía, Acupuntura, Medicina Tradicional China, Fitoterapia, Naturopatía,

La maravilla de nuestra vida, de la naturaleza, nos abre unas casi ilimitadas posibilidades de curación, sanación, de preservación e incentivación de nuestra salud.

Medicinas Ayurvédicas, Tibetana, tradicionales de los diversos pueblos indígenas, etc, sin mencionar las innovadoras medicinas cuánticas, y llegando incluso a las "bed-meds" o "camas médicas", que algunos estamos esperando que se concrete si es cierto o no que existan y salgan a la luz. Por supuesto, en este conjunto de sistemas médicos, también deberá estar incluida la medicina farmacológica, que indudablemente también juega su papel.

Lo que está pasando en el mundo, ya estaba antes: hace decenios que se sabe de la experimentación de fármacos o venenos en los propios ciudadanos por parte de los mismos gobiernos; ya estaban los laboratorios de guerra biológica; ya se habían creado artificialmente enfermedades, probablemente el Ébola, VIH, gripes aviar o porcina, o SARS entran en esas categorías; las vacunas ya estaban produciendo terribles daños desde hace generaciones; hace decenios que nuestros cielos son envenenados con los chemtrails, y con ellos nuestras aguas, cultivos y finalmente todos los seres vivos, plan-

tas, animales y seres humanos... Y, desde hace menos años, pero no por ello de forma menos dañina, estamos sufriendo el ataque sistemático de nuestro sistema energético, con la energía electromagnética 3G, 4G, 5G, inicialmente diseñadas como armas de Guerra, y ya con miles de estudios que demuestran el daño que están infringiendo en nuestra salud.

La diferencia es que ahora como nunca hay miles, millones de personas que LO SABEMOS, somos conscientes de todo esto, y por primera vez vamos a ser capaces de decir basta. A esta situación creada denominada "pandemia de covid" le debemos como a nada más, la poten-

cialidad del despertar masivo de la humanidad, de la toma de conciencia de los fangos putrefactos que inundan nuestra sociedad, para que de esos fangos puedan surgir los lotos más hermosos.

Aquí sólo hemos esbozado la gravísima situación en que vivimos, y apuntamos en qué dirección debemos encontrar la solución, solución que nos permitirá seguir evolucionando como seres humanos en este hermoso planeta que gira alrededor de nuestra estrella, que junto a otros millones y millones de estrellas de nuestra pequeña galaxia en un infinito universo, evolución que espero nos permita desarrollar nuestro máximo potencial

personal y espiritual en beneficio de todos los seres.

Esta es y debe ser nuestra meta, no puede haber otra, nada más trascenderá el día que nos toque partir de este plano de existencia, nada más llevaremos el día que nos enfrentemos a nuestro último día. Y persiguiendo esta meta es como debemos encontrar el verdadero sentido para nuestra vida.

Con mis mejores deseos para todos.

Dr. Angel Ruiz-Valdepeñas Herreros.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Cofundador de Médicos por la Verdad.

Muertes por Covid-19 en el mundo

Un año después de finalizadas las vacunaciones masivas realizadas entre enero 2021 y febrero 2022 el efecto causado es contrario al esperado, ha ido en aumento la mortalidad de las personas vacunadas en función del número de dosis recibidas. A más vacunas, más fallecidos y al contrario. Según datos ofrecidos por las autoridades sanitarias de los respectivos países, considerando que hay algunos que inflan las muertes por Covid y otros las ocultan, España se sitúa con valores próximos a la media de la Unión Europea.

