

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Documentos para la Reflexión

11

Mayo 2026

**EMBARAZO,
FÁRMACOS
Y VACUNAS**

Revista
Internacional
sobre Vacunas

Documentos para la Reflexión

Número 11. Mayo 2026

Liga para la Libertad de Vacunación

- 3 Embarazo, fármacos y vacunas / **Editorial**
- 5 Placenta, tóxicos medioambientales y vacunas / **Xavier Uriarte**
- 11 Ecología del parto en casa / **Pepi Domínguez Cano**
- 14 Construyendo un robusto Sistema Inmune desde el embarazo / **Antonio Brito**
- 18 Cuidados en el embarazo / **María Fuentes Caballero**
- 20 Reacciones adversas de las vacunas Covid-19 en el embarazo / **Elena Castro**
- 21 Vacunas y autismo, la verdad silenciada / **Inmaculada Fernández**
- 23 Vacunas Covid-19, fertilidad y barrera placentaria / **Revista Children Health Defense**
- 26 Inmunoglobulina Anti-D (Rho) / **Esther Sagredo**
- 31 Informe de la Vacuna Tosferina Combinada y embarazo (primera parte) / **Lua Català, Xavier Uriarte**
- 34 Informe de la Vacuna Tosferina Combinada y embarazo (segunda parte) / **Xavier Uriarte**
- 36 Informe vitamina K 2023. Hemorragia por déficit de vitamina K / **Gemma Baulies**
- 39 Reacciones adversas vacunas en el mundo / **Xavier Uriarte**
- 41 Decálogo sobre las vacunas
- 42 Ficha de la vacuna del papiloma
- 43 Bibliografía

CONSEJO DE REDACCIÓN
Junta Directiva LLV.

EDITA
Liga para la Libertad de Vacunación
administracion@vacunacionlibre.org
www.vacunacionlibre.org

Depósito Legal: Gi-1000-2009

Embarazo, fármacos y vacunas

El embarazo es una etapa de transformación biológica, emocional y social. Es un período en el que cada decisión relacionada con la salud adquiere un peso especial. Entre las más complejas y polémicas están las que afectan al uso de fármacos y vacunas durante la gestación, el parto y la lactancia.

Hemos decidido hacer esta revista sobre el tema para poner un poco de luz ante tanta confusión. Con la colaboración de expertos profesionales en las diferentes especialidades.

Queremos contribuir a un debate informado sobre el embarazo, parto y lactancia desde la salud de la mujer y de la criatura.

Hemos observado en las últimas décadas cómo el embarazo ha sido redefinido progresivamente por el discurso biomédico como un estado de riesgo permanente, lo que desde siempre se ha considerado un proceso fisiológico se ha transformado en un itinerario clínico intensivo marcado por controles constantes, intervenciones protocolizadas y una creciente dependencia de fármacos y tecnologías sanitarias. Esta medicalización del inicio de la vida es un proceso cultural, político y económico que merece una revisión crítica.

El paradigma dominante, en lugar de considerar a la mujer como creadora de vida, concibe el cuerpo gestante como un cuerpo defectuoso por anticipación: potencialmente incapaz de sostener por sí mismo un proceso considerado demasiado valioso como para dejarlo fuera del control institucional. Bajo esta lógica, la vigilancia continua se normaliza y la intervención preventiva se convierte en regla incluso en embarazo de “bajo riesgo” (dicen que el riesgo 0 no existe). El resultado no es únicamente un aumento de prácticas clínicas, sino una progresiva expropiación del saber corporal y de la autonomía procreativa de las mujeres.

La medicalización del embarazo es una de las expresiones más visibles de este proceso: suplementos prescritos de forma rutinaria, todas toman ácido fólico aunque sean vegetarianas, tomando yodo aunque no lo necesiten, tratamientos preventivos sin indicación in-

dividual clara y una baja tolerancia a la incertidumbre biológica configuran un escenario en el que no intervenir se percibe casi como una “negligencia”. Sin embargo, la evidencia científica sobre el uso de fármacos en el embarazo sigue siendo muy limitada, basada con frecuencia en estudios retrospectivos, observacionales y extrapolacionales, que no tienen prácticamente validez científica; aun así, la gestante rara vez es informada de estas incertidumbres y el consentimiento informado se reduce a la aceptación del protocolo vigente.

Parece que hemos aprendido poco de nuestra historia relativamente cercana: un potente teratógeno como es la Talidomida fue sintetizada en 1953. En 1957 comenzó a comercializarse como sedante y tranquilizante para mujeres gestantes. Pronto se promovió también para aliviar las náuseas del embarazo.

Poco después de su comercialización, entre 1958 y 1962 comenzaron a nacer miles de bebés con malformaciones congénitas graves.

Se estima que más de 10.000 niños en todo el mundo nacieron con malformaciones relacionadas con la Talidomida, y muchos más murieron antes de nacer.

En las últimas décadas, la vacunación durante el embarazo ha pasado de estar expresamente prohibida por riesgo para el feto a convertirse en un objetivo explícito de las políticas de salud pública. Este cambio no ha estado acompañado de una transformación equivalente en la calidad, independencia y solidez de la evidencia científica, ya que durante décadas la protección del feto llevó a una exclusión casi sistemática de las mujeres embarazadas de los ensayos clínicos.

Sabemos que el embarazo representa una etapa de especial vulnerabilidad biológica. Durante el desarrollo fetal, pequeñas alteraciones en el entorno pueden tener consecuencias desproporcionadas debido a procesos críticos como la organogénesis, la diferenciación neuronal y la programación endocrina. Por todo ello, la exposición a determinados agentes químicos puede influir en los resultados perinatales y en la salud del bebé. Sabemos que las vacunas, entre otros componentes,

tienen metales pesados como el plomo, el mercurio y el aluminio que pueden afectar al desarrollo neurológico y a alteraciones cognitivas del feto.

En 2016 el investigador brasileño Plinio Santos Filho, físico especialista en resonancia magnética, cuestionó la relación causal directa entre el virus del Zika y la microcefalia, sugiriendo en su lugar factores ambientales y médicos. Santos Filho planteó la hipótesis de que el aumento de casos de malformaciones coincidía con la introducción obligatoria de la vacuna DTaP para embarazadas en Brasil, se dieron prisa en decir que no estaba avalado por la evidencia científica y ¿la introducción de las vacunas en el embarazo, sí?

Cada persona, con la información disponible, tomará sus propias decisiones.

¿Qué es seguro? ¿Qué es necesario? ¿Qué riesgos hay para la madre, para el bebé?

Difícil decisión; esperamos con la publicación de esta revista ofrecer herramientas para que cada persona pueda decidir con autonomía, teniendo a su alcance la mejor información disponible.

Junta Directiva LLV
Mayo de 2026

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.

Si decides afiliarte contribuirás 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

Donar

No admitimos donativos de instituciones públicas ni de empresas privadas. Tus donaciones las puedes realizar [utilizando este enlace](#).

Para afiliación puedes hacerlo directamente en nuestra web:

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



Placenta, tóxicos medioambientales y vacunas



Autor: Xavier Uriarte (Médico).

Fecha de finalización: 22 de enero 2026.

Contacto: xavier.uri@gmail.com

En este artículo el autor describe la serie de filtros de que dispone el organismo para limitar la entrada y estimular la salida de los tóxicos para que con el inicio de la gestación el feto pueda crecer y madurar en las mejores condiciones para una futura vida autónoma.

La presencia de los tóxicos medioambientales al inicio y durante el embarazo pueden generar malformaciones, limitaciones y retrasos madurativos, enfermedades congénitas (enfermedades raras) y lesiones extrauterinas.

Se muestra una clasificación de todas las sustancias reconocidas actualmente que pueden interferir en el desarrollo del embarazo desde los primeros días hasta los 22 años extrauterinos.

Al final sugiere algunas recomendaciones para proteger el embarazo y los primeros años de vida.

LOS FILTROS BIOLÓGICOS

Todos nuestros sistemas, el digestivo, el cardiovascular, el respiratorio, el neurológico, el renal, el endocrino, el óseo muscular, el sensorial y el inmunitario se nutren gracias a la sangre linfática y arterial que transportan los nutrientes y los tóxicos medioambientales hacia el interior de las células.

Gracias a la capacidad de fagocitosis o de limpieza de nuestro mesodermo o tejido conjuntivo, los fibroblastos (macrófagos, fagocitos, leucocitos, glóbulos blancos) digieren los restos y los envían al exterior en forma de sangre venosa, de heces, de orina, de sudor, de cera, de menstruación, de semen, de lagrimeo, de líquido amniótico, de secreción o leche mamaria y de mucosidades.

Cada sistema tiene su membrana biológica o su filtro biológico con la función de expulsar los nutrientes y tóxicos ingeridos utilizados y de impedir la entrada de las sustancias tóxicas externas (tóxicos exógenos) y de las que se crean en nuestro organismo (tóxicos endógenos).

Esta capacidad de protección de las membranas se lleva a cabo gracias a la existencia de los microorganismos o microbiota.

Entre las membranas biológicas más conocidas se encuentran la hipofisaria febril, la respiratoria membrana alveolar, la fetal placentaria, la neurológica meninge, la cutánea sudorípara, la hepática intestinal, la menstrual uterina, la seminal prostática, la pleura pulmonar, la sinovial articular, la pericárdica, la lagrimal, la leche mamaria y las mucosidades de la mucosa respiratoria, intestinal y urinaria.

FORMACIÓN DE LA PLACENTA

En el momento de la pubertad tanto la mujer como el hombre comienzan a presentar los llamados ciclos sexuales referidos a la reproducción animal humana.

Regulados por el eje hipotálamo-hipofisario están en estrecha relación con las condiciones ambientales, el mundo emocional y espiritual en las que viven los seres vivos.

En la mujer al comenzar cada ciclo ovárico, un determinado número de folículos comienzan a crecer, sólo uno de estos folículos alcanza su madurez, se traslada por la trompa de Falopio y es impulsado aproximadamente en 4-5 días al útero.

En la parte más ancha de la trompa se encuentran los millones

de espermatozoides que fecundarán el óvulo.

De esta fusión bicelular producida entre el óvulo y el espermatozoide, el cigoto o huevo resultante experimenta una serie de divisiones, alcanza en 3 días la conocida forma de mora o mórula y ya con 12 o 13 células comienza a contactar con el útero.

Para que esto sea posible se necesita la presencia de las bacterias (*Escherichia coli*, *Estreptococo*, etc), hongos o levaduras (cándidas), virus (papiloma) y protozoos (toxoplasma).

Cada sistema tiene su filtro con la función de expulsar los nutrientes y tóxicos ingeridos y de impedir la entrada de las sustancias tóxicas.

Durante este viaje del huevo por la trompa se nutre de la secreción del endometrio materno denominada leche uterina.

En su composición presenta proteína, grasa, carbohidrato (glucógeno), vitaminas, sales minerales, fitonutrientes y tóxicos internos de la madre.

Cuando la mórula entra en contacto con el endometrio en su interior penetra agua y se crea un espacio interior o blastocele que se denomina blastocito.

La parte interna del blastocito dará origen entre el 8º-21º días a las 3 capas germinativas o tejidos básicos del embrión, mientras que la parte externa o trofoblasto comienza a anidarse en el endometrio o decidua entre los días 5º y 6º, estando incluido totalmente en la decidua o endometrio materno entre los 10º-12º días.

Y en forma de vellosidades se va incluyendo el trofoblasto en la ma-

triz de la madre hasta formar la definitiva placenta.

Al mismo tiempo en la parte interna del blastocito se van formando y delimitando las cavidades, amniótica y coriónica, el saco vitelino y posteriormente los capilares sanguíneos, los tejidos del embrión, el líquido amniótico y el cordón umbilical.

Cuando el blastocito invade el endometrio materno los elementos nutritivos y los depósitos tóxicos presentes son utilizados por el embrión para alimentarse entre 8º-12º semanas.

A la 3ª semana se produce la formación de la línea primitiva o disco germinativo que dará origen a los tres tejidos u hojas embrionarios que irán creando, gracias a las células procariotas, las células eucariotas y los diversos órganos.

Estas tres hojas germinales, el mesodermo, el endodermo y el ectodermo, crean las células epiteliales, las glandulares, las neurológicas, la muscular y las células conectivas o fibroblastos.

El mesodermo origina el cartílago, el hueso, el músculo, los vasos y capilares, los riñones y las gónadas.

El endodermo da paso a las glándulas endocrinas, el aparato respiratorio, el digestivo y el revestimiento epitelial.

El ectodermo crea el sistema nervioso y la hipófisis, los anejos, la mama y las sudoríparas.

A la 8ª semana acaba la formación del embrión y se inicia el crecimiento del feto en longitud y en peso.

Hacia la 12ª semana si todo va bien la placenta comienza a funcionar a pleno rendimiento hasta el final de la vida intrauterina.

Desde los 16 días de vida los capilares sanguíneos comienzan a formarse tanto en la madre como en el embrión que junto a las vellosidades constituirán la circulación uteroplacentaria.

La placenta madura tiene una superficie de 16 metros cuadrados, más o menos supone una cuarta parte de la superficie alveolar del pulmón y al final del embarazo puede llegar a pesar 500 gramos.

Las funciones principales de la placenta son almacenar nutrientes y tóxicos, permitir la difusión y absorción activa de elementos nutritivos (sólidos, gaseosos) de la sangre materna a la fetal y, al revés, la eliminación o excreción de la urea, el ácido úrico, la creatinina y otros catabolitos o deshechos, así como la fabricación de hormonas (estrógenos, progesterona, gonadotrofina coriónica, lactógena, etc.).

En los primeros meses la permeabilidad es reducida. Con la evolución de la placenta aumenta la permeabilidad y al último mes del embarazo comienza a disminuir.

Durante los primeros meses del embarazo, la placenta crece enormemente mientras que el feto permanece relativamente pequeño. En la placenta se van almacenando grandes cantidades de proteínas, de carbohidratos, de grasas, de sales minerales, de vitaminas y también todo tipo de tóxicos medioambientales.

Podemos decir que la placenta actúa como un órgano de almacenamiento, como una glándula endocrina, como una membrana biológica con alta capacidad de filtración de sustancias, de eliminación de moléculas y como una barrera de protección.

Aunque puede limpiar la sangre y lo hace continuamente, su capacidad puede ser superada por el alto nivel de tóxicos presentes en la circulación placentaria.

En general todas las moléculas sintéticas como los fármacos, los cosméticos, las drogas, las vacunas, la química sintética y las radiaciones ionizantes atraviesan rápida y masivamente la placenta incorporándose a la circulación del feto y al líquido amniótico en el que vive.

Mientras tanto en el interior del blastocito se van desarrollando los tres tejidos que van dando paso a los órganos corporales.

EVOLUCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO

El tejido nervioso aparece al comienzo de la 2ª semana como una placa alargada en forma de zapatilla llamada la placa neural. Poco después en los bordes laterales comienza a formarse el líquido y elevan y forman los pliegues neurales. Con el paso de los días los pliegues dan paso al tubo neural. La formación del tubo finaliza hacia la 4ª semana.

Durante la 5ª semana comienza a aparecer el líquido cefalorraquídeo (LCR) que será el que nutrirá y limpiará el tejido nervioso en adelante. Cuando no se cierra el tubo por la acción de factores lesivos intrauterinos es cuando se generan los defectos o malformaciones como la espina bífida.

A la 5ª semana ya comienza a formarse el sistema nervioso central (cerebro, cerebelo, hemisferios, hipotálamo, hipófisis, epífisis, tálamo, médula, meninges y nervios periféricos), así como todos los órganos del cuerpo.

Cualquier alteración que se produzca durante estas primeras semanas de vida en el tubo neural afectará a la formación posterior.

También hacia la 5ª semana van apareciendo todas las células neurales como son las neuronas y la glía acompañante.

Este desarrollo se realiza en 6 fases:

1. En la fase de producción se forman las primeras neuronas y sus acompañantes, la glía. Se extiende hasta el 3º mes intrauterino. Cualquier sustancia lesiva podrá afectar a la formación de cualquier estructura básica del sistema nervioso central, perifé-

rico y del cuerpo en general. Generalmente supone la muerte fetal.

Es entre la preconcepción y el 3º-4º mes cuando se producen las grandes malformaciones y las alteraciones de los cromosomas (cromosomopatías).

2. En la fase de proliferación se multiplican a gran velocidad las neuronas, la glía y ya comienzan a aparecer las primeras sinapsis. Se alarga hasta el 6º-7º mes intrauterino.

3. La fase de migración comienza hacia el 7º mes de gestación y acaba el 3º año extrauterino, los factores lesivos como los tóxicos, los fármacos, las vacunas, las drogas, el abandono, la lactancia artificial y las radiaciones pueden interrumpir este proceso dando paso posteriormente a las limitaciones psíquicas, mentales y sensoriales.

4. La fase de mielinización se caracteriza por la fabricación de la mielina desde el nacimiento hasta el 6º año extrauterino y de forma más lenta hasta la pubertad. Como en la fase anterior los tóxicos medioambientales, la lactancia artificial, las vacunas, los fármacos, la cosmética artificial y las radiaciones pueden alterar el proceso.

5. La fase de sinapsis comienza en el 2º mes intrauterino y acaba su intenso desplegamiento hacia el 3º año de vida extrauterina. Cualquier alteración en esta época puede limitar el desarrollo intelectual, psíquico, emocional y mental.

6. La fase de adaptación y de madurez va desde el inicio de la pubertad hasta los 22 años, se caracteriza por un aumento de las funciones del lenguaje, de la

percepción, de la motricidad y de la emoción.

Las lesiones creadas en esta fase pueden generar las enfermedades neurodegenerativas (Síndrome de Reye, de Retter, ELA y esclerosis en placas, Parkinson, Alzheimer y alteraciones de la conducta.

Los factores lesivos como los tóxicos, los fármacos, las vacunas, el abandono, la lactancia artificial y las radiaciones pueden afectar la fase de migración

Sin embargo, al contrario de lo que se pensaba, las neuronas continuarán su reproducción y sinapsis a lo largo de la vida en el hipotálamo y más concretamente en el hipocampo cerebral.

COMPONENTES DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

Es el líquido del saco amniótico que proporciona un medio facilitador del movimiento, protector de posibles traumatismos y ayuda a mantener una temperatura uniforme.

El líquido amniótico está producido por la membrana amniótica, el cordón umbilical fetal, el sistema digestivo, renal y respiratorio. A lo largo del embarazo el volumen va aumentando progresivamente hasta un máximo de 1 litro que se va renovando a lo largo del día cada 3 horas.

Cualquier alteración del feto a nivel digestivo o renal podrá modificar el volumen amniótico.

La orina fetal constituye el principal origen del líquido después del primer trimestre y de orina en su totalidad al final del embarazo.

Entre sus componentes destaca la presencia de células fetales, hormonas del crecimiento y de prolactina, de ácido úrico, de albúmina, de hidratos de carbono, de vitaminas, de cloruros, de sodio y de potasio, de creatinina, de bilirrubina, de estriol, de grasas como la lecitina y la esfingomielina, de CO₂, de O₂, de urea y de tóxicos medioambientales como son los metales pesados y los ligeros, los hidrocarburos

Para que el cigoto crezca necesita la presencia de bacterias, virus, hongos y protozoos.

ros y derivados del benceno, el dióxido de nitrógeno, el ozono, los productos orgánicos persistentes (COPs), PCBs, DDE, los insecticidas y el DDT, las dioxinas, los aditivos, los productos de cosmética, de limpieza, las radiaciones ionizantes y electromagnéticas.