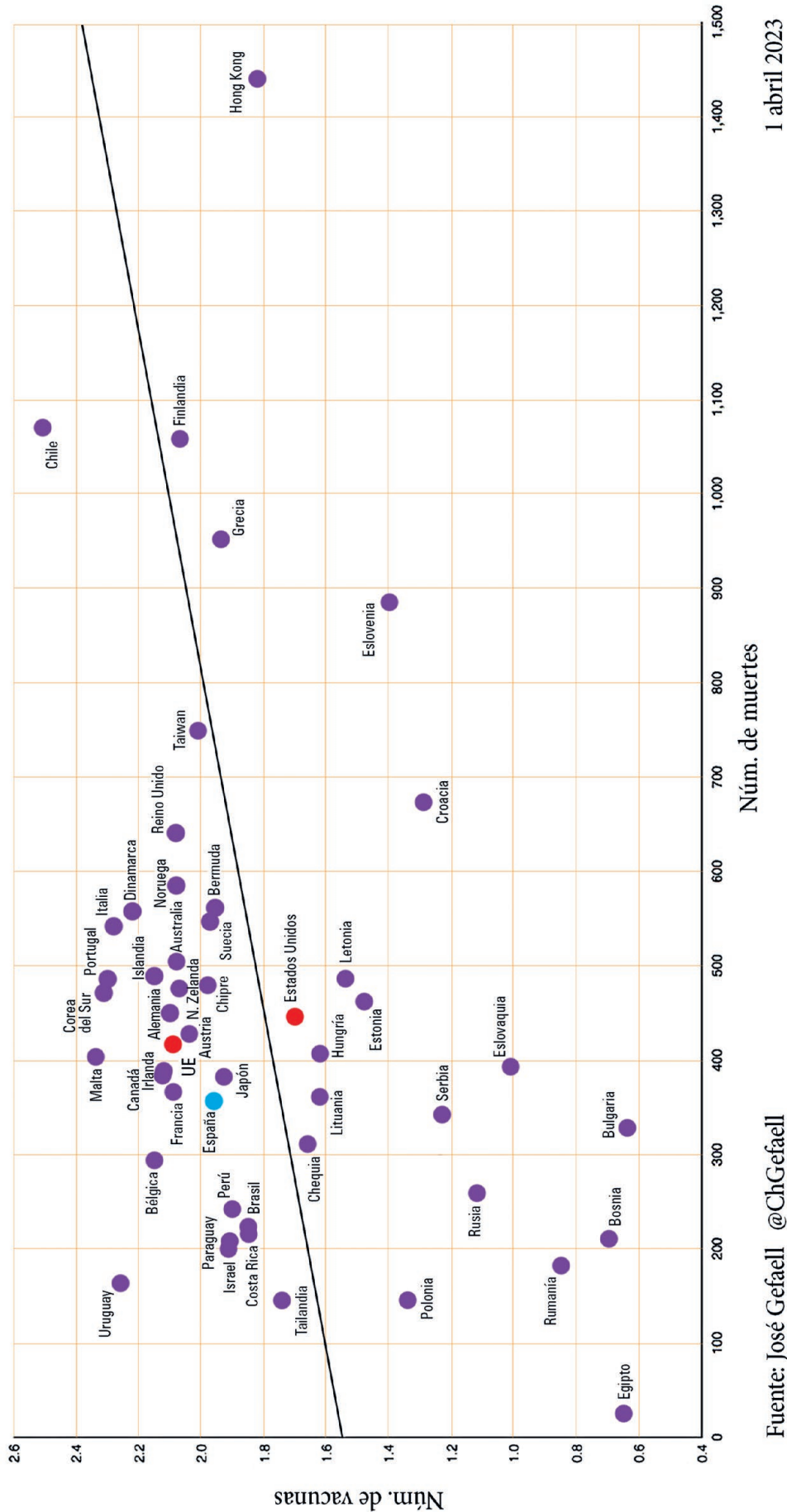
FUENTES

<https://twitter.com/ChGefuell/status/1643268506769604610>

<https://ourworldindata.org/>

MUERTES POR COVID-19 EN EL MUNDO

Valor medio del número de dosis de vacunas Covid-19 administradas por persona el 7 marzo 2022 con relación al número de muertes causadas por Covid-19 por millón de habitantes en los 12 meses anteriores al 7 de marzo 2023.



Fuente: José Gefaell @ChGefae

1 abril 2023

Artralgia posvacunal



Autor: Xavier Uriarte (Médico).

Elaboración: 25 de abril 2023.

E-mail: xavier.uri@gmail.com

Se enumeran las causas que pueden producir la inflamación de las articulaciones, se describen los componentes de las vacunas que pueden inflamarlas y se recoge la evolución histórica de la artralgia a la luz de las publicaciones internacionales. Las vacunaciones masivas tanto en infancia y edad adulta como en la ancianidad generan entre la población vacunada un 7% de complicaciones articulares. Si en los grupos de adultos jóvenes se eleva al 25% puede ser un tema de salud pública a considerar.