En un estudio llevado a cabo en Tenerife (Canarias) en el período 2014-2016, entre las gestantes que vivían en la ciudad, se observó la presencia de los contaminantes señalados en el 90% de las mujeres.

También se detectó un 30% más de deterioro placentario entre las gestantes con niveles altos de gases como el ozono, el benceno y el dióxido de nitrógeno.

Esta presencia puede provocar la inflamación de la placenta, el incremento del estrés oxidativo y el embolismo amniótico que generarán la muerte intranatal, las alteraciones corporales (malformaciones) y mentales como son el espectro autístico, el TDAH, la hiperactividad, la esquizofrenia y las conductas compulsivas.

TERATOGENESIS Y TÓXICOS MEDIOAMBIENTALES

Se define como el proceso que afecta a la correcta evolución intrauterina.

Los teratógenos tienen especial atracción o tropismo por el tejido nervioso y adiposo alterando la microbiota, la red de enzimas, los neurotransmisores y la actividad de las células neurales.

Los agentes teratogénicos implicados en las lesiones congénitas severas y frecuentes en el embarazo son:

Teratógenos físicos

Entre los que se encuentran las radiaciones ionizantes Alfa, Beta y Gamma: rayos X, TAC o tomografía, centrales nucleares, línea negra de aparatos eléctricos, línea blanca de electrodomésticos, microchip, móvil, pantallas, wifi, 4 y 5G, ecografía y resonancia magnética.

Teratógenos químicos

Entre los más destacados:

Metales pesados y ligeros: plomo, mercurio, aluminio, cadmio, arsénico, cromo, níquel, cobre, etc.

Entre los efectos más graves de los metales en el embarazo es la encefalopatía intranatal que puede manifestarse precozmente en forma neurodegenerativa, epiléptica, de demencia y de autismo.

Los insecticidas o plaguicidas: los organoclorados, los organofosforados, los carbamatos y los isocianatos de metilo, el DDT, el endosulfán, el endrin, el lindano, el glifosato, el HCH, etc.

El investigador español Nicolás Olea de la Universidad de Granada ha observado la presencia de estos derivados en el 65% de las mujeres analizadas.

Entre los efectos más conocidos se citan la inquietud, la ansiedad, la alteración de la conducta y de la sensibilidad, la pérdida de memo-

ria, la desorientación, los temblores, la ataxia, la alucinación, los cambios hormonales, la desmielinización, la dispepsia intestinal o colon irritable y la alergia.

El glifosato, un herbicida prohibido a partir del 2022, utilizado masivamente en la actualidad puede producir alteraciones en el tubo neural, defectos cardíacos y malformaciones en las extremidades.

Las dioxinas: también conocidas como furanos y los policlorodibenzo-dioxinas.

Entre los trastornos que puede producir en el embarazo destacan las malformaciones congénitas, la infertilidad y alteraciones en el crecimiento intranatal.

En un estudio realizado en Missouri (USA) y en Yun-Cheng (China), en el período 1985-1993, de madres residentes en zonas contaminadas se observó un lento crecimiento fetal, un retraso psicomotriz, alteración de la conducta y una mayor mortalidad fetal.

Los hidrocarburos: derivados del petróleo.

Destacan la parafina, el butano, el metano, el nafteno, el ciclohexano, el vinilo, el PVC, la anilina o el benceno, el plástico, el caucho sintético, el ácido cianhídrico, los pegamentos, los detergentes, los disolventes, las resinas, la ropa acrílica o nylon de deporte y neopreno, los aceites industriales, los líquidos refrigerantes, el gas. etc.

También pueden provocar encefalopatía, fatiga crónica, epilepsia, parálisis y trastornos de la conducta.

En el período 1981-82 se presentó en la zona centro de España una epidemia, no enfermedad rara, que afectó a unas 20.000 personas adultas, con 350 fallecimientos.

La causa principal se le atribuyó al aceite de colza mezclado con 2% de anilina o benceno.

Los fármacos: entre los más destacados están los antiinflamatorios, los antitérmicos, los antibióticos, los diuréticos, los antifúngicos, las hormonas, los antiepilépticos, los anticoagulantes, los citostáticos, la metildopa, los sedantes, los estimulantes y anfetaminas, los betaadrenérgicos, la cloroquina, el metronidazol, el clofibrato, los antiácidos con bismuto o aluminio, los antihipertensivos, los antivirales y retrovirales, la teofilina, el interferón, las vitaminas A y D, la aspirina, el paracetamol, los antidepresivos, la cimetidina, las sulfamidas, el ácido valproico, la insulina, los corticoides, los antieméticos, el alopurinol, el tamoxifeno, las isoniacidas, etc.

Recordemos 3 casos de fármacos.

En el año 1957, una farmacéutica alemana fabricó la talidomida para los vómitos, náuseas del embarazo y para la ansiedad.

La talidomida originó en España 3.000 malformaciones de las extremidades (focomelia) y en el mundo 10.000 malformaciones.

En el año 1962 en Gran Bretaña se descubrió el síndrome de Reye que consistía en una encefalitis, una hepatitis e incluso la muerte tras la ingesta de la aspirina (AASS).

En el año 2024 se comenzó a relacionar la toma del paracetamol (Acetaminofeno) durante el embarazo con el síndrome de espectro autista.

Los productos de la limpieza, de cosmética, de la industria y los aditivos: ftalato, percloroetileno (PERC), triclosán, amonio cuaternario, 2 butoxietanol, amoniaco, hidróxido de sodio, dietilenglicol, peróxido de hidrógeno, hipoclorito sódico, ácido muriático, alguicidas, etanol, fosfato trisódico, aceites minerales del petróleo, éteres del glicol, ácido sulfúrico, metales pesados (plomo, mercurio, zinc, plata, litio, cadmio), ácido oxálico, ácido acético, hidroquinona, ferrocianuro,

dietileno, fenoles, ácido clorhídrico, alquitrán, aluminio, halógenos (flúor, cloro, bromo y yodo), parabenos, sulfatos, silicona, nanopartículas, formaldehído, fluoruros, colorantes sintéticos, etanolamina, lauril sulfato, nitrosaminas y copolímeros.

Todas estas moléculas sintéticas se encuentran en las aguas árticas, en los ríos, en los mares, en las aguas potables, en el cuerpo de los progenitores y en el líquido amniótico.

Entre las reacciones destacan la infertilidad masculina y femenina, la disrupción hormonal, las alergias, el síndrome de multisensibilidad y las alteraciones neurológicas intranatales.

En la década de los 80 empezaron a observarse las primeras reacciones en general y del embarazo en particular que aparecen tras la utilización del glutamato y del aspartame en la alimentación y de los nitritos en el agua potable.

Las vacunas: tosferina, gripe A, gripe coronavirus, difteria, tétanos y rubéola.

Entre los componentes conocidos de estas 6 vacunas destacan la presencia de anatoxinas del tétanos, difteria y tosferina, los virus influenzae y corona, de ácido clorhídrico o muriático (sulfumán), ALC 0315, antibióticos, ADN, ARNm, aspartamo, B-propiolactona, benzetoni, benzonase, bórax, bromuro de cetrimonio, células humanas Vero, tejido fetal clonado, albúmina humana, proteína de huevo, hidróxido de sodio, escualeno, polisorbato, tocoferol, fenol y fenoxietanol, formol, gelatina, glicina, glifosato, glutamato, glutaraldehído, látex, lecitina y cefalina, manitol, lactosa, glucosa, sacarosa, tiomersal (etilmercurio y AASS o aspirina), médium 199, oxindol, polietilenglicol, sacarina, sales de aluminio, sulfatos de amonio, de bario y acetamina, tiocianato de sodio, tributilfosfato, ácido fosfórico, tritón X-100 y trometamol.

Todas estas moléculas que existen en las vacunas pasan masivamente a la circulación útero-fetal y, aunque su presencia pueda oscilar entre trazas, microgramos y miligramos, su toxicidad es conocida ya desde 1930.

El hecho de inyectar estas vacunas por vía intradérmica y no pasar por la mucosa digestiva ni cutánea hace que no puedan los microorganismos reducir la carga tóxica presente en las vacunas.

Actualmente se han descrito inflamaciones de la placenta o corioamnionitis tras la vacunación y un aumento de los fallecimientos fetales entre las 27^a-36^a semanas. La vacunación en el embarazo se indicó en el 2010 a partir de la 27^a semana.

Por primera vez en el mundo en el 2017 se declaró la primera reacción en el embrión con la vacunación de la tosferina, la difteria y el tétanos.

RECORDEMOS LA RUBÉOLA

En estudios patrocinados por la OMS en la época prevacunal, anterior al 1964, se encontró que el 80-96% de las mujeres entre 18-22 años de las principales áreas continentales de España, Europa, Australia, América, África y Japón tenían presencia del virus rubéola y sus correspondientes anticuerpos.

En la época postvacunal (1980) en España se encontró entre las mujeres en edad fértil la presencia del virus y de anticuerpos entre el 83-97%.

En la actualidad, la vacunación antirrubéola no es factor determinante del estado inmunitario de la mujer, sino que la protección se debe fundamentalmente a la presencia natural del virus en el cuerpo.

La rubéola congénita tanto se puede presentar en madres vacuna-

das como no, siendo en las vacunadas más frecuente.

En Europa entre 1970-1993 se publicaron 30 malformaciones, la mayor parte en mujeres vacunadas.

Teratógenos Infecciosos (TORCH): la rubeola, la toxoplasmosis, el citomegalovirus, el treponema (sífilis) y el herpes. Son las más conocidas en nuestro medio. Todos estos microorganismos están presentes de manera saprófita en el útero y el feto.

La inmunidad y las condiciones de vida de la madre y del medio hacen que el riesgo de infección intra-natal sea bajísima y poco frecuente.

RECOMENDACIONES

Aunque no es posible controlar la contaminación de manera global, sí podemos tener en cuenta de manera local unas ciertas indicaciones.

1. Realizar una depuración, detoxificación o quelación de los progenitores, 6-9 meses antes de la fecundación.
A base de una alimentación vegana, ecológica y de ayuno al que añadiremos cilantro, cúrcuma, uva negra y tierra volcánica en polvo.
2. Reducción de la ingesta de fármacos durante el embarazo.
3. No utilizar pruebas rayos X ni ecografías.
4. Disminución de los campos electromagnéticos diarios (pantallas, wifi, móviles, etc.) en la casa o lugar de trabajo en el período de gestación.
5. Llevar a cabo excursiones a la montaña, al mar y al bosque lo más frecuentes posibles.
6. Utilización mínima del coche.
7. Alejarse de los invernaderos, de los lugares de trabajo muy contaminados.
8. Abandono del uso de cosmética artificial, antisépticos orales y dentífricos, de los aditivos ali-

mentarios, de las ropas acrílicas ceñidas y de las bebidas deportivas.

9. Introducción de mayor cantidad de alimentos ecológicos, de alimentación vegana o vegetariana durante el embarazo.
10. Sustitución de los productos de limpieza por vinagre, bicarbonato, limón y arcilla...
11. No vacunarse de la tosferina, de la rubéola, de la gripe A, de la gripe coronavirus, del tétano ni de la difteria.
12. Ventilación de los pisos y de las casas diariamente.
13. Mínima utilización del plástico y sus derivados: mejor el papel, el cristal, la cerámica y el acero.
14. Procurar no utilizar los alimentos y productos elaborados o fritos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Langman. Embriología Médica. 5ª Edición. Editorial Panamericana.1985.
- Bargmann. Histología. 4ª Edición. Editorial Espaxs.1981.
- Arthur C. Guyton. Tratado de Fisiología Médica. 4ª Edición. Editorial Interamericana. 1971.
- Williams Obstetricia. 14º Edición. Salvat Editores. 1973.
- Balcells, A. La Clínica y el Laboratorio. 20º Edición. Editorial Masson. 2004.
- DW Smith. Atlas de Malformaciones somáticas en el niño. 2ª Edición. Editorial Pediátrica. 1978.
- Dominguez Bencomo, Isabel. Contaminantes ambientales en el Líquido amniótico y efectos neonatales en las gestantes de Tenerife. Tesis doctoral Universidad de la Laguna. 2016.
- Ovejero, S. Embolismo del Líquido Amniótico durante el parto. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Vol. 34, nº 6 (236-238). Nov.2007.

- Mayor Zaragoza, F. Incidencia del medio ambiente interno en alteraciones patológicas que cursan con retraso mental. Información Terapéutica de la Seguridad Social. Vol. 9, nº 3. Marzo 1985.
- Porta, M. Nuestra contaminación interna. 1ª Edición. Editorial Catarata. 2009.
- Ansedo, Manuel. Un mapa del cerebro en formación dibuja el origen de trastornos mentales. El País, jueves 8 de noviembre 2025.
- Dalmau, Josep (Neurólogo). Descubrimos cosas asombrosas: la encefalitis autoinmune. El País, 15 de marzo 2024.
- Gueguen, Catherine. Pour une enfance heureuse. Editions Robert Laffont. Paris 2014.
- Toxics al cos. Cartas al lector. La Vanguardia, 25 de agosto 2009.
- Terrence J. Moléculas limpiadoras. Investigación Ciencia. Scientific American, nº 356. Mayo 2006.
- Uriarte, X. De los Tóxicos del tejido nervioso. La Dieta neurológica. Autoedición. 1ªEdición. Febrero 2008.
- Acetaminophen Use During Pregnancy and Children's Risk of Autisme, ADHD and intellectual Disability. JAMA 331 (14):1205.
- Carlota, Candau. Infecciones TORCH. Guías asistenciales Perinatología. Andalucía. SAGO. 2023.
- Maternal Tdap vaccination and risk of infant morbidity. Vaccine, 2017 June 22, 35 (29); 3655-3660.
- Güell, Oriol. Un estudio cuadruplica el número oficial de muertes por maternidad. El País, 31 de julio 2023.
- Salleras, Lluís. Vacuna antirrubéola. Vacunas Preventivas. Editorial Masson. 1998.

Ecología del parto en casa



Autora: Pepi Domínguez Cano (Comadrona)

Fecha de finalización: 23 de marzo 2026

Contacto: lesllevedores@gmail.com

El parto en casa ha resurgido en las últimas décadas como una opción válida y deseada por muchas mujeres que buscan una experiencia de nacimiento más íntima, respetada y coherente con sus criterios. El parto domiciliario planificado, acompañado por comadronas expertas, se fundamenta en una comprensión profunda de la fisiología procreativa, así como en evidencia científica actualizada.

El cuerpo de la mujer está biológicamente preparado para gestar, parir y amamantar. El parto en casa favorece el desarrollo espontáneo de este proceso al reducir intervenciones médicas que, aunque pueden ser vitales en situaciones de riesgo, en contextos de bajo riesgo pueden interferir con la fisiología natural.

El parto es un proceso de la sexualidad femenina, en un entorno familiar, la mujer suele experimentar menores niveles de estrés. Esto tiene un impacto directo en la producción hormonal: la oxitocina (hormona clave en las contracciones uterinas necesarias para el proceso de parto) fluye con mayor facilidad en condiciones de seguridad emocional, privacidad y confianza. A su vez, la reducción de catecolaminas (hormonas del estrés) favorece un trabajo de parto más eficiente y placentero al liberarse endorfinas.

El parto en casa permite libertad de movimiento, elección de

posturas más verticales y una escucha activa del propio cuerpo, factores que contribuyen a una menor duración del parto y a una menor incidencia de intervenciones como episiotomías o cesáreas.

En el parto en casa la mujer y su criatura tienen el auténtico protagonismo, sobre su cuerpo y su experiencia procreativa.

Durante siglos, el parto fue un proceso vivido en la intimidad de la familia, con la medicalización del siglo XX pasó a institucionalizarse, pasando a ser un proceso quirúrgico dentro del hospital, muchas veces despojando a las mujeres de su capacidad de decisión y de parir.

Elegir parir en casa hoy en día es un acto de autonomía y empoderamiento de la mujer porque la sitúa en el centro del proceso, acompañada por la comadrona de su elección que respeta sus tiempos, decisiones y necesidades. Este modelo fomenta un vínculo de confianza entre la madre y la comadrona cosa que facilitará el proceso del parto.

Asimismo, el parto en casa permite integrar dimensiones emocionales, culturales y espirituales del nacimiento, reforzando la identidad y la experiencia placentera de la maternidad.

Diversos estudios han demostrado que, en embarazos de bajo y medio riesgo y con una adecuada selección de casos, el parto en casa planificado es tan seguro como el

hospitalario en términos de resultados perinatales. Además, presenta menores tasas de intervenciones médicas.

Entre los beneficios documentados se encuentran:

- Menor uso de analgesia farmacológica.
- Reducción significativa de cesáreas.
- Menor tasa de partos instrumentales.
- Mayor satisfacción materna.

La clave radica en la planificación: evaluación previa del riesgo, presencia de comadronas cualificadas, acceso a transporte sanitario en caso de traslado y coordinación con el sistema de salud.

El lugar donde nace un bebé no es un detalle menor. El entorno físico y emocional influye directamente en la experiencia del parto. En su casa, la mujer se encuentra en un espacio conocido, donde puede controlar la iluminación, los sonidos, la temperatura y las personas que la acompañan.

Este “territorio seguro”, su hogar, favorece la liberación de hormonas necesarias para el parto y reduce la sensación de vulnerabilidad. Las mamíferas tienden a parir en lugares donde habitan y se sienten protegidas; la mujer es una mamífera y el bebé también lo es.

Además, el entorno doméstico facilita el contacto piel con piel in-

mediato y prolongado, sin interrupciones, cosa que facilita la estabilidad térmica y cardiorrespiratoria del bebé.

Durante el parto vaginal, el bebé entra en contacto con las bacterias del canal de parto y del entorno inmediato, iniciando la colonización de su microbioma.

Este microbioma inicial juega un papel crucial en el desarrollo del sistema inmunológico, metabólico y neurológico del recién nacido. En un entorno doméstico, la exposición bacteriana es más coherente con el ecosistema familiar, lo que puede favorecer una colonización más diversa y equilibrada.

Por el contrario, entornos altamente esterilizados, administración de antibióticos indiscriminadamente o intervenciones como cesáreas pueden alterar este proceso natural.

El parto en casa facilita el inicio precoz de la lactancia materna. Sin separaciones innecesarias, el bebé puede permanecer en contacto continuo con su madre, lo que favorece el reflejo de succión y la producción de leche.

La oxitocina, liberada durante el parto y el contacto piel con piel, también es esencial para la contracción uterina y el alumbramiento de la placenta, procurando un proceso más fisiológico para evitar sangrado materno y complicaciones en el postparto. Un entorno tranquilo y sin interrupciones permite que este proceso se establezca de manera más fluida.

Diversos estudios han asociado el parto respetado con mayores tasas de lactancia materna exclusiva y prolongada, con beneficios conocidos para la salud del bebé y de la madre.

El pinzamiento tardío o cierre fisiológico del cordón umbilical es una práctica habitual en el parto en casa. Consiste en esperar a que el cordón deje de latir antes de cortarlo, permitiendo que el bebé reciba

la transfusión de sangre placentaria necesaria.

Este proceso tiene múltiples beneficios:

- Aumenta las reservas de hierro del bebé.
- Reduce el riesgo de anemia en los primeros meses de vida.
- Favorece una transición más suave a la respiración autónoma.
- La sangre del cordón contiene “células madre”.

El respeto de los tiempos fisiológicos del cordón forma parte de una visión integral del nacimiento, donde cada etapa es valorada y acompañada sin prisas por la comadrona.

El parto en casa también puede entenderse desde una perspectiva ecológica. Al reducir el uso de recursos hospitalarios, desplazamientos y materiales desechables, se disminuye la huella ambiental del nacimiento.

Además, promueve una relación más consciente con el cuerpo, la salud y el entorno. La crianza que comienza con un parto respetado tiende a alinearse con prácticas más sostenibles, como la lactancia materna, el colecho o el uso de productos reutilizables.

Este enfoque integral conecta el nacimiento humano con los ciclos naturales, reconociendo la interdependencia entre salud individual y salud planetaria.

El parto en casa, cuando es planificado y acompañado por comadronas expertas, constituye una opción válida, segura y enriquecedora para muchas mujeres, sus criaturas y sus familias. En España es una práctica minoritaria y no está dentro del sistema nacional de salud aun conociendo sus beneficios y que la evidencia científica lo avala.

Los beneficios abarcan dimensiones fisiológicas, emocionales, sociales y ecológicas, ofreciendo una experiencia de nacimiento más respetuosa con los ritmos naturales y con la autonomía de la mujer.

Es un modelo de atención que invita a repensar el nacimiento desde una perspectiva más fisiológica, científica y sostenible. En un contexto donde la medicalización excesiva es objeto de creciente debate, el parto en casa emerge como una opción que pone en el centro lo esencial: la vida que comienza y la mujer que la gesta, la pare y la cría.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
- Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2023.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Recomendaciones sobre la atención al parto en casa. Madrid: FAME; 2022.
- Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya. Guía asistencial del parto en casa basada en la evidencia científica. Barcelona: COIB; 2025.
- Alcaraz-Vidal, L., Escuriet, R., Palau-Costafreda, R., León-Larios, F., & Robleda, G. (2024). Midwife-attended planned home births versus planned hospital births in Spain: Maternal and neonatal outcomes. *Midwifery*, 136, 104101.
- Escuriet R, Pueyo MJ, Biescas H, Coll A, White J, Barona C. Midwife-attended planned home births versus planned hospital births in Spain: maternal and neonatal outcomes. *Midwifery*. 2015;31(1):107-113.
- Escuriet R, Alcaraz-Vidal L, Costa D, et al. Outcomes of planned home births assisted by midwives in Catalonia: a population-based cohort study. *Midwifery*. 2024;129:103887.

- García-Mantrana I, Collado MC, Obiol M, Escuriet R, Martínez-Costa C. MAMI: a birth cohort focused on maternal-infant microbiota during early life. *BMC Pediatrics*. 2019;19:140.
- International Confederation of Midwives. Position statement: home birth*. The Hague: ICM; 2020.
- Escuriet, R., et al. (2021–2023). Birth practices and neonatal microbiota development. *Estudios observacionales, España*.
- León-Larios, F., et al. (2024). Enablers and barriers to practice planned home birth for midwives in Spain. *Midwifery*.
- Núñez García, O., et al. (2024). Mortalidad perinatal en la Unión Europea: ¿Influye el lugar del parto? *Revista Científica de Enfermería*.
- Rico Becerra, J. I., & Sánchez Navarro, M. C. (2022). La seguridad del parto planificado en casa. *Cultura de los Cuidados*, 26(62).
- Hutton EK et al. Perinatal or neonatal mortality in planned home vs hospital birth. *PubMed*. 2019.
- MacDonald H. Home birth as safe as hospital birth for low-risk women. *BMJ*. 2009.
- Olsen O. Meta-analysis of observational studies on home birth safety. *Cochrane Colloquium*.
- Bohren MA et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database*.

SITIOS DE INTERÉS

- [Asociación Nacer en Casa](#)
- [Artículo sobre parto planificado en domicilio del Dr. Juan Ger-vás](#)
- [Plataforma pinzamiento óptimo](#)



Construyendo un robusto Sistema Inmune desde el embarazo



Autor: Antonio Brito (Médico Obstetra y Ginecólogo)

Fecha de finalización: 25 de febrero 2026

E-mail: tonibrito@hotmail.com

El autor con unas décadas de experiencia en ginecología y obstetricia nos habla de las capacidades del organismo de autorregularse a lo largo de la vida sin necesidad de muchos elementos externos. Este mecanismo innato que tiene la embarazada hace que durante el período intranatal el crecimiento y maduración del bebé esté protegido. También nos indica los errores en la utilización de los antibióticos y de las vacunas durante el embarazo.

Existe un sistema esencial en el cuerpo humano que no está relacionado con unos órganos en particular, sino que se puede decir que todos los órganos e incluso todas las células del cuerpo lo conforman. Sus funciones son múltiples; regula la homeostasis, el equilibrio hormonal, la destrucción de células que por la edad o por problemas surgidos en la división celular (como por ejemplo mutaciones o defectos en la división y réplica del ADN) necesitan ser recicladas. Ésta última función le hace imprescindible en la regulación de las células cancerosas.

Este sistema también es responsable de la reparación de heridas y defectos tisulares y de la eliminación de desechos en tejidos mediante el fantástico mecanismo de la inflamación.

Por otro lado, evita enfermedades crónicas (que son las verdaderas enfermedades, las agudas son solo la manifestación de los procesos curativos del cuerpo) como asma,

alergias, diabetes juvenil o tipo 1, atopias, celiaquía, entre muchas otras.

También participa en el equilibrio de todos los microorganismos que habitan en nuestro cuerpo y que son imprescindibles para una vida saludable. Hongos, bacterias e incluso parásitos, conformando una microbiota que nos suministra vitaminas y oligoelementos, nos ayudan en la digestión y asimilación de los alimentos, además de protegernos en contra de la colonización de agentes externos.

Es decir, es un Sistema que regula y coordina todas las funciones de nuestro organismo. Si, nos referimos al Sistema Inmune (o inmunitario), pero curiosamente lleva ese nombre sólo por la última función que hemos nombrado, por la regulación que ejerce sobre los microorganismos, las mal llamadas “defensas” (esta concepción falaz y belicista del cuerpo humano como una fortaleza que está siendo ataca-

da por bichos malos daría para otro artículo).

Pues este maravilloso Sistema Inmune (SI) se va formando y madurando durante todo el embarazo asistido por el ya maduro Sistema Inmune de la madre, y la prueba de fuego se presenta con el nacimiento y la lactancia (gracias a ésta la madre sigue asistiendo al Sistema Inmune del bebé mediante los anticuerpos y los virus que se intercambian (sí los virus).

Por lo anterior se deduce la importancia que tiene el proteger y cuidar este proceso de formación y maduración del SI durante el embarazo. Sin embargo, muchas de las actuaciones médicas durante este periodo atacan directamente la maduración del SI del feto, por lo que debemos conocerlas y evitarlas en lo posible.

No voy a entrar en este artículo en cuestiones como la nutrición o el estado psicoafectivo de la madre pues esto sería tema de varios artículos, sino que lo haré en otras

cuestiones como el uso de antibióticos, antifúngicos, vacunas, así como las cesáreas, la separación del recién nacido de la madre, el corte precoz del cordón umbilical, el bañar con jabones al RN y la manipulación de éste por personas ajenas a la unidad familiar habitual durante los primeros días de vida, etc.

Existe un sistema esencial en el cuerpo humano que no está relacionado con unos órganos en particular, sino que se puede decir que todos los órganos e incluso todas las células del cuerpo lo conforman

Durante el embarazo se deben evitar todos los antibióticos que no sean imprescindibles (o sea todos, excepto en el excepcional caso de infección en sangre o septicemia grave de la madre). Los antibióticos producen un desequilibrio en el microbioma tanto en la madre como en el feto y, por tanto, compromete ambos SI pues estos tienen que lidiar con este desequilibrio aparte del problema primario por el que se ha dado el antibiótico. Además, TODOS los antibióticos son tóxicos, (anti bio significa anti vida) y, por lo tanto, el cuerpo necesita desintoxicarse de ellos. No en vano, nuestros abuelos decían que “los antibióticos aflojan” (dicho canario), es decir, te debilitan. Todos tienen efectos secundarios y todos afectan al feto, aunque la mayoría de las veces el maravilloso sistema homeostático del cuerpo, en el que también participa el SI, se encarga de minimizar estos efectos por lo que suelen pasar desapercibidos.

Lo mismo aplica a los antifúngicos, utilizados frecuentemente en el embarazo debido a los cambios fisiológicos en el PH del cuerpo de la madre que hacen frecuente la

proliferación de candidas en vagina.

Todas estas mal llamadas “infecciones” tanto de bacterias como de hongos pueden ser tratadas de forma efectiva y sin efectos secundarios con distintas técnicas (probióticos, homeopatía, fitoterapia) sin necesidad de recurrir a estos fármacos.

Las vacunas forman un capítulo aparte. Hasta no hace mucho estaba contraindicado (con muy buen criterio) vacunar a embarazadas, pero esto restaba importantes beneficios a la farmaindustria y, poco a poco, se han ido implantando protocolos para introducir vacunas durante la gestación sin que se hayan realizado estudios serios acerca de su seguridad en el embarazo ni tampoco sobre su eficacia real, como veremos más adelante.

Otras sustancias que atacan al sistema inmune tanto de la madre como del feto son las hormonas y los disruptores hormonales. Las hormonas más frecuentes administradas en el embarazo son la progesterona (para, supuestamente, disminuir las posibilidades de aborto espontáneo en el primer y segundo trimestre, y el parto prematuro en etapas tempranas del tercer trimestre, aunque nada de esto esté avalado por evidencia científica), y las prostaglandinas y oxitocina en la inducción y estimulación del parto. Quiero dejar claro que estas últimas hormonas son útiles y a veces necesarias, pero se usan de forma indiscriminada y sin indicaciones claras. Si se utilizaran solo en aquellos casos en que son realmente necesarias, su uso no llegaría ni al 1% de lo que se están utilizando en los paritorios en la actualidad. Los disruptores hormonales se encuentran sobre todo en los alimentos, debido principalmente al uso de herbicidas, pesticidas y fertilizantes en su producción y al envasado en plásticos después. También habría que mencionar los estrógenos utilizados en la ganade-

ría industrial, que incorporamos a nuestro cuerpo tanto con los alimentos como en el agua potable.

Por supuesto también afecta al SI la separación del recién nacido de su madre en el periodo neonatal. La creación de un vínculo, el contacto piel con piel, la lactancia precoz en el mismo momento de nacer, el olor de la madre, el sonido del corazón y de la voz materna (también el de la voz paterna), el corte tardío de cordón, son todos ellos factores que han demostrado repercutir en la correcta maduración de este sistema. Todo esto suele ocurrir sobre todo en los partos mediante cesárea, que es una técnica quirúrgica maravillosa cuando es realmente necesaria, pues salva vidas. El problema es que la gran mayoría de ellas las podríamos llamar realmente “innecesarias” (en lugar de “cesáreas”) pues se hacen demasiado alegremente y, en muchas ocasiones, sin una indicación clara.

Como conclusión diría que la mejor prevención de enfermedades no son las vacunas ni los antibióticos, sino una alimentación y unos hábitos de vida sanos, vivir el embarazo sin miedos, disfrutándolo y organizarse para tener un parto gozoso y respetado, sin separación madre bebé y una buena lactancia materna con contacto piel con piel

De todas formas, este impacto en el SI se puede disminuir cambiando protocolos para hacer “cesáreas humanizadas” que ya existen en muchos hospitales españoles, en éstas se deja entrar un acompañante a elección de la gestante, se realiza la

extracción del bebé de forma lenta, controlada, permitiendo a la pareja ver el nacimiento si así lo desean, el corte de cordón se hace tardío mientras el bebé está sobre el pecho de la madre, lactando si así lo desea.

Pues este maravilloso Sistema Inmune (SI) se va formando y madurando durante todo el embarazo asistido por el ya maduro Sistema Inmune de la madre, y la prueba de fuego se presenta con el nacimiento y la lactancia (gracias a ésta la madre sigue asistiendo al Sistema Inmune del bebé mediante los anticuerpos y los virus que se intercambian

Mientras tanto se deja salir la placenta espontáneamente o con una suave tracción del cordón, no separando a la madre del recién nacido durante el postoperatorio. Este tipo de cesáreas es perfectamente plausible si no aparecen complicaciones, y minimizan mucho el impacto de éstas en el sistema inmune. Las animo a pedir este protocolo en su hospital de referencia durante el embarazo.

Pero éste sería tema de otro artículo, en éste quiero centrarme sobre todo en los antibióticos y vacunas que se utilizan de forma excesiva en el embarazo y parto.

En el primer trimestre se abusa de los antibióticos para “prevenir” las infecciones urinarias en la madre, dándose cursos de antibióticos por “bacteriuria asintomática” (eso de las enfermedades “asintomáticas” da mucho juego para el negocio de la industria farmacéutica, solo tenemos que recordar el “COVID asintomático”) con la excusa

de prevenir abortos en primer y segundo trimestre y partos prematuros y RN de bajo peso en el tercer trimestre. Sin embargo, no existe ninguna evidencia de que el tratamiento antibiótico “preventivo” para la bacteriuria asintomática reduzca ninguna de estas complicaciones y sí que hay evidencia de que dicho tratamiento afecte de forma negativa tanto a la microbiota de la madre como al desarrollo del sistema inmune del feto (estudio REDUCE 2015).

Otra “agresión antibiótica” muy frecuente se da con el protocolo del Estreptococo Agalactiae (SGB) del tercer trimestre. A todas las embarazadas en la semana 36-37 se les hace una toma vaginal y rectal para detectar si son estreptococo (+). En caso de que así sea (aproximadamente en un 40% de ellas) se les trata de forma preventiva con penicilina (o gentamicina si son alérgicas a ésta) durante el trabajo de parto o desde la ruptura de bolsa amniótica si ésta ocurre antes del comienzo del parto. En los estudios en los que se basan estos protocolos no se tuvieron en cuenta factores como: excesivas exploraciones vaginales durante el parto, comienzo precoz de la lactancia materna, no separación del binomio RN madre, estado de salud y de nutrición de la madre durante el período perinatal, uso concomitante de otros antibióticos durante ese periodo. En revisiones posteriores (revisión Cochrane del 2014) se observó que la mortalidad neonatal no se modificaba con la introducción de este protocolo pero sí que aumentaban las posibilidades de otras “infecciones” en el bebé y en la aparición de mastitis que dificulta la lactancia materna con el correspondiente incremento en los fracasos de ésta y los problemas de salud que ello acarrea en el bebé. De hecho en países como Reino Unido u Holanda se suspendió el protocolo generalizado dejándolo solamente para casos de alto riesgo como pre-

maturos. En otro estudio más reciente (julio de 2024) publicado en [The Lancet \(eClinicalMedicine\)](#) compara las diferentes estrategias (cribado universal vs. factores de riesgo) y refuerza las evidencias de que este protocolo aumenta las sepsis por gérmenes no-EGB y la resistencia a los antibióticos. En España se sigue utilizando a pesar de que los riesgos superan con mucho a los beneficios.

En España actualmente se recomiendan principalmente 3 vacunas durante el embarazo: La de la gripe, en cualquier trimestre si coincide con la campaña estacional, la del COVID 19 también en cualquier momento del embarazo y la de la tosferina entre las semanas 27 y 36. Hay que tener en cuenta que esta última son en realidad tres vacunas en una sola inyección: la tosferina, el tétanos y la difteria, dado que no existe vacunas separadas para cada enfermedad.

Antes que nada tengo que decir que no existe ninguna vacuna en las que se hayan realizado estudios serios prospectivos ni a doble ciego sobre su seguridad ni eficacia. Creo que es de conocimiento general que la vacuna de la gripe es ineficaz, de hecho los sanitarios en España tienen una tasa de vacunación del 39% según datos oficiales (estos datos están inflados porque se calculan a base de encuestas en los que muchos dicen estar vacunados sin estarlo) y esto es porque sabemos que la eficacia es muy baja. En cuanto a la vacuna del COVID creo que ya es sabido que no previenen ni de la enfermedad, ni de la transmisión ni de la gravedad. Solo parece prevenir de los ingresos hospitalarios, pero esto tiene un sesgo importante, si estás vacunado los médicos interpretan que tienes menos riesgos y, por tanto, tienden a ingresar menos. Hay que tener en cuenta que todos los estudios sobre vacunas están financiados o por los sistemas de salud nacionales o por las compañías farmacéuticas que

los fabrican, por lo que no nos podemos fiar de sus resultados pues sabemos que si no obtienen lo que buscan los guardan en el cajón. Puedo decir que en mi experiencia personal el aumento de abortos y de malformaciones fetales tras la comercialización de esta vacuna fue espectacular. Hay que tener en cuenta que está hecha con tecnología ARN-m y que ya se ha comprobado que éste puede insertarse en nuestro ADN mediante la transcriptasa inversa.

En cuanto a la vacuna de la tosferina en el embarazo, su introducción se realizó basándose en estudios observacionales y no en estudios a doble ciego (con placebo) que son de los que más o menos te puedes fiar. Además, en la mayoría se basaron en la inmunogenicidad (tasas de anticuerpos en sangre) pero no en la eficacia real en la prevención de la enfermedad o en la disminución de la mortalidad). La tasa de mortalidad de neonatos (hasta los 3 meses) por tosferina antes de la introducción de la vacunación en el embarazo era del 0,02 por mil (0,002%), si introducimos la variable de cuanto era la mortalidad por esta enfermedad en los niños con lactancia materna (se calcula que las tasas de mortalidad de las “enfermedades infecciosas” se reducen en un 75% de media con la lactancia materna) nos quedaría una mortalidad del 0,0005%, es decir, 5 de cada 100 mil bebés. Y aquí no estamos contando la alimentación de la madre, los hábitos sanos

durante el embarazo, etc. Con esta incidencia ¿realmente merece la pena el riesgo que supone una vacunación masiva a embarazadas?

En cuanto a la seguridad de esta vacuna, en la mayoría de los estudios (todos observacionales sin comparación con placebo, por supuesto) se han estudiado solo con la vacuna de la tosferina no con la TDPA al completo. Además, todos ellos se hicieron con valoraciones a corto plazo y sin mirar las posibles enfermedades autoinmunes que sabemos que son las más frecuentes en cuanto a los efectos secundarios de las vacunas en general.

Como conclusión diría que la mejor prevención de enfermedades no son las vacunas ni los antibióticos, sino una alimentación y unos hábitos de vida sanos, vivir el embarazo sin miedos, disfrutándolo y organizarse para tener un parto gozoso y respetado, sin separación madre bebé y una buena lactancia materna con contacto piel con piel.

BIBLIOGRAFÍA

– Estudio REDUCE (2015): Kazemier BM, Koningstein FN, Schneberger C, Ott A, Bossuyt PM, de Miranda E, Vogelvang TE, Verhoeven CJ, Langenveld J, Woiski M, Oudijk MA, van der Ven JE, Vlegels MT, Kuiper PN, Feiertag N, Pajkr E, de Groot CJ, Mol BW, Geerlings SE. Maternal and neonatal consequences of treated and untreated asymptomatic

bacteriuria in pregnancy: a prospective cohort study with an embedded randomised controlled trial.