Artralgia

Es un dolor de las articulaciones del cuerpo que puede afectar a los tendones, cápsulas, ligamentos, meniscos y cavidades intraarticulares. Puede presentarse en ocasiones con hinchazón o edema, enrojecimiento o calor local, inmovilidad y rigidez a nivel de cualquiera de las articulaciones del cuerpo.

La inflamación de la articulación o artritis puede ser supurativa o infecciosa, denominada artritis séptica, o inflamatoria a la que se llama artritis aséptica. Puede presentarse en la primera infancia y en cualquier edad de la vida. Puede curarse, reactivarse o cronificarse.

Entre las causas habituales de la artralgia destacan los traumatismos, las alteraciones endocrinas, las infecciones, el climaterio, la angustia, la inflamación del tejido conectivo (conectivopatía), la psoriasis, la sobrecarga metabólica de ácido úrico, de calcio y de oxalatos, conocida como la gota, los tóxicos medioambientales, los fármacos, los adyuvantes y las vacunas.

Entre los fármacos ya reconocidos están los antibióticos, los antihistamínicos, la cimetidina, los bloqueadores

beta-adrenérgicos, los laxantes, los barbitúricos, los tuberculostáticos, la fenitoína, la quinidina, las sulfamidas, la amiodarona, la ciclosporina, los citotóxicos, el AASS, el hierro dextrano, la amitriptilina, la cobalamina, la pirodoxina, las estatinas, los analgésicos y el fibrato.

Entre los adyuvantes de las vacunas destacan las sales de aluminio, el ASO1, el ASO2, el ASO3 y el ASO4, los virosomas y el MPL.

Entre las vacunas se describen las de la fiebre amarilla, meningitis, poliomiелitis, triple vírica, Hib, hepatitis, difteria, tétanos, varicela, covid-19 y gripe A.

Historia de la Artralgia Posvacunal durante el período 1877-2022

Una de las primeras vacunas referidas en la bibliografía internacional fue la de la viruela. En 1870 se descubrió la relación de la vacunación de la viruela con la enfermedad del suero, conocida actualmente como reacción de hipersensibilidad tipo III.

En aquella época se observó que tras la vacunación de la viruela se presentaba fiebre, dolor, hinchazón, inmovilidad, sobre todo en las rodillas.

Se necesitaron 72 años (1798–1870) de vacunación de la viruela para, por primera vez, reconocer susodicha reacción.

Tras la experiencia vivida se afirmó que la podían padecer el 6% de los vacunados.

En 1984 el Sistema Español de Farmacovigilancia declaró artralgias producidas por la vacuna de la fiebre amarilla.

En 1986 el Instituto Catalán de Farmacología publicó las artralgias asociadas a la triple vírica y, sobre todo, a su componente rubeola dentro de los 70 días posteriores a la vacunación.

En 1994 en Txertaketa Eskuliburu, en el apartado de efectos secundarios de las vacunas, hace referencia a la artralgia posvacunal.

En 1997 el Gobierno de la Rioja hizo referencia a las artralgias posvacunales en su Manual de Información de RAV.

Ese mismo año el director de Salud Pública de Cataluña afirmó que las vacunas difteria, tétanos, tosferina rubeo-

la y varicela, podían generar artritis en las 3 primeras semanas posteriores a la vacunación y que el riesgo de padecerla tras la vacunación era del 25%.

La Comunidad de Madrid en ese mismo año, a través del RAM (Reacciones adversas a los Medicamentos), comunicó que los efectos indeseables de la vacuna hepatitis B en forma de artralgiyas y artritis pueden ser del 7%.

En 1998, se hicieron públicas las sinovitis detectadas tras la vacunación meningitis A+C.

En el 2000, el Departamento de Sanidad de Cataluña publicó en el programa RAV las artralgiyas posvacunales e identificó el 5% de afectados de artritis tras la vacunación.