Lancet Infect Dis. 2015 Nov;15(11):1324-33. doi: 10.1016/S1473-3099(15)00070-5. Epub 2015 Aug 5. PMID: 26255208.

- Cochrane Library. Intrapartum Antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. Arne Ohlsson, Vibhuti S Shah. Version published: 10 June 2014 Version history. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007467.pub4>
- Intrapartum antibiotic prophylaxis to prevent Group B streptococcal infections in newborn infants: a systematic review and meta-analysis comparing various strategies
- Timothy J. R. Panneflek t.j.r.panneflek@lumc.nl · Gea F. Hasperhovenb · Yamikani Chimwazac · Connor Allend · Tina Lavine · Arjan B. te Pasa · et al. ArticlesVolume 74102748. August 2024.
- Potential health risks of mRNA-based vaccine therapy: A hypothesis Medical Hypotheses; anuary 2023: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2023.111015>
- Pensando en la evolución, pensando en la vida. La biología más allá del darwinismo.
- Máximo Sandín Domínguez. CauaC Nativa. ISBN: 9788493514105 N° Edición: 1ª. Año de edición:2006.



Cuidados en el embarazo



Autora: María Fuentes Caballero (Médica)

Fecha de finalización: Febrero 2026

Contacto: mariafuentes3@yahoo.es

La autora nos hace reflexiones sobre la diferencia que hay entre cuidar y controlar a la mujer en el embarazo. También nos habla de la necesidad de proteger la unidad madre-bebé de la multitud de agresiones en el mundo actual.

“La unión simbiótica tiene su patrón biológico en la relación entre la madre embarazada y el feto. Son dos y, sin embargo, uno solo. Se necesitan mutuamente.” E. Fromm.

¿Qué significa cuidar? Cuidar... curar... según la RAE: “cultivar, guardar, proteger del daño o desgaste, poner atención y esmero”.

Los cuidados del embarazo... los cuidados de la madre... los cuidados de la criatura... los cuidados de parto-nacimiento... los cuidados de la crianza... los cuidados de la vida de quien nace, y quien le ayuda a nacer. Nunca pueden desligarse del cuidado en el sentido ecológico y holístico por la tierra, por los ritmos, por las relaciones, hábitos, creencias, expectativas, recursos, entorno sociopolítico.

Es tan obvia esa realidad que parece gratuito tener que volver a escribir sobre ello. Se está creando una nueva especialidad en los últimos años: salud perinatal se le llama.

Ya en los noventa, el Primal Health Center creado por Dr. Odent en Inglaterra, avanzó multi-

tud de investigaciones al respecto, aunque aún no se le llamara así. Su obra *Santé Primal* (Odent, M. 1987) en los 80, avanzaba el inicio de esa especialidad. No es casual que l@s profesionales que en primer término nos hemos ocupado de la salud perinatal seamos profesionales que hemos pasado muchas décadas atendiendo embarazos y también atendíamos los partos-nacimientos, los postpartos y las lactancias-crianzas. En mi caso -como otros muchos- siendo médica de familia, también he seguido de cerca la salud de esa criatura y del binomio madre-bebé a lo largo de meses y años...muchos años. Llegando a atender ya a la siguiente generación -l@s niet@s-. Con lo cual tenemos una información verdaderamente holística y privilegiada en parte compartida-, en parte aún por desarrollar (Fuentes, M. 2021).

La conclusión más clara de todo ello es sencilla y obvia: todo cuanto acontece en la madre, revierte en la criatura. Esa es la síntesis del concepto de salud primal, y salud perinatal: se está incidiendo en la salud del momento del embarazo en la madre, pero, sobre todo,

se están sentando las bases del diseño de la salud para toda la vida de esa criatura.

Estamos en el momento de mayor “control médico de embarazo” de la historia. También el de mayor yatrogenia. No necesariamente del mayor cuidado. Porque el cuidado implica protección, y no se prioriza en la asistencia al embarazo en los centros privados o públicos la necesidad de proteger a la unidad madre-bebé de la multitud de agresiones que llegan del exterior.

La epidemiología nos cuenta algunos datos:

- Ansiedad en el embarazo, implica la génesis de una personita que tendrá muchas posibilidades de sufrir ansiedad crónica a lo largo de su vida.
- Traumas en el embarazo, van a marcar la psique de la criatura tras el nacimiento, y para siempre (Maté, G. 2014).
- Traumas en el nacimiento, como el abandono, cambiarán la secuencia del ADN en la criatura de manera indefinida.
- Tóxicos medioambientales inciden de manera rotunda y seria, y

hasta grave en la criatura a través de la alimentación, jabones, ropa, plásticos, cosméticos, aire (Olea, N. 2022).

- Vacunas actuales en el embarazo, y fármacos innecesarios, y tóxicos (Uriarte, X. 1998).

De prácticamente nada de todo esto se ocupa actualmente el seguimiento del embarazo y sus protocolos. Y, sin embargo, es lo que con mayor impacto incide en la salud de ambos. La inmensa mayoría de las mujeres-familias, no conocen lo insustituible de una alimentación ecológica. No basta con resumirlo en una “alimentación equilibrada, mediterránea” y añadir Yodo y vitaminas. Tampoco se las informa de cómo protegerse de los impactos del stress, ni de cada una de las variables arriba señaladas.

Tampoco de muchos otros: el stress de todas las embarazadas. La sobrecarga laboral, el stress económico y/o familiar, la frecuente soledad, la casi ausencia de preparación para el parto-nacimiento, el exceso de ecografías, vacunas sin eficacia demostrada, con el riesgo añadido de sus efectos secundarios.

Si de verdad queremos proteger, y cuidar a la embarazada y su criatura, otra de las cosas a tener en cuenta y de las más efectivas sería romper su aislamiento. Ponerla en

contacto con otras futuras mamás, ayudarla a forma parte de un grupo de embarazadas, un grupo de familias y futura crianza que esté dirigido por alguien realmente capacitad@, con una experiencia y visión holística del tema, que pueda:

- Informar de sus necesidades físicas y psíquicas, y derechos sociales y sanitarios. Escuchar sus preocupaciones, dudas, y necesidades. Respecto a embarazo, parto, lactancia y crianza.
- Contactarla consigo misma a través de la conciencia corporal y técnicas básicas de relajación.
- Ayudarla a visibilizar hasta qué punto su compañero-a está involucrad@ o comprometid@ con el proceso y qué necesita ella/bebé al respecto. Y mediar para que eso se lleve a cabo.
- Ampliar su red de apoyo en sus iguales, amigas, familia, redes de mujeres-salud y de familias-lactancia-crianza.
- Ayudarla a reconocer sus creencias, indagar en sus miedos, y entrenarles para que todo ello no sea una limitación, una trampa, sino un trampolín para lo que viven y han de vivir.

Cuidar debe darse antes y durante el proceso de curar. Si cuidamos la vida desde sus inicios en la gestación, y ayu-

damos a la población a hacerlo hasta que se transforme en una auténtica pandemia, la curación casi no se hará necesaria, o sucederá por sí sola. Si cuidamos la Vida en el planeta en su conjunto, sucederá lo mismo que en los humanos: la autorregulación se dará para bien de tod@s.

BIBLIOGRAFIA

- Fromm, E Y sereis como dioses. 2011. Paidós. Barcelona.
- Fuentes Caballero, M. Gestación, nacimiento y crianza desde el sur. 2021. Ed. Icaria, Barcelona.
- Maté, G. 2011. In the realm of hungry ghosts. Ed. North Atlantic Books. Tebeosfera.
- Odent, M. Santé Primal. 1987. Ed. Payot. París.
- Olea, N. Libérate de tóxicos. 2024. Ed. RBA. Barcelona.
- Porta, M. Epidemiología cercana. 2022. Ed. Triacastella. Madrid.
- Ruiz Velez Frias, C. 2003. El bebé, nuestro protagonista. Autoedición A. Nacer en casa.
- Uriarte, X. 1998. Inmunidad o vacunas. De las verdades y los riesgos. Editorial Martorell. Barcelona.
- Wagner, M. Fish can't see water: the need to humanize birth MD. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 75, supplement s25-37, 2001.



Reacciones adversas de las vacunas Covid-19 en el embarazo



Autora: Elena Castro (Médica pediatra)

Fecha de finalización: febrero 2026

Contacto: elcasm69@gmail.com

Incluimos 177 estudios que involucraron a 638.791 participantes de 41 países. Entre los 11 tipos de vacunas contra la COVID-19 identificados, las plataformas más utilizadas fueron ARNm (154 estudios), vector viral (51) y virus inactivado (17). La evidencia de certeza baja a muy baja sugiere que la vacunación puede dar lugar a diferencias mínimas o nulas en comparación con no vacunarse en todos los desenlaces de seguridad maternos e infantiles evaluados, con rangos que van desde 26 eventos menos hasta 17 más por cada 1.000 personas embarazadas, y desde 13 eventos menos hasta 9 más por cada 1.000 recién nacidos, respectivamente. Encontramos reducciones estadísticamente significativas en las cesáreas de urgencia (9%) con vacunas de ARNm, y en la muerte fetal (75–83%) con vacunas de ARNm/vector viral. La eviden-

cia de certeza baja a muy baja sugiere que la vacunación durante el embarazo con vacunas de ARNm puede reducir los casos graves o las hospitalizaciones en personas embarazadas con COVID-19 (72%; intervalo de confianza [IC] del 95%: 42–86), la COVID-19 sintomática (78%; IC del 95%: 21–94) y la infección por SARS-CoV-2 confirmada virológicamente (82%; IC del 95%: 39–95). Las reducciones fueron menores con otros tipos de vacunas y durante el predominio de la variante Ómicron en comparación con los periodos de predominio de Alfa y Delta. Los lactantes también presentaron menos casos graves o hospitalizaciones por COVID-19 y menos infecciones por SARS-CoV-2 confirmadas por laboratorio (64%; IC del 95%: 37–80 y 66%; IC del 95%: 37–81, respectivamente).

REFLEXIONES

Tras la búsqueda llevada a cabo por la pediatra Elena Castro en el área de las reacciones adversas de la vacunación Covid-19 en el embarazo, no ha sido posible encontrar en la bibliografía nacional e internacional ningún efecto perjudicial de la vacunación. Sabemos que existen, pero no se publican.

Sabemos que la mortalidad intranatal a partir de la 27 semana está aumentando en España coincidiendo con la vacunación a partir de la 27 semana, pero no se relaciona la vacunación con la muerte intrauterina.

Sabemos que las vacunas no se pueden experimentar en mujeres embarazadas por los peligros que comportan, pero sí se permite vacunar.



Vacunas y autismo, la verdad silenciada



Autora: Inmaculada Fernández (periodista)

Fecha de finalización: diciembre 2025

Contacto: inma74@hotmail.com

Es para mí un honor presentar mi segundo libro en la Liga para la Libertad de Vacunación, de la que soy socia desde hace años. Gracias a Javier Uriarte, pude presentar mi primer libro: “El Libro Negro de las Vacunas”, en una librería de Madrid en mayo de 2022.

Soy Inmaculada Fernández Díaz, periodista y autora de dos libros sobre vacunas, fruto de mi investigación iniciada en 2010. También soy madre de familia numerosa y mis hijos han sido mi principal motor para buscar la verdad en las fuentes originales, así salí de la ignorancia y pude abandonar la disonancia cognitiva que me asolaba como a la mayoría.

En julio de 2025 vio la luz mi segundo libro: “Vacunas y autismo, la verdad silenciada”, también publicado en Amazon (igual que el primero), donde hago una recopilación de las evidencias publicadas sobre el vínculo entre vacunas y autismo.

Más de 220 estudios, no retractados, publicados en las más prestigiosas revistas científicas: es falso de toda falsedad que sólo haya habido un único estudio, el del Dr. Andrew Wakefield publicado en 1998 en *The Lancet*, que mostrara esa relación y que, como luego fue retractado, dicen, que ya no hay ninguna evidencia entre vacunas y autismo.

Primero: no fue el estudio de Wakefield el primero y el único que

mostró la relación; antes hubo dos estudios de 1996, que también vincularon el autismo con las vacunas: el de Fudenberg y el de Gupta. Y después de Wakefield encontramos más de 220, pero ya no consiguen acaparar el interés mediático; son sometidos al más estricto silencio o censura.

Sostener, desde todos los organismos oficiales, colegios de médicos o asociaciones profesionales, que no hay relación entre vacunas y autismo es una gravísima afrenta a la verdad que solo denota ignorancia u oscuros intereses; lo sabemos bien quienes no tenemos conflictos de interés porque sólo nos mueve la justicia y la verdad, y leemos los estudios independientes publicados en revistas científicas, también recopilados en PubMed, el sistema de búsqueda de artículos científicos de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos.

En “Vacunas y autismo, la verdad silenciada” empiezo exponiendo con detalle los cuatro primeros estudios con los que me encontré que muestran abiertamente la vinculación entre vacunas y autismo, los de la Dra. Theresa Deisher. Están publicados en prestigiosas revistas de ciencia y siguen sin haber podido retractarlos por ninguna espuria razón.

Deisher da la voz de alarma con la introducción, en 1979, de una técnica novedosa para fabricar vacunas infantiles: el cultivo de anti-

genos en líneas celulares de fetos humanos abortados.

Hay cuatro estudios de Deisher:

1. Impacto de los factores ambientales en la prevalencia del trastorno autista a partir de 1979 (“Impact of environmental factors on the prevalence of autistic disorder after 1979”). Publicado en el *Journal of Public Health and Epidemiology*. 2014.

Este estudio investiga un factor ambiental universalmente introducido y previamente pasado por alto, “los contaminantes fetales y retrovirales en las vacunas infantiles, ausentes antes de aparecer los puntos de cambio en la prevalencia del trastorno autista con evidencia subsiguiente de dosis-efecto y mecanismos de acción patológicos conocidos”. Se utilizaron los escenarios de Estados Unidos, Australia Occidental, Reino Unido y Dinamarca.

Los puntos de cambio en estos países corresponden a la introducción o al aumento de las dosis de vacunas fabricadas con líneas de células fetales humanas, mientras que no se encontró ninguna relación con la edad paterna o las revisiones del Manual Diagnóstico y Estadístico del Trastorno Autista (DSM). Además, reveló que la cobertura de vacunación contra la varicela y la hepatitis A se correlaciona sig-

nificativamente con los casos de trastorno autista.

2. Después, en respuesta a los intentos de tratar de confundir con causas sociológicas ambientales, la Dra. Deisher publicó otro estudio en 2015: "Sociological Environmental Causes are Insufficient to Explain Autism Changepoints of Incidence" (Las causas sociológicas ambientales son insuficientes para explicar los puntos de cambio de la incidencia de autismo). Revista: *Issues in Law and Medicine*. 2015.
3. Ese mismo año y revista, la Dra. Deisher publicó otro estudio sobre la relación epidemiológica entre la fabricación de vacunas que contienen células de fetos abortados y la prevalencia del trastorno autista. Estudio: "Epidemiologic and Molecular Relationship Between Vaccine Manufacture and Autism Spectrum Disorder Prevalence". ("Relación epidemiológica y molecular entre la fabricación de vacunas y la prevalencia de los trastornos del espectro autista"). Cuya conclusión fue que las vacunas fabricadas en líneas celulares fetales humanas presentan niveles inaceptablemente altos de contaminantes, como fragmentos de ADN fetal. Deisher deja en evidencia a quienes dicen que la fabricación de estas vacunas no representa peligro alguno para el niño receptor de la vacuna porque aseguran que no quedan restos de ese ADN humano en los viales. Las líneas celulares fetales obtenidas en los años 60 del siglo XX se siguen replicando para ser utilizadas en las vacunas y el estudio contiene datos detallados de la cantidad de ese ADN humano residual que se encuentra en diferentes viales de vacunas analizados.

Este dato es muy relevante: "El promedio de ADN monocatenario y ADN bicatenario en Meruvax II fue de 142,05 ng/vial y 35,00 ng/vial, respectivamente, y 276,00 ng /vial y 35,74 ng/vial en Havrix respectivamente. El tamaño de los fragmentos de ADN fetal en Meruvax II fue de aproximadamente 215 pares de bases". El ADN humano es imposible de eliminar de los viales y, además, está presente en cantidades muy superiores a los que la Agencia Europea del Medicamento impone al ADN carcinógeno (límite de 10 ng/dosis; mientras que el límite de precaución es de 100 pg/dosis). Unos límites que necesariamente debieran aplicarse también al ADN fetal que inevitablemente contamina las vacunas infantiles, según señala la asociación italiana por la libertad de vacunación Corvelva. Corvelva también ha demostrado que los límites se superan.

4. El cuarto estudio de Deisher: "Insertional Mutagenesis and Autoimmunity Induced Disease Caused by Human Fetal and Retroviral Residual Toxins in Vaccines" (Mutagénesis insertional y enfermedad inducida por autoinmunidad causada por toxinas residuales fetales y retrovirales humanas en vacunas). Publicado en *Issues in Law & Medicine*. 2016.

Estos cuatro estudios son sólo una muestra de la larga lista de estudios publicados y no retractados que muestran esta vinculación innegable entre vacunas y autismo.

Y no sólo por la introducción de líneas celulares de fetos abortados, también por las altas cargas de aluminio que llevan las vacunas. El británico Dr. Christopher Exley y otros doctores lo denuncian en sus estudios. Las nanopartículas de aluminio inyectadas mediante va-

cunas pueden migrar al cerebro. Y estamos exponiendo a nuestros bebés a altas cantidades de elementos neurotóxicos que dejarán a los niños afectados en mayor o menor medida.

Antes no había vacunas durante el embarazo, ahora desde hace ya varios años sí, y las vacunas prenatales también dejan afectados, haciendo más difícil para los padres darse cuenta del daño. Por ejemplo, con los daños prenatales que dejan tras de sí las vacunas contra la gripe que se administran a las embarazadas es más fácil hacer creer a los padres que el autismo es genético y no una intoxicación provocada por las vacunas.

Hay un estudio del Dr. Brian S. Hooker que es también de gran interés. Se titula: Vacunación temprana contra la gripe en el primer trimestre de embarazo y riesgo de trastorno del espectro autista ("Influenza Vaccination in the First Trimester of Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder"), publicado en *JAMA Pediatrics*. 2017.

Hay otros estudios que averiguan la relación a medida que aumentan las dosis de las vacunas como los del Dr. Russell L. Blaylock.

Y testimonios ante notario como el del Dr. Andrew Zimmerman que registró así el vínculo que él observó porque su testimonio en el juicio por vacunas Omnibus de USA se desestimó por los abogados del Estado cuando supieron lo que pensaba declarar. Malicia que impidió que se hiciera justicia en Estados Unidos y que la verdad sea más fácil de ocultar en todo el mundo.

En abril de 2025, un reciente estudio finlandés no deja dudas, su título: "Evidencia que demuestra que las vacunas infantiles causan autismo y otras discapacidades intelectuales" (*Evidence Showing Childhood Vaccinations Are Causing Autism and Other Intellectual*

Disabilities), publicado en el International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research (IJVTPR). La autora principal es la Dra. Nina Bjelogrić: “El debate sobre si las vacunas causan autismo se ha visto empañado por los poderosos intereses financieros de las partes inte-

resadas en la fabricación y comercialización de vacunas. Sin embargo, una relación causal entre las vacunas y el diagnóstico de autismo se confirma”.

La relación entre vacunas y autismo está atestiguada por cientos de voces acreditadas, yo sólo las he

reunido para hacerlas accesibles a padres, médicos, enfermeros, periodistas, abogados, etc.

Espero y deseo que mi libro pueda ayudar a muchos.

Vacunas Covid-19, fertilidad y barrera placentaria



Autoría: Revista Children Health Defense (CHD)

Fecha de publicación: 2025

En este artículo se recogen las investigaciones y observaciones llevadas a cabo por diferentes investigadores del mundo en las que reflejan las repercusiones de la vacunación en la mujer sobre el ciclo ovárico, sobre el ciclo menstrual, sobre la fertilidad y sobre el desarrollo del embarazo.

El ARNm de la vacuna contra el COVID atraviesa la placenta en ratones, lo que plantea dudas sobre la seguridad de la vacuna para las mujeres embarazadas.

Cuando la vacuna contra el COVID-19 de Moderna se administra a ratones embarazadas, atraviesa la placenta e ingresa al feto, según un estudio que está publicado en la revista revisada por pares Molecular Therapy Nucleic Acids.

Este estudio proporciona la primera confirmación in vivo de que las inyecciones de ARNm atraviesan la placenta y llegan directamente al feto, escribió Nicolas

Hulscher, quien informó por primera vez sobre el estudio.

También ayuda a explicar por qué estas inyecciones genéticas plantean riesgos tan graves para las mujeres embarazadas y sus hijos no nacidos, añadió.

Karl Jablonowski, Ph.D., científico investigador principal de Children Health Defense: Dijo que, si la Administración de Alimentos y Medicamentos de EEUU y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades aceptan este estudio como un reflejo de la realidad médica, deben revocar inmediatamente sus aprobaciones y recomendaciones sobre todas las

vacunas y terapias de ARNm encapsuladas en nanopartículas lipídicas (LNP) durante el embarazo.

Los autores del estudio, de la Universidad de Chang Gung y el Hospital Memorial de Taiwán, dijeron que realizaron el estudio porque, aunque la administración de la vacuna contra la COVID-19 a las mujeres embarazadas ha sido generalmente reconocida como segura, si el fármaco pasa la barrera placentaria es dudosa su aplicación.

La teoría dominante ha sido que administrar una vacuna contra el COVID-19 a una madre durante el embarazo la protege y confiere protección a su feto, un enfoque de

dos por el precio de uno, al transferir anticuerpos anti pico a través de la placenta en lugar de transferir el ARNm de la vacuna o la propia proteína de pico decodificada por el ARNm.

El ARNm contra el Covid atraviesa la placenta y penetra en el feto.

Este mecanismo es la forma en que funcionan las vacunas tradicionales, como la Tdap (tétanos, difteria, tosferina acelular).

Basándose en esa teoría, Jablonowski dijo que se anima a las madres embarazadas a vacunarse, para que puedan crear anticuerpos contra los patógenos, y pasar esos anticuerpos a través de la barrera placentaria.

Sin embargo, las vacunas de ARNm funcionan de manera diferente a las vacunas tradicionales. Los investigadores se propusieron evaluar si la vacuna contra la COVID-19 en sí misma podría atravesar la placenta.

Llevaron a cabo su investigación utilizando mRNA-1273, la vacuna Spikevax de Moderna, en ratones. Debido a ciertas características similares de la placenta, los estudios con ratones proporcionan buenos modelos para simular fenómenos similares en humanos.

Los investigadores descubrieron que la vacuna cruzó rápidamente la placenta en ratones, lo que provocó la necesidad de reevaluar la capacidad de la vacuna para atravesar la placenta en los humanos y comprender mejor la respuesta inmunitaria de los fetos o bebés expuestos a la vacunación materna de ARNm.

La información obtenida tendrá una profunda influencia en la estrategia de vacunación contra la

COVID-19 en los bebés nacidos de madres vacunadas durante la gestación, escribieron.

Jablonowski dijo que las implicaciones de los hallazgos eran significativas.

En teoría, la barrera placentaria protege al feto de los ingredientes de la vacuna, dijo.

Los autores demuestran que esta teoría desaparece con la vacuna de ARNm contra el COVID-19.

Un estudio de 1,3 millones de mujeres vincula las vacunas contra la COVID con el riesgo de embarazo.

La tasa de concepción exitosa para las mujeres que recibieron la vacuna COVID-19 fue sustancialmente más baja que para las mujeres no vacunadas, según un nuevo estudio revisado por pares publicado la semana pasada en el *International Journal of Risk & Safety in Medicine* por Michael Nevradakis, Ph. D. junio 27, 2025.

Brian Hooker, Ph. D., director científico de Children Health Defense (CHD), calificó las conclusiones del estudio como alarmantes.

Dijo: "Este análisis preliminar muestra que se necesita mucha más información para comprender las implicaciones a corto y largo plazo de los diferentes tipos de vacunas COVID en los parámetros de fertilidad y embarazo. Esta información debería haberse obtenido antes de cualquier uso público de la vacuna COVID."

Los resultados mostraron que, en junio de 2021, aproximadamente seis meses después de que las vacunas contra la COVID-19 estuvieran disponibles para el público, las concepciones exitosas por cada 1.000 mujeres eran considerablemente más bajas para las mujeres vacunadas que para las no vacunadas.

Los investigadores observaron un aumento en la tasa de concepciones exitosas para mujeres no va-

cunadas a partir de junio de 2021, que se mantuvo durante el período posterior de 6 meses.

En 2022, la tasa de concepciones exitosas entre las mujeres vacunadas y no vacunadas, se mantuvo aproximadamente 1,5 veces más alta para este último grupo.

Los resultados preocupantes indican un impacto a largo plazo en la salud reproductiva

El análisis preliminar, realizado por cinco investigadores de la República Checa, Dinamarca y Suecia, fue publicado la semana pasada en el *International Journal of Risk; Safety in Medicine*.

El estudio examinó los datos obtenidos de la República Checa, uno de los pocos países donde se dispone de datos de nacimientos a nivel nacional de mujeres vacunadas y no vacunadas contra la COVID-19.

Los investigadores analizaron datos de 1,3 millones de mujeres, de 18 a 39 años, entre enero de 2021 y diciembre de 2023.

Los autores dijeron que sus razones para realizar el estudio incluían investigaciones existentes que muestran que las vacunas COVID-19 tienen efectos adversos en las características menstruales y la falta de datos sobre el efecto de las vacunas COVID-19 en las tasas de natalidad.

Los datos de varios países habían mostrado una disminución de las tasas de natalidad durante la pandemia de COVID-19, dijeron los investigadores. Sin embargo, la influencia potencial de las vacunas COVID-19 en la salud reproductiva no se evaluó en ensayos aleatorios previos a la autorización para esas vacunas.

La pediatra, la Dra. Michelle Perro, dijo que los hallazgos del estudio son profundamente preocupantes y brindan información sobre los efectos adversos sobre la fertilidad que justifica una investigación científica inmediata e imparcial.

Lanzar una nueva tecnología, especialmente una administrada a nuestras poblaciones más vulnerables sin datos de seguridad completos a largo plazo, una vez más, ha demostrado ser desastroso para la salud de las generaciones futuras, dijo Perro.

Karl Jablonowski, Ph. D., científico investigador principal de CHD, dijo que era preocupante que las tasas de concepciones exitosas entre mujeres vacunadas y no vacunadas no hayan convergido después de 2021, lo que indica el impacto potencial a largo plazo de las vacunas en la salud reproductiva de las mujeres.

Si la exposición tuviera una influencia a corto plazo, los dos grupos convergerían con el tiempo, y no es así, dijo Jablonowski.

Entre las mujeres vacunadas examinadas en el estudio, el 96% recibió las vacunas Pfizer-BioNTech o Moderna, y 11 veces más mujeres recibieron la vacuna de Pfizer en comparación con la de Moderna.

Múltiples estudios relacionan las vacunas COVID y los problemas reproductivos

Los investigadores señalaron que la relación entre la vacunación y la fertilidad no es necesariamente causal, y algunas mujeres pueden haber basado su decisión de vacunarse en si planeaban quedar embarazadas.

Sin embargo, los investigadores señalaron que, durante la pandemia, la tasa general de fertilidad en la República Checa disminuyó. Durante ese tiempo, las autoridades de salud pública checas recomendaron que las mujeres embarazadas se vacunaran, una recomendación que los investigadores dijeron que muchas mujeres probablemente siguieron.

Estos factores reducen la probabilidad de que el sesgo de autoselección explique la diferencia en las tasas de concepción exitosa entre

las mujeres vacunadas y no vacunadas.

Otros estudios recientes también han encontrado una asociación entre las vacunas COVID-19 y los problemas reproductivos.

Un estudio revisado por pares publicado en BMC Pregnancy and Childbirth en abril encontró que entre las mujeres embarazadas que dieron positivo por COVID-19, las que recibieron una vacuna COVID-19 tenían significativamente más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo en comparación con las mujeres no vacunadas.

Un estudio revisado por pares publicado en marzo en la revista Vaccines encontró que las vacunas COVID-19 disminuyeron la cantidad de folículos primordiales en ratas hembras hasta en un 60%.

Los lotes de vacunas COVID contaminados pueden haber reducido las tasas de concepción.

Según los investigadores checos, los primeros lotes altamente contaminados de vacunas COVID-19 pueden estar relacionados con la disminución de las tasas de concepción exitosa, una teoría que, según dijeron, merece una mayor investigación.

Los investigadores citaron varios estudios, incluido un análisis revisado por pares de Jablonowski y Hooker publicado el año pasado en la revista Science, Public Health Policy and the Law, que encontró que los primeros lotes de vacunas COVID-19 provocaron un número desproporcionadamente mayor de eventos adversos.

Según el análisis de Jablonowski-Hooker, los lotes de la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech distribuidos en los EE.UU. se asociaron con tasas significativamente diferentes de eventos adversos graves.

Un estudio danés de 2023 encontró que un porcentaje significativo de los lotes de la vacuna COVID-19 BNT162b2 de Pfizer-

BioNTech distribuidos en la Unión Europea probablemente consistían en placebos, y los lotes sin placebo demostraron eventos adversos graves más altos de lo normal en los receptores.

Las vacunas Covid pueden reducir en el ovario el número de óvulo y afectar las características del ciclo menstrual.

En un artículo publicado en la revista Medicine el año pasado, los autores del estudio danés ampliaron su análisis a Suecia, encontrando la existencia de los mismos problemas dependientes del lote en ese país.

En otro estudio publicado el año pasado, investigadores de la República Checa replicaron la metodología del estudio danés. Encontraron que los lotes de vacunas COVID-19 en ese país también tenían diferentes tasas de eventos adversos, y se observaron más problemas en los lanzamientos tempranos de vacunas para todas las vacunas.

La tasa de concepción exitosa entre las mujeres que recibieron la vacuna Covid fue sustancialmente más baja que las no vacunadas.

El autor principal de ese artículo, Tomáš Fürst, Ph. D., es uno de los coautores del nuevo estudio.

Perro dijo que los hallazgos del estudio resaltan la necesidad de extremar la precaución en las intervenciones de salud pública, particu-

larmente para las mujeres en edad fértil y los niños cuando involucran salud reproductiva. Ella apoya el cese inmediato y retiro de la tecnología de ARNm.

Hooker dijo: Cualquier disminución en la fertilidad, el aumento de los abortos espontáneos y lo mortalidad intranatal se encuentra en el corazón del hecho de que esta tecnología de vacuna nunca debería haberse implementado al público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artículos relacionados en The Defender:

- Las vacunas contra la COVID podrían reducir el suministro de óvulos de por vida de las mujeres, sugiere un estudio de ratas.
- Otro estudio muestra una mayor tasa de aborto espontáneo entre las mujeres que recibieron vacunas COVID.
- Naomi Wolf habla sobre las revelaciones escalofriantes de los documentos de Pfizer.
- Científicos de CHD descubren evidencia de lotes calientes de Pfizer relacionados con tasas más altas de lesiones por la vacuna COVID.
- Un estudio de la vacuna COVID de Pfizer sugiere que algunas personas recibieron inyecciones altamente peligrosas.

Inmunoglobulina Anti-D (Rho)



Autora: Esther Sagredo

Extraído de: Documentos para la Reflexión, 14

Contacto: esther.sagredo.hom@gmail.com

Popularmente se la conoce como "vacuna" anti Rh, y se utiliza cuando hay incompatibilidad entre el Rh materno y fetal. Sin embargo, no es una vacuna. A grandes rasgos, debemos hacer algunas consideraciones en relación a nuestro Sistema Inmune, que es el que defiende constantemente nuestra integridad biológica frente a agresiones, tanto procedentes del exterior como del propio organismo. La capacidad de defensa se adquiere antes de nacer, se consolida y madura en los primeros años de la vida fuera del seno materno.

Hay dos tipos principales de respuesta de nuestro Sistema Inmune: La respuesta inmune INESPECIFICA, es la primera barrera defensiva del organismo, no requiere sensibilización previa, es mediada por células con capacidad fagocítica y por las células asesinas naturales. La respuesta inmune ESPECIFICA O ADQUIRIDA se desarrolla sólo frente a la sustancia que indujo su

iniciación, en ella participan prioritariamente los linfocitos y los elementos solubles liberados por los mismos, ANTICUERPOS y LINFOCINAS. Todas las substancias que se comportan como extrañas a un organismo frente a las cuales éste desarrolla una respuesta inmune específica se conocen como ANTIGENOS. Generalmente, el sistema inmune responde de forma unitaria, por lo que la división en

respuesta inespecífica y específica es más teórica que real. Lo que si ocurre es que, dependiendo de las circunstancias, en unos casos predomina una u otra forma de respuesta.

Dentro de la respuesta específica está la respuesta inmune HUMORAL, mediatizada por los linfocitos B, que reconocen al antígeno a través de las INMUNOGLOBULINAS de membrana.

El elemento final de la respuesta humoral son las inmunoglobulinas (Ig), que son sustancias con capacidad de anticuerpo (Ac), es decir con capacidad de responder frente a la sustancia extraña o antígeno (Ag).

Tienen la propiedad de unirse específicamente al Ag que indujo su formación y que tras esta unión Ag-Ac, las sustancias extrañas (Ag) son destruidas por las Ig (Ac), a través de distintos mecanismos.

La vacuna es un preparado de Antígenos procedentes de microorganismos patógenos (microbios muertos de cepas virulentas o vivos de cepas atenuadas), cuya finalidad es la CREACION DE ANTICUERPOS que reconozcan y ataquen a la infección y, por lo tanto, produzcan la inmunidad del organismo inoculado.

Los sueros e Inmunoglobulinas son preparados biológicos que contienen Anticuerpos cuya administración por vía parenteral (inyectada) produce una inmunidad adquirida pasiva, y a diferencia de la vacunación, la inmunidad provocada es de aparición inmediata y poco duradera.

Los sueros pueden ser de origen animal o heterólogos y de origen humano u homólogos, de los cuales, las Inmunoglobulinas son las más importantes. Se obtienen del suero de donantes con títulos elevados de Anticuerpos, y a éste pertenece la Inmunoglobulina Anti Rho (D).

¿QUÉ ES EL RH?

El Factor Rhesus o Factor Rh es un aglutinógeno descubierto en los glóbulos rojos del mono “Macacus Rhesus”, al inmunizar a cobayas con la sangre de estos monos y comprobar que el suero obtenido de los cobayas contenía una aglutinina para los glóbulos rojos del Macacus Rhesus. Con este mismo suero se comprobó que

el 85% de los humanos de raza blanca poseen el aglutinógeno Rh (Rh+) y el 15% no (Rh-).

El factor Rh posee fuertes propiedades Antigénicas, se hereda según las Leyes de la Genética, comportándose como un factor dominante.

La incompatibilidad sexológica materno fetal (Madre Rh-, feto Rh+) ocurre cuando algún Antígeno del feto puede estimular el sistema inmunitario de la madre, produciendo ésta Anticuerpos que pasan al feto, dando lugar a la hemólisis, es decir, a la destrucción de los glóbulos rojos del feto.

Las consecuencias de esta acción dependen de:

- El momento del embarazo en el que se produce la sensibilización.
- La cantidad de Anticuerpos que haya sintetizado la madre.
- La mayor o menor resistencia del feto frente a estos Anticuerpos.

La forma más grave relacionada con la presencia de gran cantidad de Anticuerpos produce un edema difuso de placenta y de otros órganos fetales (Hidrops Fetalis) y aparece cuando una madre Rh- se pone en contacto con Antígenos Rh+ del feto.

Para que esto suceda tienen que darse las siguientes condiciones:

- Que la madre reconozca los Antígenos como extraños.
- Que la madre sea capaz de producir Anticuerpos.
- Que los Anticuerpos pasen a la circulación fetal.

Esto explica que no en todos los casos de madre Rh- y padre Rh+ ocurra esto.

Ha de existir, pues, un contacto previo entre la sangre materna Rh- y la sangre de tipo Rh+, como en el caso de una transfusión sanguínea con sangre Rh+.

Esta mujer, en su primera gestación, con un feto Rh+, ya tiene su sistema inmune sensibilizado, por lo tanto, ya habrá elaborado Anticuerpos, Anti Rh+, estando en condiciones de producirse la “enfermedad”.

Si lo anterior no ocurre, el primer embarazo Rh+ se tolera inmunológicamente. Sin embargo, en el primer parto, por rotura de los vasos placentarios, los Antígenos del feto pasan a la madre y la sensibilizan, siendo en la segunda gestación, si el feto es Rh+ cuando se producen las alteraciones propias de la incompatibilidad.

Por otro lado, estamos en relación a la herencia, y por ello, si el padre es homocigoto +, es decir DD, el 100% de los fetos serán Rh+. Pero si el padre es heterocigoto + (Dd), sólo lo serán el 50% de los hijos, por lo que sólo la mitad podrán padecer la reacción.

Desde el punto de vista clínico esta alteración se denomina **HI-DROPS FETALIS**.

Pasan muchos Anticuerpos, por lo que se produce un cuadro intenso de hemólisis, en el feto, con anemia, hiperbilirrubinemia, insuficiencia cardíaca, aumento del tamaño del hígado, del bazo y un gran edema.

Los fetos son monstruosos e incompatibles con la vida, generalmente son abortos espontáneos.

ANEMIA

Sin llegar a la insuficiencia cardíaca, aunque hay aumento del hígado y bazo.

SI EL PASO ES LEVE

En el embarazo no ocurre nada, pues tanto la placenta como el hígado de la madre eliminan la bilirrubina producida por la rotura de glóbulos rojos, pero al nacer, no está la placenta y au-

menta la bilirrubina indirecta y libre, produciéndose una ICTERICIA NEONATAL PRECOZ, con peligro de que esta bilirrubina libre atraviese la barrera hemato encefálica, y produzca lesiones neuronales. Es la ENCEFALOPATIA BILIRRUBINICA o KERNICTERUS, con varias fases evolutivas.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza mediante un buen control prenatal de la madre Rh-, usando procedimientos diagnósticos complementarios que permitirán objetivar la sensibilización materna.