En 2002, en Italia la asociación Comilva describió los mecanismos autoinmunes que se ponen en funcionamiento a nivel articular a raíz de la utilización de las vacunas.

En el 2003 Francia publicó los efectos indeseables de las vacunas haciendo hincapié en las artralgiyas relacionadas con las vacunas del tétanos y de la hepatitis B.

En el 2004, miembros de la AEP (Asociación Española Pediatría) advirtieron de las severas artritis tras la vacunación.

En el 2011 se hizo público el síndrome ASIA y se relacionaron por primera vez la presencia de los adyuvantes de las vacunas con las artritis autoinmunes.

El Síndrome Inflamatorio Autoinmune Inducido por Adyuvantes (ASIA) se manifiesta a nivel reumático, articular, muscular, neurológico, cognitivo e inmunitario dentro de las 6 semanas tras la inoculación de los adyuvantes presentes en las vacunas.

En el 2012 el Centro Nacional Carlos III admitió que las vacunas de la polio presentes en el Calendario Vacunal Español podían producir sinovitis y artralgiyas.

En el 2015 se publicaron las artralgiyas frecuentes generadas por las campañas de vacunación del papiloma humano (Cervarix y Gardasil) iniciadas el 2008.

En el 2017 la Fundación Instituto Catalán publicó la relación entre las vacunas Influenzae y Triple vírica y las enfermedad autoinmunes.

En ese mismo año la Comunidad de Madrid hizo públicas las artritis tras la vacunación de la Meningitis B.

Y es en el 2021 cuando la Generalitat de Cataluña y los fabricantes AstraZeneca y Pzifer hicieron referencia en las fichas técnicas vacunas Covid-19 a las artritis sépticas posvacunales de alta frecuencia entre los adultos jóvenes vacunados.

Caso 1

El niño de 21 meses fue vacunado de la polio y de la hepatitis B. A los 30 días sufrió una artritis séptica en la rodilla derecha, ingresó y estuvo hospitalizado 7 días. Buena recuperación. Según los algoritmos Karch-Lasagna la relación entre la vacunación y la artritis séptica es probable.

Caso 2

Joven de 11 años con antecedentes familiares por parte de madre de enfermedad autoinmune, tiroiditis de Hashimoto, y antecedentes personales de poliartritis desde hace 3 años. Tiene pendientes las vacunas de los 12 y 14 años. Recibe presiones para vacunarse.

Se le aconseja no vacunarse con los antecedentes autoinmunes y de artritis que presenta.

Caso 3

Joven de 12 años sin antecedentes de interés, es vacunado de Hepatitis A+ Meningitis y a las 20h aparece una reacción de sudor, temblores, artralgiyas y diarrea.

Según los algoritmos Karch-Lasagna la relación entre la vacunación y la artralgia es definida o cierta.

Referencias bibliográficas

- Shoenfeld, Yehuda. ASIA: even and Odd. Journal of autoimmunity, Vol. 36. 2011
- Parricon, C. et Cols. Journal of the Italian Society for Rheumatology. Vol. 63, nº 2. 2011.
- Shaw CA, Tomljenovic L. 2013. Aluminium in the central nervous System (CNS): toxicity in humans and animals, vaccine adjuvants and autoimmunity. Immunol Res.56: 304-316.
- Alexander Batista-Duarte. Vacunas y Autoinmunidad. Rey Peru Med Exp Salud Pública 2012; 29(2):265-71.
- Malalties Autoimmunitàries d'origen farmacològic. Butlletí groc. Vol. 30, nº 3. Juliol-set 2017.
- Ficha Técnica AstraZeneca/ Ficha Pfizer. Artralgiyas en jóvenes y adultos. AEMPS. Generalitat Catalunya. Mayo 2021.
- Artropatías producidas por medicamentos: enfermedad del suero y vacunas. Butlletí groc. Vol.1. nº 1. Abril-junio 1988.
- Vacuna Fiebre Amarilla y artralgia. Sistema Español de Farmacovigilancia. Listado de RAV 1984-1988. Ministerio de Sanidad y Consumo 1989.
- Efectos Secundarios y Contraindicaciones de las Vacunas. Txertaketa Eskuliburua. Eusko Jaularitza. Documento nº 1. Enero 1994.
- Vacuna Hepatitis B. RAM. Boletín Farmacovigilancia Comunidad Madrid. Vol. 5, nº 2. Sep 1997.
- Manual de RAV. Gobierno de la Rioja. 1997.
- Una raccolta di piu di mille studi sui Danni del vaccine e il loro fallimento. Federazione Comilva. Italy. 2002.
- Reactions postvaccinales indésirables. Arthralgies el Vaccins. Hepatite B et Tétanus. Le Concours Medical. Tome 124-23. 2003.
- Informe Plan Erradicación Polio 2012. Sinovitis y artralgiyas vacunas de la Polio. Centro Nacional Epidemiología. Instituto Carlos III.