LA ANAMNESIS materna, donde se recogen antecedentes valiosos, como previas sensibilizaciones, recién nacidos con ictericia neonatal, abortos, embarazos ectópicos, placenta previa, cesáreas previas, versión externa por distocias de posición fetal, extracción manual de placenta, u otra condición potencialmente sensibilizante, que haga sospechar la posibilidad de una enfermedad por incompatibilidad Rh. Cabe recordar, que un 30% de las embarazadas Rh-, no responden contra sus hijos Rh+.

LA EVALUACION FETAL debe ser llevada a cabo precozmente, para poder identificar precozmente la presencia de una enfermedad hemolítica antenatal severa que requiera tratamiento in útero, fundamentalmente, por medio de la ecografía y el Doppler.

También se usan la Amniocentesis, para valorar la cantidad de bilirrubina en el líquido amniótico, y la Cordocentesis, porque con ella, además, es posible realizar el tratamiento transfusional para corregir la anemia fetal.

La detección de Anticuerpos maternos es la base del diagnóstico de sensibilización, y por lo tanto, de

riesgo de enfermedad hemolítica perinatal.

Para ello se usan métodos de aglutinación inmunológica de los eritrocitos fetales con Anticuerpos (Test de Coombs directo) o se detectan a partir del suero de la madre, la que se pone en contacto con sangre, la que en presencia de este suero se aglutina (Test de Coombs indirecto).

Además, tener en cuenta, que, si el embarazo sensibilizado llega a término, debe preferirse la vía vaginal del parto, y el alumbramiento debe ser espontáneo.

TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

El tratamiento antenatal de la enfermedad hemolítica, tiene como objetivos disminuir el título de Anticuerpos maternos, mejorar la anemia fetal, evitando así las complicaciones posteriores. Para esto se usa en la madre la INMUNOGLOBULINA endovenosa.

En la anemia fetal se usa la transfusión intravascular en la vena umbilical, inyectando directamente sangre fresca Orh- al feto.

La profilaxis, si la madre es Rh-, se realiza con una dosis de Inmunoglobulina a las 28 semanas de embarazo, que destruirá los glóbulos rojos fetales que hayan entrado en su torrente sanguíneo antes de que su cuerpo haya tenido la oportunidad de crear Anticuerpos.

Si el bebé nace Rh+, se administrará otra dosis a las 72 horas después del parto. Esto evitará que el cuerpo pueda crear futuros anticuerpos que podrían causar daño durante un embarazo subsiguiente donde se presente incompatibilidad Rh.

FICHA TECNICA DE LA INMUNOGLOBULINA ANTI-D

RHESOGAMMA P 1500 UI (300 MICROGRAMOS)

COMPOSICION:

Cualitativa: Inmunoglobulina anti-D (Rh0)

Cuantitativa: 1ml de solución contiene: Proteína humana (100-170 mg) conteniendo:

- Inmunoglobulina humana, mínimo 95%.
- Anticuerpos antieritrocitos Rh0 (D) 1000 UI (200 micro gramos).

FORMA FARMACEUTICA:

Solución para administración intramuscular.

DATOS FARMACEUTICOS

EXCIPIENTES

Glicina, Cloruro sodico, acido clorídrico o hidroxido sodico (En pequeñas cantidades para corregir el pH) y agua para inyección.

INCOMPATIBILIDADES

No debe mezclarse con otros medicamentos.

PROPIEDADES FARMACOLOGICAS

RHESOGAMMA P contiene anticuerpos específicos (Ig G) contra el Antígeno D (Rh) de eritrocitos humanos.

PROPIEDADES FARMACOCINETICAS

Los niveles medibles de Anticuerpos se obtienen aproximadamente 20 minutos después de la inyección intramuscular. Los niveles séricos máximos suelen alcanzarse 2 ó 3 días más tarde.

La semivida de Resogamma P en el sistema circulatorio de individuos con niveles normales de Ig G es de 3 a 4 semanas. Las inmuno-

globulinas Ig G y los complejos de las mismas se catabolizan en las células del sistema retículoendotelial.

DATOS PRECLINICOS SOBRE SEGURIDAD

Las Inmunoglobulinas son componentes normales del organismo humano. Carece de interés realizar pruebas de toxicidad con dosis únicas en animales, ya que las dosis elevadas producen sobrecarga. No pueden realizarse pruebas de dosis repetidas, ni estudios de toxicidad embriofetal, debido a la formación de anticuerpos y a la interferencia que se produce. No se han estudiado los posibles efectos del producto sobre el sistema inmunitario del recién nacido.

DATOS CLINICOS

1. INDICACIONES TERAPEUTICAS

- Profilaxis de la inmunización RhD en mujeres Rh(D) negativas.
- Embarazo/Parto de un niño/a Rh(D) positivo.
- Aborto o amenaza de aborto, embarazo ectópico o mola hidatídica.
- Hemorragia transplacentaria como consecuencia de una hemorragia preparto, amniocentesis, toma de muestras de las vellosidades corionicas, intervenciones ginecológicas, como versión cefálica externa o trauma abdominal.
- Tratamiento de personas Rh(D) negativas tras recibir transfusiones incompatibles de sangre u otros productos que contengan eritrocitos Rh(D) positivos.

2. POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN

A. En el embarazo, parto e intervenciones ginecológicas se ad-

ministrará a la mujer embarazada o a la madre:

Profilaxis anteparto: 1500 UI (300 microgramos) en la semana 28ª a 30ª del embarazo; en algunos casos está justificado iniciar antes la profilaxis.

Si el neonato es Rh positivo (D o D débil) el tratamiento debe continuar después del parto.

Profilaxis posparto: Dosis estándar 1500 UI. La dosis debe administrarse dentro de las 2 a 72 horas después del parto.

Debe administrarse como mínimo una dosis adicional de 1500 UI en los siguientes casos especiales:

*Después de aborto espontáneo, aborto, embarazo extrauterino, versión externa cefálica, traumatismo abdominal, hemorragia preparto, mola hidatídica.

- Antes de la semana 12 del embarazo: 600-750 UI (120-150 microgr) si es posible en el plazo de 72 horas.
 - Después de la semana 12 del embarazo: 1250-1500 UI (250-300 microgr), en el plazo de 72 horas.
 - Después de amniocentesis o toma de muestras de vellosidades corionicas: 1250-1500 UI en el plazo de 72 horas tras la intervención.
- B. Tras una administración de sangre Rh- incompatible: Deben administrarse por cada 10 mL de sangre transfundida, de 500 a 1200 UI (100-250 microgr) fraccionadas en varios días.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

Inyección intramuscular lenta a temperatura corporal en la región glútea profunda.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a los componentes del preparado.

No debe administrarse por vía intravascular.

No debe administrarse en casos de trombocitopenia grave u otros trastornos de la coagulación. (En estos casos puede administrarse por vía subcutánea lenta).

Hipersensibilidad a los medicamentos que contienen Inmunoglobulinas homologas, sobre todo en personas con deficiencia de Ig A que tengan Anticuerpos contra ésta.

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES

- No debe administrarse por vía intravascular (riesgo de shock).
- Después del parto se administra a la madre, pero no al neonato.
- No debe usarse en personas Rh(D) positivos.
- Todos los pacientes deben someterse a observación durante un mínimo de 20 minutos tras la administración.
- Reacciones alérgicas verdaderas a la Ig anti-D son raras. Los signos prematuros de una reacción de hipersensibilidad son, habones, urticaria generalizada, presión torácica, dificultad en la respiración, hipotensión y anafilaxia.

INTERACCIONES CON OTROS FARMACOS

- Vacunas con virus vivos atenuados: La administración de Igs puede disminuir por un periodo de 6 semanas a 3 meses la eficacia de vacunas con virus vivos atenuados (Paperas, sarampión, rubéola, varicela y las combinadas).
- En la administración de las siguientes vacunas, no es necesari-

rio observar un periodo de tiempo entre su administración y la de las Igs:

- Vacunas orales con virus vivos (poliomielitis, fiebre tifoidea), ya que confieren inmunidad general primaria en el intestino.
 - Vacunas con patógenos inactivados (gripe, rabia, tos ferina, haemophilus influenzae, encefalitis transmitida por garrapatas).
 - Vacunas con toxoides (difteria, tétanos y combinadas).
- Se altera de forma importante los resultados de la tipificación del grupo sanguíneo, incluida la prueba de Coombs o de la antiglobulina.
- En niños recién nacidos, después de realizarse la profilaxis

anteparto con Ig anti-D pueden, ocasionalmente, encontrarse resultados positivos débiles de la prueba directa de Coombs.

REACCIONES ADVERSAS

Locales: Dolor y sensibilidad local en el lugar de la inyección, esto puede evitarse repartiendo las dosis grandes en varias inyecciones en lugares distintos.

Ocasionalmente puede aparecer fiebre, reacciones cutáneas y escalofríos. En casos excepcionales, náuseas, vómitos, malestar general, cefaleas, apnea y reacciones cardiovasculares (hipotensión, taquicardia, etc.) y reacciones de tipo alérgico o anafiláctico, que en casos aislados pueden progresar a shock, sobre todo si se produce una administración intravascular inadvertida.

GRUPO DE BILBAO

Nuestro grupo está constituido por:

- Carmen Marcos Redondo: Médica Homeópata y especialista en medicina sofrológica.
- Josean Garin: Médico Homeópata.
- M Sol Guillen: Médica Homeópata.
- Charo Angulo Rivero: Médica Homeópata, médica de Familia.
- Dolores Hernando Fernandez: Médica Homeópata, médica de Familia.
- Esther Sagredo Manzanedo: Médica Homeópata.



Informe de la Vacuna Tosferina Combinada y embarazo (primera parte)



Lua Català (Médica homeópata) y Xavier Uriarte (Médico)

Fecha de finalización: diciembre 2015

Extraído de: [Documentos para la Reflexión, 8](#)

Contacto: xavier.uri@gmail.com

Las noticias del 18 de enero del 2014 afirman que la tosferina ha producido la muerte de 13 personas en el período 2008-2011. En este artículo se muestra, con las cifras oficiales en la mano, que la mortalidad en Cataluña ha sido CERO desde 1990. Se describen los componentes tóxicos de la vacuna, su ineficacia y los efectos adversos en el embarazo.

INTRODUCCIÓN

El sábado 18 de enero 2014 aparece por primera vez en algunos diarios y televisiones de Cataluña la propuesta de vacunar a las embarazadas entre la 27ª y la 36ª semana de embarazo de la Vacuna de la Tosferina incluida en la combinada DTPa¹.

Se esgrime como razón que en el período 2008-2011 han habido en Cataluña 13 fallecidos por la tosferina, dato que después comprobamos que es falso, no habiéndose producido ningún fallecimiento.

Ante la imposibilidad de parar la infección y la corta protección que la vacuna de la tosferina confiere se propone comenzar el programa masivo de vacunación a todas las embarazadas.

El coste en Cataluña de dicha campaña es de 300.000 euros. Se presenta como pionera en el estado español y resulta ser una avanzada sanitaria para que se implemente en todos los territorios de España.

VACUNA DE LA TOSFERINA

La Vacuna de la Tosferina o Pertussis entera (Pw), cepas Pertussis sin identificar componentes, se utiliza minoritariamente en España desde 1956 y de forma masiva a partir de 1965.

Por su proceso de fabricación sencillo resulta ser una vacuna barata.

La causa de la disminución de la Tosferina en España nunca fue su eficacia que no superaba el 36% desde el inicio, con una protección inferior a los 2 años, vigilada por sus efectos adversos graves, y dudosa incluso por la baja protección fue siempre puesta en tela de juicio entre los vacunalistas de la época².

Se observa desde hace tiempo que la mayor parte de la población que sufre tosferina ha sido anteriormente vacunada.

La Vacuna de la Tosferina o Pertussis acelular (Pa), componentes de las cepas identificadas, que se utiliza a partir de 1996, con una

eficacia inferior al 36% y con una protección inferior a los 2 años, tampoco ha podido acallar las dudas inicialmente creadas tras los estudios realizados 20 años después de ser presentada exitosamente a la opinión pública.

La mayoría de las personas vacunadas pueden padecer la tosferina inmediatamente o poco tiempo después de la vacunación.

Aún a pesar de vacunar con 5 dosis no se ha observado ninguna ventaja tanto en Alemania, como Francia, Holanda, EE.UU. y Canadá.

Por su complejo proceso de fabricación resulta ser una vacuna cara.

En realidad algunos de los muchos componentes de la bacteria bordetella pertussis no se descubren hasta bien entrada la década de los 80³.

Se sabe ahora años después de utilizar la vacuna tosferina entera que ésta llevaba sustancias innecesarias y tóxicas para el organismo.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TOSFERINA EN ESPAÑA Y CATALUÑA

En el período 1901-1965 el descenso de la mortalidad y de la morbilidad en España fue del 99,15%.

En el año 1901 el número de fallecidos era de 4.000 personas.

En 1921 de 2.000.

En 1930 de 1.114.

En 1940 de 800 personas.

En 1956 de 500.

En 1965 de 33 personas.

Tanto la vacuna entera como la acelular pueden producir encefalopatía y muerte súbita.

Este descenso de la mortalidad en España adquiere mayor notoriedad si tenemos en cuenta que la población española en 1901 era de 18 millones, mientras que en 1965 se doblaba dicha cifra⁴.

En Cataluña, en 1951, el número de fallecidos era de 17 personas.

En 1956 de 17 personas.

En 1965 de 4 personas.

En 1970 un solo fallecido y en 1.988 ninguna persona fallecida.

Los últimos fallecimientos, 5 personas en total, ocurren en 1986.

Actualmente desde finales de la década de los 80 en Cataluña no ha fallecido ninguna persona afectada por la tosferina.

Desde principios de 1990 cada año se han venido declarando en Cataluña 200 personas afectadas de tosferina y en España 513 personas⁵.

En el período 2011-2012 se ha observado un aumento y en Cata-

luña 1.815 personas confirmadas de tosferina, la mayoría vacunadas.

En Cataluña ningún fallecimiento⁶.

COMPONENTES DE LA VACUNA TOSFERINA ACELULAR (PA)

Los países que la pueden pagar es la que utilizan masivamente en la actualidad.

Cabe destacar la presencia de filtrado del bacilo pertussis (4-8 U.I), hemaglutinina (8-25), Pertactina (2,5-8), derivado mercurial o tiomersal (25-50 microgramos), sales de aluminio (500-2.000 microgramos), formaldehído (12-100 microgramos), cloruro sódico (4.500 microgramos), glutaldehído, fenoxietanol (5-2.500 microgramos), polisorbato 20 y 80 (25-100 microgramos), glicina, fenilalanina, lactosa, trometamol (600 microgramos), sacarosa o azúcar, fosfato sódico, fosfato monopotásico, antibióticos (neomicina, polimixina, estreptomycin), Medio 199 de Hanks (aminoácidos, vitaminas y minerales), ácido clorhídrico, ácido acético, carbonato de sodio y bicarbonato de sodio⁷.

Actualmente no existen monovacunas de la tosferina⁸. No se administra sola sino, como mínimo, combinada con difteria y tétanos (DTPa).

El motivo sigue siendo el mismo: Para garantizar un mínimo de eficacia de la vacuna de la tosferina se combina con otras para desencadenar una potente reacción inflamatoria e infecciosa postvacunal.

La utilización de los derivados del ácido acetil salicílico y del paracetamol está contraindicada tras esta vacunación⁹.

EFFECTOS ADVERSOS DE LA VACUNA DE LA TOSFERINA

Ambas vacunas, tanto la entera como la acelular, son reconocidas universalmente desde sus inicios como altamente reactógenas¹⁰.

La mayoría de las personas vacunadas pueden padecer la tosferina inmediatamente o al poco tiempo.

La mayoría de las personas vacunadas pueden padecer la tosferina inmediatamente o a medio plazo¹¹.

Sus efectos adversos son numerosos.

Tanto la vacuna entera como la acelular pueden producir encefalopatía y muerte súbita.

Las vacunas, entera y acelular, pueden producir encefalitis aguda y encefalopatía en forma de muerte súbita, convulsiones, espasmos infantiles, epilepsia, parálisis o mielitis, hipotonía, autismo, trastornos del aprendizaje, trastornos del sueño (narcolepsia, somnolencia, insomnio, hiperactividad, irritabilidad, grito, llanto, etc.), anorexia, alergia y anafilaxia, diabetes, cambios en el ritmo cardíaco y derrame pericardio¹².

Los laboratorios consideran actualmente que el riesgo de encefalopatía postvacunal¹³ puede oscilar entre 1 persona afectada por cada 10 dosis de vacuna (somnolencia, anorexia, distonía digestiva y trastornos del sueño), 1/100 dosis (llanto prolongado inconsolable), 1/1.000 dosis (llanto fuerte, cianosis), 1/10.000 dosis (hipotonía, convulsión, mielitis, neuritis), 1/25.000 dosis (meningitis, autismo) y 1/ 2.000.000 dosis (muerte súbita).

A estos efectos postvacunales hemos de añadir los que se producen tras la vacunación en el período intrauterino (entre 27^a-36^a semana de embarazo) como pueden ser bajo peso intrauterino, sufrimiento fetal, retraso en el crecimiento intrauterino, encefalopatía, muerte

intrauterina, diabetes neonatal, procesos desmielinizantes precoces, miopatías precoces, alergias neonatales y tumores intrauterinos.

Las sustancias tóxicas que pueden alterar el funcionamiento cerebral son los antibióticos, el tiomersal, el cloruro de sodio y las sales de aluminio.

Los tóxicos que pueden generar reacciones alérgicas son el formaldehído, los polisorbatos 20 y 80, los fosfatos, el fenoxietanol, la lactosa y los antibióticos.

Los tóxicos que pueden afectar al aparato cardiovascular, renal y pancreático son sales de aluminio, cloruro de sodio, sacarosa y trometamol.

Los tóxicos que pueden afectar la carga genética intrauterina son las sales de aluminio y los derivados mercuriales.

RECOMENDACIONES DEL GMRV

En base a todas estas consideraciones recomendamos no utilizar la vacuna de la tosferina entera o acelular ni sus combinadas en el embarazo, en la infancia y en las edades adultas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Bonilla, Lara. Catalunya vacuna-rà de la tosferina les embarassades. Diari ARA. dissabte, 18 de gener del 2014.
- ² Campins, Magda. Estado actual de la inmunización frente a la tosferina. 2000 Vacunas. Ed. Prous Science. Año 2000.
- ³ Salleras, Lluís. Vacuna Antipertussis. Vacunaciones Preventivas. Ed. Masson S.A. Año 1998.
- ⁴ Marin, Juan. Vacuna Tosferina. Vacunaciones sistemáticas en cuestión. Ed. Icaria. Año 2004.
- ⁵ Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España 2003-2004. Boletín Epidemiológico. Instituto de Salud Carlos III.
- ⁶ Carmona, Gloria. Evolució de la tosferina a Catalunya durant els anys 2004-2012. BEC. Volum XXXIV. Agost 2013, nº8.
- ⁷ Pilette, Jean. Constituents Importants des Vaccins. Maladies Infectieuses et Vaccins. Première Edition. 2011.
- ⁸ De Aristegui, Javier. Vacunaciones en el niño. Vacuna Tosferina. Ed. CICLO. Año 2004.
- ⁹ Anónimo. Inmunología. Aspirina y Paracetamol podrían interferir en las vacunas. Diario Correo Médico. Octubre 2009.
- ¹⁰ Anónimo. La Vacuna contra el catarro (pertussis). Notificació Voluntària de Reaccions Adverses a Medicaments. Targeta Grogga. Butlletí Informatiu, nº 8. Agost-Setembre 1986.
- ¹¹ Carmona, Gloria. BEC. Evolució de la tosferina a Catalunya, període 2004-2012. Volum XXXIV, Agost 2013. Nº 8.
- ¹² Salleras, Lluís. Vacuna Pertussis. Reacciones adversas atribuidas a las vacunas antipertussis enteras. Vacunaciones Preventivas. Ed. Massos SA. 1998.
- ¹³ Ficha Técnica Informativa. Vacuna Combinada PENTAVAC. Sanofi Pasteur MSD. 2005.



Informe de la Vacuna Tosferina Combinada y embarazo (segunda parte)



Autor: Xavier Uriarte (Médico)

Fecha de finalización: diciembre 2015

Extraído de: [Documentos para la Reflexión](#), 8

Contacto: xavier.uri@gmail.com

Debido a las informaciones vertidas sobre las muertes de bebés por tosferina natural en España a finales del 2015, hemos querido completar el primer Informe Tosferina publicado en nuestra revista el 11 de febrero de 2014.

Esta segunda parte aporta datos sobre la mortalidad en España por Tosferina natural desde 1906 hasta la actualidad, pone tanto en actualidad los defectos propios de la vacuna y sus perjuicios como la ineficacia en la protección que confiere en la madre embarazada.

Se acompaña de afirmaciones realizadas por los autores que defienden la vacunación de la tosferina masiva y sistemática.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD TOSFERINA EN ESPAÑA 1906-2015

La Mortalidad y la Morbilidad por Tosferina en España durante el período prevacunal (1906–1965) descendieron un 99,5%.

En España se introdujo la vacuna de la tosferina en el año 1956 en forma de monovacuna en un porcentaje bajísimo de la población, inferior al 10% de la población española.

De una mortalidad de 4.000 personas/año en 1906, se pasó a una mortalidad de 1.114 en 1930, de 491 en 1950 y de 33 personas/año en 1965.

Durante el período vacunal (1965–2015) la mortalidad y morbilidad descendió también el 99,5%.

En España se introdujo en el año 1965 la vacuna tosferina en forma Trivacuna (Difteria, tétanos y tosferina celular–Pw).

La vacuna tosferina acelular–Pa, se introdujo en España en el calendario vacunal en el año 1999.

De una mortalidad de 33 personas/año se pasó a una mortalidad de 1 persona/año en el período 2000–2006, del 2007 al 2010 de 4 personas/año, del 2011 al 2015 de 6–7 personas/año (diciembre 2015).

Entre 2000–2015 fallecieron en España unas 58 personas. La mayor parte de ellas en edades comprendidas entre 0–3 meses de vida.

De una morbilidad descendente de 991 a 382 personas/año en el período 2000–2006 se ha pasado a una morbilidad ascendente de 382 a 7.200 personas/año en el período 2006–2015.

En España en el período 2006–2015 se dieron unas 325 personas afectadas de tosferina en el primer mes de vida.

Se vacuna de 3 dosis (Pw) desde el año 1965 hasta 1998, de 4 dosis (Pa) del 1999 al 2003 y de 5 dosis del 2004 al 2015.

Según A. Gallart: “un aspecto interesante es que la enfermedad puede aparecer en vacunados y no vacunados y que las diferencias entre estos grupos son escasas”.

Referencia

Gallart, A. Evolución histórica, características clínicas, mecanismos de transmisión. Symposium Internacional sobre vacunación contra B.P. y su influencia en el calendario vacunal (Madeira). Portugal. Año 1997.

VACUNA TOSFERINA, MORBILIDAD, EFICACIA Y COMPONENTES

Se acepta actualmente que de las personas afectadas de tosferina entre el 45% y el 97% habían sido previamente vacunadas.

Por lo tanto, según los datos referidos a la morbilidad, en el período 2006–2015 de las 382, 191 y de las 7.200, 3.600 como mínimo habían sido vacunadas.

Quiere esto decir, que la vacuna ha sido el elemento que ha desencadenado dicha morbilidad.

Desde sus comienzos, ya en 1956, ha sido una vacuna controvertida en cuanto a su capacidad de generar respuesta y de mantener su memoria inmunitaria.

Se acepta que es una vacuna que estimula la inmunidad entre el 36% y el 93% de las poblaciones vacunadas.

La memoria realmente corta, puede comenzar a disminuir antes de los 2 años y alargarse un máximo de 4 años, tanto para la vacuna de la tosferina Pw como para la acelular (Pa).

La vacuna nunca fue diseñada para eliminar la tosferina sino para reducir su impacto.

El componente principal microbiológico de la vacuna de la tosferina es una proteína o toxina propia de la bordetella pertussis que tiene como finalidad reducir la capacidad lesiva de la bacteria siempre que se manifiesta de manera clínica. Por lo tanto, la vacuna nunca fue diseñada para eliminar la tosferina sino para reducir su impacto.

Tras las campañas de vacunación masiva de la tosferina desde el año 1965 se han observado cambios genéticos en la colonización de la bordetella pertussis y parapertussis.

Quiere esto decir que con la inoculación masiva de la vacuna tosferina se han generado cambios en la microbiota acompañante. Modificaciones que han podido afectar al conjunto de la flora respiratoria y han podido alterar el comportamiento habitual de la tosferina. Esta reflexión nos conduce a relacionar el aumento de las dosis vacunación masiva con el incremento de la mortalidad en el lactante.

Según M. Campins: “la mitad de los vacunados desarrollan la tosferina”. “... en la actualidad se considera que la toxina antipertussis (TP) es un componente esencial de cualquier vacuna antipertussis para que esta sea eficaz”.

Según J. Segura: “datos de otros estudios indican que la inmunidad de las vacunas convencionales de células enteras dismi-

nuye hasta el 50% hacia el quinto año después de la última dosis”.

Según autores europeos: “la medición de la inmunidad inducida por la vacuna es una tarea difícil debido a la ausencia de correlación entre un marcador serológico (anticuerpos) y la protección inmunitaria”.

Referencias

- Campins, M. y Moragas, F. Vacunas. Estado actual de la Inmunización frente a la tosferina. Edt. Prous Science. Año 2000.
- Campins, M. y Moragas, F. La Tosferina en el adolescente y en el adulto. Medicina Clínica, Vol. 114. nº 17. Año 2000.
- Segura, J. Brote de Tosferina en una comunidad insuficientemente vacunada. Medicina Clínica, sábado 9 de noviembre 2002. Vol. 119, nº 16.
- Anónimo. Inmunización contra la Tosferina en Europa: situación a finales de 1999. Boletín Epidemiológico. Instituto Carlos III. 1999. vol. 7 nº 13/141-148.

EFFECTOS ADVERSOS DE LA VACUNA TOSFERINA CELULAR Y ACELULAR (PW Y PA)

Se reconoce que la vacuna de la tosferina puede producir la muerte súbita tanto en lactantes como en adultos.

Se considera que de cada 2.200.000 dosis se produce 1 muerte postvacunal.

De cada 25.000 dosis se puede desencadenar 1 encefalopatía postvacunal (espasmos infantiles, epilepsia, mielitis, trastornos del aprendizaje, hiperactividad y autismo) y de 10.000 a 50.000 dosis 1 reacción anafiláctica.

Aristegui, de, J.: “cuantas más dosis empleamos más efectos adversos aparecen”.

Salleras, L.: “La vacunación de la tosferina continua siendo hoy probablemente la más controvertida de las inmunizaciones”.

Referencias

- Aristegui, de, J. Vacunaciones en el niño. Vacunación Antipertussis. Edt. Ciclo SA. Año 2004.
- Salleras, L. Vacunaciones Preventivas. Edt. Masson. Año 1998.

VACUNA TOSFERINA EN LAS EMBARAZADAS

Desde el primer trimestre del 2014 se viene insistiendo en la bondad de la vacunación de la tosferina acelular (Pa) en forma Trivacuna (Difteria, Tétanos y Tosferina-Pa) entre la 27^a-36^a semana de embarazo como protección del bebé en sus primeros meses de vida.

Su acción se basa en la generación de anticuerpos por parte de la madre que transplacentariamente podría proteger con sus anticuerpos la vida del lactante.

Actualmente se sabe en relación a la vacuna de la tosferina que la presencia de anticuerpos no garantiza dicha protección ni del lactante, ni de la niña, ni del joven ni de la mujer adulta.

Según L. Salleras: “la inmunidad adquirida por vía transplacentaria prácticamente no confiere protección en los recién nacidos de madres previamente inmunizadas. A pesar de haberse detectado concentraciones detectables de la toxina tosferina y de los otros componentes de la vacuna en sueros de recién nacidos, éstas no protegen de la infección.

Referencia

Salleras, L. Vacunaciones Preventivas: principios y aplicaciones. Vacuna Antipertussis. Cap. 1. Edt. Masson. 1998.

Informe vitamina K 2023

Hemorragia por déficit de vitamina K



Gemma Baulies (Médica pediatra). Contacto: gemmabaulies@gmail.com

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

Fecha de finalización: mayo 2021

Extraído de: [Informe Vitamina K 2023](#)

Una de las intervenciones que se llevan a término de manera preventiva en un recién nacido es la administración de vitamina K, vía oral o intramuscular, para prevenir la hemorrágica del por déficit de vitamina K. Esta intervención fue recomendada por la Academia Estadounidenses de Pediatría (AAP) en 1961¹, después de diferentes estudios en donde se comparaban la frecuencia de hemorragia con o sin administración de vitamina K en diferentes circunstancias una de ellas después de realizarles la circuncisión.

En un principio se hablaba de enfermedad hemorrágica del recién nacido, pero en esta entidad pueden intervenir muchos otros factores y no solo pasa en esta franja de edad, sino que se puede extender en el tiempo por eso se cambió el nombre.

A pesar de la aparente inmadurez del sistema de coagulación del neonato, en un recién nacido a término sano se dan muy pocos problemas hemorrágicos. El sistema de coagulación madura durante las primeras semanas y meses de vida. A los 6 meses de edad los factores de la coagulación están cerca de valores normales en recién nacidos a término y en prematuros.²

La vitamina K interviene en la activación de ciertos factores de la coagulación: Un déficit de vitamina

K aumenta el riesgo de sangrado no solo externo sino también de los diferentes órganos.

Los recién nacidos a término tienen un 50% menos de vitamina K que los adultos³ esto es debido al poco paso a través de la placenta, a los escasos aportes que pasan a través de la lactancia materna exclusiva y la ausencia de microflora intestinal productores de vitamina K (Bacteridias frágiles).

Se han descrito tres grupos de hemorragia del recién nacido dependiendo del momento del evento:

- **Precoz:** menos de 24 h de vida. Se relaciona con el paso a través de la placenta de medicamentos que toma la mama (anticoagulante: warfarina, dicumarol; anti-convulsionantes, fenitoina; anti-tuberculostáticos, rifampicina, isoniacida etc.) que interfieren en el metabolismo vitamina K. No se previene con la administración de vitamina K al nacer y no hay suficiente evidencia para recomendar la suplementación prenatal de vitamina K a las madres que reciben estos tratamientos⁴. Las hemorragias del recién nacido son intratorácicas, abdominales, umbilicales y con menos frecuencia intracraneales.

- **Clásica de 2 a 7 días de vida.**

Tiene una incidencia entre el 0,25-1,7%⁵ de los recién nacidos de apariencia sana, que no recibieron profilaxis con vitamina K. El sangrado es a nivel gastrointestinal, cutáneo, umbilical y menos frecuente intracraneal.

- **Tardía de 8 días hasta 3 a 6 meses de vida,**

incidencia máxima es de 2 a 8 semanas. Su incidencia es de 4 a 17,2/100.000⁶ (en Reino Unido y Alemania 2020) recién nacidos vivos, está asociada a una ausencia de profilaxis de vitamina K de recién nacido, unida a un cuadro de malabsorción intestinal como diarreas o cuadros de colostasis (si hay enfermedad hepática la administración de vitamina K no previene la hemorragia del recién nacido). El riesgo de hemorragia tardía cuando en recién nacido no recibe profilaxis en países de ingresos elevados es 8,8/100.000, y de 80/100.000 en países de ingresos bajos donde el riesgo aumenta.⁷

La lactancia materna exclusiva, como se cita en diferentes artículos, afirman que es una de las causas que pueden ocasionar diferentes hemorragias ya que el déficit de vitamina K en el recién nacido sano es escasa. La leche materna tiene la propiedad de adaptarse a las nece-

sidades de los bebés dependiendo de su edad. Las diferentes etapas de la leche materna: Precalostro (16 semanas de embarazo, nacimiento 35 semanas), calostro primera semana después del parto, leche de transición, leche madura.

Revisando la composición del calostro: Volumen de 2 a 20 ml/día en los 3 primeros días y a medida que él bebe succiona aumenta hasta 580 ml/día al sexto día⁸. Tiene gran cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, facilita la colonización de flora bífida en el tracto digestivo lactobacilos *Bifidus*. Vitamina K, del 1 al 5 día, 2,3 microgramos/l⁹. La concentración de esta vitamina es bastante mayor en el calostro que en la leche madura y es mayor al final de la mamada que al principio.¹⁰

Durante la lactancia materna, la mamá puede comer alimentos que aumenten la cantidad de vitamina K en la leche materna. La mamá debe aumentar la ingesta de frutas y verduras que tengan vitamina K: Verduras de hoja verde oscura, espinacas, acelgas, col Kale, coliflor, bróquil, coles de Bruselas, col, aguacates, kiwi, plátano, perejil, lechuga, hígado, patatas, zanahoria, aceite de soja y de girasol.

Si la mamá toma alguno de estos medicamentos: antibióticos, antiepilépticos, anticoagulantes, contraceptivos orales, dosis altas de vitamina A, salicilatos, o bien tiene problemas hepáticos se puede inhibir su absorción de vitamina K. Si no se hace la profilaxis la posibilidad de hemorragia es muy pequeña.

Hay circunstancias que pueden aumentar el riesgo:

- Prematuros, por prematuridad y por administración de antibióticos.
- Recién nacidos a término que están expuestos a antibióticos durante el parto y después.

- Recién nacido con problemas de alimentación, que no mama, por falta de ingesta.
- La circuncisión es un factor de riesgo.
- No cortar el frenillo sin haber administrado vitamina K.

TRATAMIENTO

La administración de vitamina K se puede hacer por vía oral o intramuscular. El nombre comercial es Konakion®-pediátrico, 2 mg/0,2 ml.¹¹

- **Intramuscular**, 1 mg (0,1 ml). Si es un prematuro de menor de 1.500 gr, se sugiere administrar 0,5 mg.
- **Vía oral**, 2 mg, al nacimiento, entre el cuarto y sexto día de vida, y entre las cuatro y seis semanas de vida.

Konakion pediátrico^R: además de fitomenadiona (vitamina K1) lleva como excipientes: Ácido glicocólico, hidróxido sódico, lecitina, ácido clorhídrico al 25%, agua para preparaciones inyectables

A les reacciones adverses según ficha técnica:¹¹

- **Rara** (mayor o igual 1/10.000 a menos 1/1000): reacciones anafilácticas después de administración parenteral e irritación local por ejemplo dolor o inflamación en el lugar de administración de Konakion.
- **Muy raras** (menor 1/10.000): reacciones anafilactoides después de la administración intravenosa, e irritación venosa o flebitis en el lugar de la administración endovenosa.

Si se decide no administrar la vitamina K:

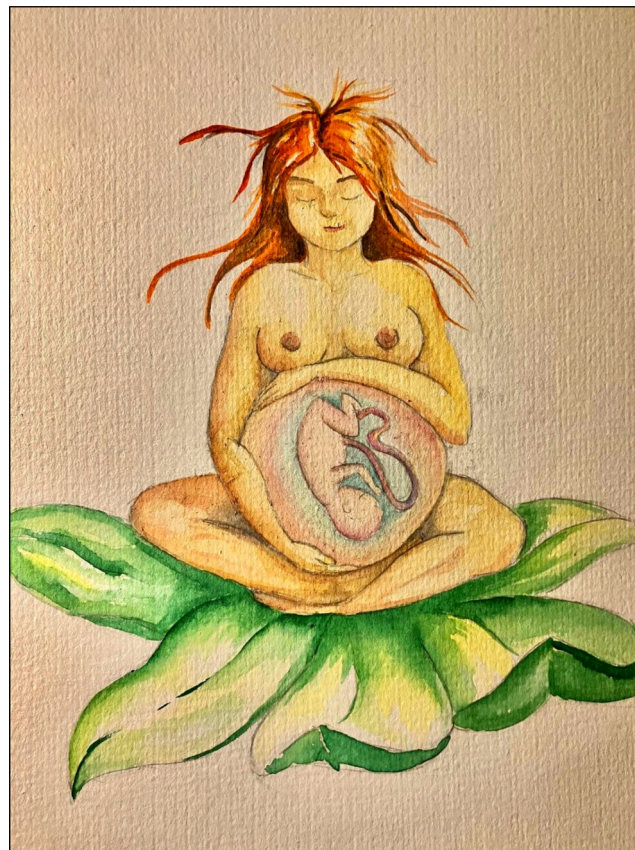
- Si el lactante hace lactancia materna, la mamá aumentará la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.