Reacciones Adversas a las Vacunas (RAV) en el mundo



Autor: Xavier Uriarte (Médico).

Elaboración: 25 de abril 2023.

E-mail: xavier.uri@gmail.com

Artropatías producidas por medicamentos. Vacuna de la rubéola y triple vírica. Butlletí groc. Vol 1, nº 1. Abril-junio 1988.

Ante cualquier afectación articular se debe tener en cuenta la posibilidad de que se trate del efecto indeseable de un medicamento.

Se consideran relacionados los antibióticos, los antihistamínicos, los bloqueadores β -adrenérgicos, corticoides, laxantes, barbitúricos, tuberculoestáticos, las sulfamidas la amiodarona, la quinidina, la fenotóina y las vacunas.

Se ha descrito la producción de dolores articulares asociados la polineuropatía transitoria después de la administración de la vacuna rubeólica y de la triple vírica.

Los síntomas suelen aparecer al cabo de 10-70 días de la administración de la vacuna y pueden durar de 1-35 días.

Reacciones Adversas a la vacuna antitetánica/antidiftérica. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Vol V, nº 8 (pág. 31-34) Departament de Sanitat. Any 1984.

En la Noguera (Lérida) más de la mitad de la población adulta fue vacunada con 2 dosis de la vacuna Td (Tétanos y difteria) y se observaron 216 reacciones atribuibles a efectos adversos de la vacunación.

Las reacciones observadas consistieron en induración, eritema, adenopatías, fiebre y reacción desconocida (32%). Según aumentaba la edad había más efectos adversos.

El 25% de las reacciones se presentaron en las primeras 10-12h después mientras que el 75% apareció entre los 4-8 días posteriores.

Contraindicaciones para la Inmunización con las vacunas integradas en el programa ampliado de Inmunización. Vigilancia epidemiológica. Del 27 marzo al 9 abril 1988. Nº 1805. Ministerio Sanidad.

A ningún niño se le debe negar la inmunización sin sopesar cuidadosamente los beneficios de la prevención de la enfermedad frente a los efectos adversos de las vacunas.

Entre las contraindicaciones más conocidas destacan la enfermedad aguda, las alteraciones de la inmunidad, las reacciones adversas posvacunales, las alteraciones neurológicas, el embarazo, la reacción anafiláctica frente a la proteína del huevo, a los antibióticos (kanamicina, neomicina)

Vacuna Hepatitis B. RAM. Vol 5, nº 2. Septiembre 1997. Boletín Informativo del Centro Vigilancia de la Comunidad Madrid.

El SEPV tiene recogidas 165 notificaciones, la mitad menores de 13 años, 55% mujeres, el 3% reacciones graves, el 10% necesitó hospitalización y el 9% quedó con secuelas.

Entre las reacciones adversas cabe destacar las que afectan al sistema nervioso, a la inmunidad (fiebre), al músculo-esquelético (mialgia y astenia). Sistema hepático y respiratorio.

Seguridad de las Vacunas utilizadas en niños. García Sánchez N. Evidencia Pediátrica 2016; 12:39.

La utilización de los adyuvantes en las vacunas se justifica porque permiten incrementar la respuesta inmune específica. A pesar de estas ventajas, los adyuvantes en las vacunas suponen un motivo de controversia por la preocupación en cuanto a los efectos adversos, toxicidad y seguridad.

Deberá valorarse la reactogenicidad, posible inicio o agravamiento de enfermedades o el grupo de entidades agrupadas bajo la denominación de síndrome inflamatorio inducido por adyuvantes (ASA).

Entre los adyuvantes que se utilizan actualmente destacan las sales de aluminio, el MF59 (escualeno), el MPL (lípidos ASO) y los Virosomas.

Hipertransaminasemia asintomática tras vacunación de la hepatitis B. MD. Alonso de Caso Méndez. Medifam Vol. 8. Nº 6. Nov–Dic. 1998.

Se han comunicado algunas reacciones graves así como asociaciones a diversas enfermedades. Presentamos un caso de hipertransaminasemia asintomática, tras la vacunación de la hepatitis B, detectado en una analítica de control posvacunal.

La hipótesis más argumentada es que podría deberse a una reacción al timerosal y a las sales de aluminio.

Se considera poco probable que el daño hepático fuera causado por la proteína del antígeno de superficie del virus B.

Síndrome de tipo Tifoideo tras la Vacunación oral Tifoidea. A. Beishuizen. The Lancet 1988; 2. 855-856.

Una serie de 3 dosis de vacuna oral con gérmenes vivos atenuados de *Salmonella typhi* administradas en una semana proporciona un 67% de eficacia un mínimo de 3 años.

Un hombre de 22 años que había sido vacunado ingresó en el hospital por sospecha de meningitis.

Tras los días de observación y estudio se llegó a la conclusión que el paciente había sufrido un síndrome parecido a la fiebre tifoidea tras la vacunación.

Vacunas y Autoinmunidad. Alexander Batista-Duarte. Rev. PeruMed Exp. Salud Pública 2012; 29(2) 265-271.

La posible asociación entre vacunas y enfermedades autoinmunes es un tema controversial.

Actualmente con la aparición del ASA tras la administración continuada de adyuvantes se abre un nuevo panorama de enfermedades autoinmunes.

Son numerosos los casos documentados sospechosos de enfermedades autoinmunes en relación a las vacunas de la hepatitis A y B, Influenza, fiebre amarilla, Hib, varicela, triple vírica, antipolio, BCG, difteria, viruela.

Vaccins Hexavalents: Hexavac and Infanrix Hexa. Communiqué de Presse 28 avril 2003, Agence Française de Sécurité Sanitaire Produits de Santé.

El Comité de Especialidades Farmacéuticas de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) reconoce la existencia de 5 fallecimientos en Alemania y Austria entre noviembre 2000 y marzo 2003 de niñas dentro de las 24 horas tras la administración de las vacunas Hexavac e Infanrix.

Malalties Autoimmunes d'origen farmacològic. Butlletí groc Julio–sept. 2017. Vol. 30, nº 3. Fundació Institut Català de Farmacologia.

Las recientes campañas de vacunación con vacunas nuevas, no casualmente de precio elevado (gripe y papiloma), han sido objeto de polémica.

Las vacunas pueden ser causa de trastornos inmunitarios.

Pueden ser por la estimulación propia del sistema inmunitario y también por los constituyentes de las vacunas.

Ejemplos como la vacuna Gripe H1N1 que puede ser causa de la Narcolepsia o como la vacuna Triple vírica que puede causar una Trombopenia autoinmune.

Canal de noticias en Telegram de La Liga

La Liga ha puesto en marcha un canal de noticias en la plataforma Telegram; en dicho canal se publicarán periódicamente referencias al contenido que se comparte en la web.

Suscríbete utilizando el siguiente enlace o escanea el código QR con tu móvil:

https://t.me/C_Liga_Libertad_Vacunacion



VACUNA HERPES ZOSTER

Denominadas: Shingrix y Zostavax.

Fuente: Ficha Técnica GlaxoSmitKline.

Fecha: 2022.

Componentes

- Glicoproteína E 50 microgramos derivada del virus de la viruela, en células de ovario Hamster y la fabricación mediante ADN recombinante.
- ASO1b, planta Quillaja Saponaria fracción 21, 50 microgramos y lípido se Salmonella (MPL), 50 microgramos.
- Sacarosa.
- Polisorbato 80 (E433).
- Fosfato dipotásico.
- Dihidro genofosfato de potasio y de sodio.
- 23 mg. de Sodio y 39 mg de Potasio.
- Diolcoil fosfatidilcolina.
- Colesterol.
- Tiomersal 0,1–1 microgramo.
- Neomicina.

- Cloruro sódico.

- Fosfato disódico.

- Goma butilo.

Reacciones Adversas o RAV

- Trastornos de la Coagulación: trombos y hemorragia.
- Trastornos Neurológicos: encefalitis, síndrome Guillain-Barré, hipersensibilidad, meningitis, cefalea, as-tenia, dolor abdominal.
- Trastornos oseoarticulares y musculares: artralgia, mialgia.
- Trastornos circulatorios: síncope, linfadenopatía.
- Trastornos Infecciosos: Varicela, herpes zoster.
- Reacción Anafiláctica.
- Estas reacciones pueden ser mortales, severas, mode-radas o benignas.
- Aparecen en cualquier momento tras la vacunación pero sobre todo en los 42 días después de la vacuna-ción.

VACUNA DE LA VIRUELA

Denominada: IMVANEX.

Fuente: Bavarian Nordic AS.

Fecha: 2018.

Componentes:

- Virus vivo de la viruela modificado en células de em-brión de pollo.
- Benzonasa.
- Gentamicina y ciprofloxacino.
- Proteína de pollo.
- Trometamol.
- Cloruro sódico. 23 mg. de sodio.
- Goma bromobutilo.
- Tiomersal 0,1–1 microgramo.

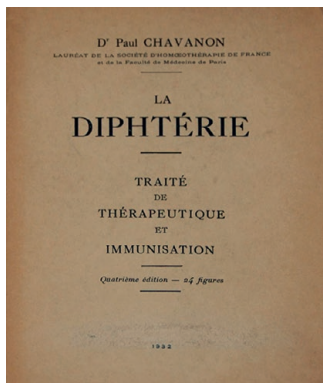
Reacciones Adversas o RAV

- Trastornos Hepáticos: incremento encimas hepáticas.
- Trastornos Cardíacos: taquicardia, incremento de la troponina I.
- Trastornos Coagulación: trombos y hemorragia.

- Trastornos Infecciosos: viruela, varicela, gripe, sinu-sitis.
- Trastornos Sanguíneo: disminución de plaquetas y de leucocitos.
- Trastornos Cutáneos: dermatitis, urticaria.
- Trastornos Respiratorios: disnea y broncoespasmo.
- Trastornos Oseoarticulares y musculares: artralgia, mialgia, rigidez.
- Trastornos linfáticos: edema, tumores linfoides.
- Trastornos Neurológicos: encefalitis, meningitis, hi-potonía, fatiga, neuropatía sensorial (gusto, olfato, equilibrio, cutáneo, auditivo y visual), somnolencia, parestesias.

Nunca desapareció la viruela. En la década de 1980 fi-nalizaron las campañas de vacunación de la viruela por los efectos adversos y muertes que produjo la vacunación masiva.

Actualmente en el mundo hay 20.000 personas afectadas por la viruela.



La Difterie. Traité de thérapeutique et immunisation

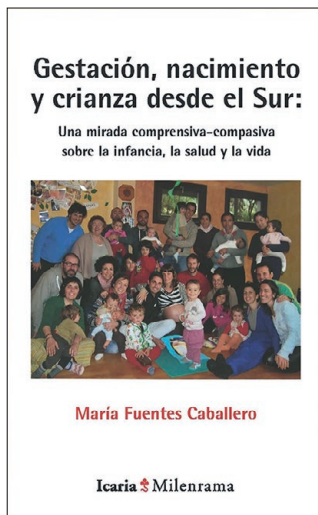
AUTOR: Paul Chavanon.

Editorial: La Renaissance Moderne, 1932.

Idioma: francés.

El autor médico homeópata, nacido en la segunda mitad del siglo XIX, estudioso de la homeopatía en personas afectadas de oído y garganta describe en esta obra las aplicaciones beneficiosas de la homeopatía en sus pacientes.

Ya en esta época observa la gravedad de las reacciones colaterales del suero de la difteria.



Gestación, nacimiento y crianza desde el Sur

AUTORA: María Fuentes Caballero.

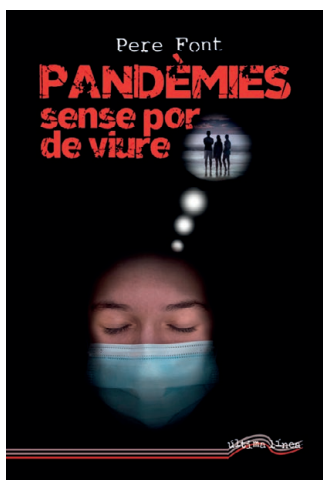
Editorial: Icaria, 2021.

Idioma: castellano.

La autora médica, homeópata y educadora de salud ha cuidado, acompañado, investigado, aprendido y transmitido durante 40 años la salud materno-infantil y su relación con la del adulto futuro.

Desde una línea de autogestión hace un viaje por la infancia de las criaturas y se sumerge en la nuestra hasta encontrar nuestra propia niña carenciada, abandonada, amada, para curar y cuidar lo interno y lo externo.

Es un buen libro, que describe la labor realizada en un rincón gaditano como es Jerez de la Frontera.



Pandèmies: sense por a viure / Pandemias: sin miedo a vivir

Autor: Pere Font.

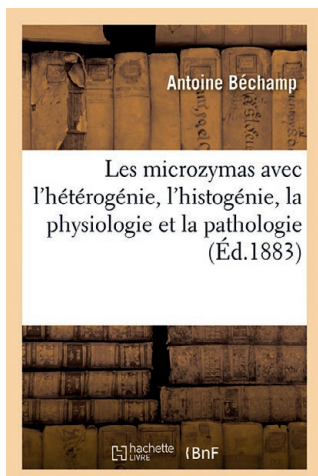
Editorial: Última Línea, 2023.

Idioma: catalán / castellano.

El autor desarrolla su labor en el mundo de la química.

Este libro invita a un recorrido a través de publicaciones en webs oficiales y revistas científicas, que permite contraponer lo que se ha dicho en los medios de comunicación y encontrar respuestas a las dudas generales por las contradicciones publicadas.

El libro no pretende convencer a nadie de nada, su único objetivo es intentar poner luz entre tanta oscuridad.



Les Microzymes

Autor: Antoine Béchamp.

Editorial: Centre International d'Études Béchamp, 1990.

Idioma: francés.

Antoine Béchamp (1816-1908) doctor en Farmacia y profesor en la Facultad de Medicina de Montpellier, publicó su obra en 1883 tras 20 años de investigaciones.

Esta es una obra básica en la biología donde establece las primeras bases científicas de la observación de los Microzymas y de la posterior teoría polimórfica.

Esta Teoría está en confrontación con la monomórfica de Pasteur.

“No existe tejido vivo sin Microzymas múltiples, animados, con movimiento browniano, dotados de capacidad enzimática y metabólica. Denominados también granulaciones, corpúsculos, somátides, orgón o nanobes.

Se trata de corpúsculos minúsculos visibles al microscopio de campo oscuro y son los constructores de los genes, de las células procariotas y eucariotas, de los tejidos y de la vida orgánica a todos los niveles. Son los que tejen las células y los tejidos vivos.

Las células no se multiplican por ellas mismas sino por los microzymas. Esta multiplicación y construcción de las células y de los tejidos por los microzymas parece seguir una necesidad fisiológica u orden biológico de tal forma que confieren a las células sus propiedades genéticas, enzimáticas y respiratorias.

Según las variaciones del medio interno o del terreno y del medioambiente el microzymba construirá un gen, una célula procariota (bacteria, virus, hongo o protozoo), una célula eucariota y un tejido determinado”.

Les Microzymes.

Prof. Antoine Béchamp (1816-1908).

A través de la historia de la biología se han conocido las dos teorías, la polimórfica y la monomórfica que son compatibles puesto que nos dan observaciones para entender la evolución de los microorganismos, la infección, las enfermedades infecciosas y las epidemias infecciosas.

Lo que antes llamábamos infección endógena e infección exógena ahora lo podemos comprender y entretejer para evitar confrontaciones inútiles y vacías.