- Evitará en lo que sea posible la toma de antibióticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Vitamin K compounds and the water-soluble analogues: use in therapy and prophylaxis in pediatrics. *Pediatrics* 1961, 28, 501–507
2. Chalmers EA. Neonatal coagulation problems. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2004 Nov;89(6): F475–8. doi: 10.1136/adc.2004.050096. PMID: 15499133; PMCID: PMC1721785
3. Pichler, E., Pichler, L. El sistema de coagulación neonatal y la hemorragia por deficiencia de vitamina K: una mini revisión. *Wien Med Wochenschr* 158, 385–395 (2008). <https://doi.org/10.1007/s10354-008-0538->
4. Hand I, Noble L, Abrams SA. Vitamin K and the Newborn Infant. *Pediatrics.* 2022 Mar 1;149(3): e2021056036. doi: 10.1542/peds.2021-056036. PMID: 35190810.
5. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Controversies concerning vitamin K and the newborn. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics.* 2003 Jul;112(1 Pt 1):191–2. PMID: 12837888.
6. Araki S, Shirahata A. Vitamin K Deficiency Bleeding in Infancy. *Nutrients.* 2020 Mar 16;12(3):780. doi: 10.3390/nu12030780. PMID: 32187975; PMCID: PMC7146284.
7. Sankar MJ, Chandrasekaran A, Kumar P, Thukral A, Agarwal R, Paul VK. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a syste-

- matic review. *J Perinatol.* 2016 May;36 Suppl 1(Suppl 1):S29-35. doi: 10.1038/jp.2016.30. PMID: 27109090; PMCID: PMC4862383.
8. Dra. Roxanna García-López. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex* 2011;32(4):223-230.
 9. Ruth A. Lawrence. *La Lactancia Materna*. Cuarta edición. Ediciones Mosby. 1996. ISBN: 0-8016-6858-1. Capítulo 4, 131-132.
 10. SJ Fomon. *Nutrición del lactante*. Ediciones Mosby/Doyma libros. 1995. ISBN: 84-8086-146-0. Capítulo 22,340-350.
 11. FICHA TÉCNICA 1. Konakion 10 mg/ml solución oral/solución inyectable Konakion 2 mg/0,2 ml pediátrico solución oral/solución inyectable. https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/27262/FT_27262.html.pdf
- Morales Betancourt, C, Pallás Alonso CR, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Uso profiláctico de la vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2021;23:195-205
 - Escribá, R. Gil y R. del Río. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. *An Pediatr Contin.* 2010; 8(2): 64-72.
 - Committee on Fetus and Newborn. Controversies Concerning Vitamin K and Newborn. *Pediatrics* 2003; 112;119: vol 112, N° 1 July 2003.
 - Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD002776. DOI: 10.1002/14651858.CD002776. Accedida el 19 de diciembre de 2023.
 - Pérez Río M, Ruano A. Vitaminas y salud. *OFFARM* 2004, vol 23 numero 8, 96-106.
 - Shearer MJ. Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in early infancy. *Blood Rev.* 2009 Mar; 23(2):49-59. doi: 10.1016/j.blre.2008.06.001. Epub 2008 Sep 19. PMID: 18804903.
 - Darlow BA, Phillips AA, Dickson NP. New Zealand surveillance of neonatal vitamin K deficiency bleeding (VKDB): 1998-2008. *JPaediatr Child Health.* 2011 Jul;47(7):460-4. doi: 10.1111/j.1440-1754.2010.01995.x. Epub 2011 Feb 18. PMID: 21332589.
 - Galbe Sánchez Ventura, J. Prevención del consumo de tabaco en la adolescencia. En *Recomendaciones PrevInfad/PAPPS* [en línea]. Actualizado 17 de mayo de 2020. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/tabaco-rec>



Reacciones adversas vacunas en el mundo



Xavier Uriarte (Médico)

Fecha de finalización: marzo 2026

Contacto: xavier.uri@gmail.com

1. Meningite Asséptica asociada com a Vacina “MMR” (Triple Vírica) en El Salvador.

Grupo de Trabalho “MMR-Salvador”. Sergio Cunha. Dpto. de Neuropsiquiatria. Facultad de Medicina. Universidad Federal da Bahia. Hospital Couto Maia. Revista Medicina. Fevereiro 1998.

La MMR fue introducida masivamente en el estado de Bahia (Brasil) entre la población de 1-12 años en el año 1997.

La campaña comenzó en la primera semana de agosto de 1997 y se llegó rápidamente al 80% de cobertura. A partir del 3 de septiembre se observó un aumento substancial de casos internados, de 8 a 10 veces mayor que en semanas anteriores en el hospital, con diagnóstico de Meningitis Aséptica.

Después de esta campaña se estipuló que el riesgo de meningitis aséptica podía ser de 1 caso por 10.000 vacunados.

2. Artropatías y Enfermedad del Suero producidas por las vacunas

Butlletí Groc. Vol 1, nº 1. Abril-junio 1988. ICF.UAB

En este boletín publicado por el Instituto Catalán de Farmacología en el año 1988 nos describe artralgiyas y empeoramiento de la artritis tras la vacunación

de la triple vírica (rubéola), gripe porcina y fiebre amarilla.

También nos señala la enfermedad del suero tras la vacunación que puede aparecer al cabo de 1-2 semanas postvacunación.

3. ¿Pueden administrarse de forma conjunta la vacuna de la fiebre amarilla y la vacuna antitífica oral?

Boletín Terapéutico Andaluz. Vol. 18, nº4. Año 2002

Ya en 2000, la OMS publicó las recomendaciones específicas para los viajes internacionales. Aunque en los prospectos de la vacuna de la fiebre amarilla y de la antitífica oral no hacen mención de contraindicación, se considera prudente no combinarlas.

4. Reacciones adversas producidas por vacunas infantiles

M.C. Moreno. Alergol Inmunol Clin 2005; 20: 51-63

En este artículo se recogen algunas de las reacciones adversas que se presentan tras el cumplimiento del calendario vacunal español. Destacan el absceso, la linfadenitis, miofascitis, parálisis aguda, poliomiélitis, Guillain-Barré, encefalitis, meningitis, convulsiones, fiebre, cuadro vago, hipotonía, erupción cutánea, osteítis, cambios en el sueño y llanto persistente, artralgiyas, anorexia, cefalea, dolor y reacción alérgica anafiláctica.

Los autores consideran que la frecuencia de RAV puede ser de 1 caso por 100.000 sujetos vacunados.

5. Neuralgia Amiotrófica por Vacuna antigripal

S. Muñoz. Revista Rehabilitación (Mad) 2007,41 Supl1:135-214

En esta comunicación del 45 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación llevado a cabo en el 2007 se observó la neuralgia amiotrófica tras la vacunación antigripal. Aunque poco frecuente el autor recomienda parar la atención en esta reacción adversa.

6. Beneficis i riscos de les vacunes: la vacuna contra el catarro o tosferina (pertussis)

Reaccions Adverses a Medicaments. Targeta Grog. Butlletí Informatiu, nº 8. Agost-setembre 1986

A finales de 1970 se inició la duda sobre la seguridad y eficacia de la vacuna bacteriana pertussis o tosferina y sobre todo por el riesgo de encefalitis postvacunal.

La inmunización con la vacuna pertussis se suspendió durante unos años en el Japón, en Suecia y en Gran Bretaña.

La incidencia de la encefalitis aguda postvacunal oscila entre 1 caso entre 25.000-300.000 personas vacunadas.

7. Vacuna Hepatitis B. Sospechas de Reacciones Adversas (R.A.M.)

R.A.M. Boletín Informativo del Centro Farmacovigilancia de la Comunidad Madrid. Vol. 5, nº 2. Septiembre 1997

El SEFV en este tiempo recogió 165 notificaciones de reacciones adversas. Entre los efectos destacan los neurológicos (coma, convulsiones, somnolencia, meningismo, neuritis óptica, agitación, confusión, mialgia, anorexia, síncope), cardiovasculares, sanguíneos y gastrointestinales.

Una mujer de edad desconocida que recibió 3 dosis en un período de 6 meses, 1 mes después de la última dosis presentó una hepatitis infecciosa B.

8. Vacuna Hib y Diabetes

Classen JB, Classen DC. 2002 Clustering of cases of Insulin Dependent Diabetes. Occurring There Years After Hib. Immunization Support Causal Relationship Between Immunization and Diabetes Depen-

dent. Autoimmunity 35(4:247-253).

Se escogió en Finlandia, entre 1985-1987, aproximadamente 116.000 niños para recibir 4 dosis de vacuna Hib a partir de los 3 meses.

También se escogieron ratones y se les inyectó la vacuna.

Los resultados mostraron el incremento de riesgo de padecer Diabetes tanto en niños como en ratones.

9. Notificación Reacciones Adversas vacunas del papiloma humano (VPH)

AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). Fuente Ministerio Sanidad España. Segundo semestre 2018

Se han observado diversas reacciones adversas en las mujeres tras la vacunación con Gardasil o Cervarix. Destacan en primer lugar, las lesiones neurológicas centrales, periféricas y psiquiátricas, en segundo puesto las alteraciones cardiovasculares y en tercer lugar las afectaciones de

los órganos de la reproducción y abortos espontáneos.

10. Elevados niveles de Anticuerpos contra el sarampión en niños con autismo

Pediatr. Neurol. 2003 Apr. 28 (4):292-4

La autoinmunidad inducida por virus puede desempeñar un papel causal en el autismo. Para examinar el vínculo etiológico de los virus en este trastorno cerebral realizamos un estudio serológico del virus del sarampión, paperas y rubéola.

Los anticuerpos virales se midieron mediante ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas en el suero de los niños autistas, niños normales y hermanos de niños autistas. El nivel de anticuerpos contra el sarampión, pero no de paperas y rubéola, fue significativamente mayor en niños autistas en comparación con los niños normales o hermanos de niños autistas.



DECÁLOGO SOBRE LAS VACUNAS

1 Las vacunas son unos fármacos biológicos y químicos

La composición de esos fármacos lo es de organismos vivos, y de química altamente tóxica, como es el caso del tiomersal, sales de aluminio, escualeno, antibióticos y formaldehídos, que se introducen directamente en el organismo humano sin pasar el filtro digestivo de la microbiota.

2 El proceso de fabricación de las vacunas no está sometido a control independiente externo

La afirmación de la industria farmacéutica de la eficacia de las vacunas no ha sido demostrada nunca.

Según la industria farmacéutica, la finalidad de las vacunas sería aumentar las defensas del organismo evitando la enfermedad que el patógeno origina o puede originar.

La vacuna no mata el patógeno, evitaría en el mejor de los supuestos el desarrollo de la enfermedad. Por tanto, no erradica enfermedades.

3 Las vacunas tienen efectos secundarios frecuentes y graves

Entre ellos, están el autismo, la parálisis, epilepsia, encefalitis, meningitis, esclerosis en placas, dispepsia y colitis, plaquetopenia, tiroiditis, insuficiencia renal, alteración muscular, fatiga o astenia, diabetes, reacción vagotónica, infarto de miocardio, reacciones alérgicas y de intolerancia. Además de causar enfermedades infecciosas, como la poliomielitis, la difteria, la tosferina (pertusis), la hepatitis, la pulmonía, la gripe, el sarampión, etc., también son causan de la denominada muerte posvacunal.

Los efectos secundarios son debidos a las reacciones tóxico-alérgicas que suele desencadenar, a la autoinmune y a la infecciosa que puede poner en funcionamiento.

4 Las vacunas están vinculadas al Autismo y al ADHD (Trastorno Hiperactividad con Déficit de Atención)

Por lo que respecta al ADHD, se produce en menos del 2 % de los niños no vacunados pero se eleva al 8 % de los niños vacunados. Además, el asma se encuentra en sólo el 0,2 % de los niños no vacunados en compara-

ción con el 15 % de los niños vacunados. Las reacciones postvacunales incapacitantes son comunes, graves y de por vida. Los ex responsables de la FDA (Departamento Federal de Drogas en EEUU) han admitido que sólo informan de alrededor el 1 % de los efectos adversos graves de las vacunas, por lo que lo razonable es concluir que ha habido millones de reacciones adversas graves en el mundo por las vacunas en los últimos 25 años.

5 Las vacunas pueden causar la muerte

Existe información al respecto. Actualmente, se calcula que el riesgo de muerte posvacunal es 1 muerte cada 250.000 dosis de vacuna.

Si en España aproximadamente se vacunan 10.000.000 de personas, el resultado es de 40 muertes cada año por vacunas. Dato que se silencia.

Las causas por las que pueden causar la muerte son: la encefalitis, fallo multisistémico, meningitis, crisis asmática, reacción anafiláctica, insuficiencia renal, infarto de miocardio, etc.

6 La inmunización de grupo no es cierta

La afirmación realizada por la industria farmacéutica de que la vacunación masiva produce la denominada inmunización de grupo, no sólo no es cierta, sino que no está demostrada, ni científica ni empíricamente. La inmunidad de grupo es el resultado de una inmunidad permanente, que sólo se consigue mediante la infección natural.

7 Las vacunas no son el único tratamiento para evitar ciertas enfermedades

Ni siquiera el más efectivo, desde luego a nivel de grupos grandes.

Está demostrado empíricamente que los mejores remedios para evitar enfermedades infecciosas son las condiciones de salubridad, el agua potable, la eliminación de aguas residuales, la recogida de basuras, la alimentación, la vivienda y el lugar de trabajo, la densidad demográfica y la paz interior.

8 Es cierto que un vacunado puede contagiar el patógeno a un no vacunado

Es más, la vacunación puede difundir más ampliamente las bacterias y los virus durante años, pudiendo permanecer los gérmenes inoculados largo tiempo en nuestro organismo.

Esta permanencia puede generar reacciones neurológicas, metabólicas, digestivas, alérgicas, asmáticas e infecciosas de difícil solución.

Aun en los países no desarrollados los programas de vacunación pueden incrementar la mortalidad y las enfermedades.

La vacunación masiva no tiene sentido porque no es cierta la inmunidad de grupo. No solo no está demostrada sino que justamente está demostrado con datos empíricos que un vacunado puede infectar y de hecho infecta a un no vacunado.

9 La mezcla de aluminio, mercurio, sorbitol, formaldehído y antibióticos que llevan las vacunas se considera extremadamente tóxica cuando es inoculada

Dicha combinación hace que la eliminación sea más lenta y se acumulen más tóxicos en nuestro organismo. Las vacunas son una fuente de ingresos importante para la industria farmacéutica

10 Si a pesar de ello decide vacunar tenga en cuenta las pautas siguientes

- Espere hasta que el niño tenga al menos dos años.
- No le dé más de una vacuna a la vez.
- No vacunar cuando el niño está enfermo.
- Asegúrese de que las vacunas están libres de timerosal.

Si observa alguna reacción extraña o cambio en el comportamiento de su hijo/a tras la vacunación, deje de vacunar durante un tiempo.

FICHA DE LA VACUNA DEL PAPILOMA

Fecha de elaboración

2017

Referencia bibliográfica

Prospecto Informativo Sanofi Pasteur MSD (Año 2011).

Tipos de Vacuna

Gardasil, Gardasil 9 y Cervarix

Componentes conocidos

- Virus del Papiloma 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58.
- Fosfato de Aluminio 225- 500 microgramos.
- Polisorbato 80, 50 microgramos.
- Borato de sodio 35 microgramos.
- Histidina 780 microgramos.
- Cloruro de sodio 9560 microgramos.
- Monofosfórico lipídico (MPL) 50 microgramos.

Reacciones adversas postvacunales

- Parálisis, convulsión, epilepsia, alteración en el tono muscular, crisis vago-tónicas, vértigo, neuralgia, catalepsia y fatiga.

- Alteración circulatoria, aceleración de la frecuencia cardiaca, síncope, vasculitis, trombosis venosa y pulmonar.
- Alergia digestiva y respiratoria.
- Dolor articular y muscular.
- Trastornos menstruales, cáncer de cuello uterino y aborto.
- Afectación del páncreas y diabetes.
- Muerte Súbita.

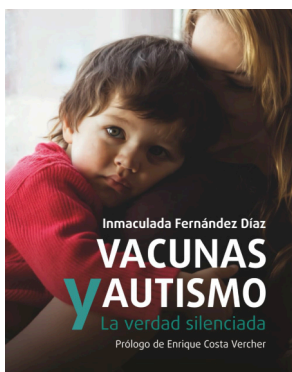
Observaciones

La inoculación de la vacuna puede interferir en la producción de anticuerpos tras la vacunación de la hepatitis B.

Mucha precaución en las personas con alteraciones en la coagulación de la sangre o con antecedentes de alergia.

Fabricantes

Sanofi Pasteur MSD, Merck y GlaxoSmithKline.



VACUNAS Y AUTISMO

Autora: Inmaculada Fernández (Periodista)

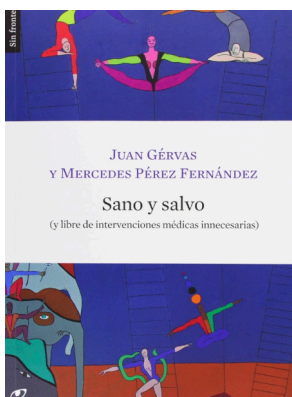
Contacto: laverdadsilenciada@proton.me

Idioma: castellano

Edición 2026

Es una obra que aporta muchas referencias a la relación vacunas y autismo. La autora ha dedicado estos últimos años a recoger datos y a difundirlos en los medios de comunicación.

Es una buena aportación para los profesionales que se dedican a la infancia y para las familias afectadas que buscan respuestas.



SANO Y SALVO

Autores: Mercedes Pérez y Juan Gervás (Médicos)

Idioma: castellano

Editorial: Lince. 2003

Los autores, médicos que se han dedicado a la asistencia médica en la zona de Madrid, a la docencia, a la investigación y a la difusión han llevado a lo largo de su vida una gran labor de información sobre la yatrogenia de la medicina moderna. Es una obra que da más conocimiento y autonomía a los ciudadanos ante la medicina tecnificada.



MANUAL DE AUTISMO PARA PADRES.

Autora: Isabel Bellostas

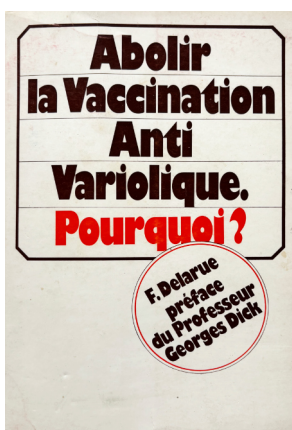
Idioma: castellano

Autoedición 2019

La autora pediatra, nacida en Sevilla, ya publicó un libro en 2010 dedicado a la bronquiolitis postvacunación hepatitis B.

En este libro dedicado al autismo nos habla de las causas del autismo, de los metales pesados, de las vacunas y de las posibilidades terapéuticas para mejorar la vida de las personas.

Un buen libro para las familias y los profesionales.



ABOLIR LA VACCINATION ANTIVARIOLIQUE POURQUOI?

Autor: Fernand Delarue

Idioma: francés

Edición 1974. Agotado. Difusión en España: Biblioteca André Torcque

Un agradecimiento a André Torcque por habernos hecho llegar esta obra clásica a través de su biblioteca en Mallorca.

El autor, ya fallecido y presidente de la Liga Nacional Francesa para la Libertad de Vacunación, nos muestra datos de la viruela en Europa y de las complicaciones de la vacuna.

En el libro se relata la afirmación del ministro de la Salud de Gran Bretaña ante la Cámara de los Comunes en la que la vacunación sistemática de la viruela no puede ser recomendada porque comporta más riesgos que la propia enfermedad.

También explica que la retirada de la vacunación no abrirá la puerta a nuevas epidemias de la viruela.

Si alguien desea consultar el libro puede ponerse en contacto con:

xavier.uri@gmail.com

A la luz de la indescifrable complejidad con que se manifiesta la información genética, de la supeditación de ésta a las condiciones ambientales, de las actividades tan precisas, tan concretas de los virus... no tiene sentido las enormes inversiones destinadas por la industria farmacéutica a la búsqueda de "genes de interés comercial", a la obtención de "patentes" para moléculas que, supuestamente controlan procesos complejos y multifactoriales. Ni el uso de virus, supuestamente "inactivados" para introducir, al azar, genes foráneos en los organismos, como el intento de producir cerdos transgénicos en los que se expresen inmunoglobulinas humanas.

Ya hemos tenido indicios suficientes de estos peligros. Y aquí me voy a atrever a someter al criterio del lector una información sobre un terrible indicio de estos peligros. Desde 1992 hasta 1999, el periodista Edward Hooper siguió el rastro de la aparición del SIDA hasta un laboratorio en Stanleyville en el interior del Congo belga, en el que un equipo dirigido por el Dr. Hilary Koprowski, elaboró una vacuna contra la polio utilizando como sustrato riñones de chimpancé y de macaco.

El "ensayo" de esta vacuna activa tuvo lugar entre 1957 y 1960, mediante un método muy habitual en "aquellos tiempos", la vacunación de más de un millón de niños en diversas "colonias de la zona". Hooper fue vapuleado públicamente por una comisión de científicos que negaron rotundamente esa relación. Desde entonces, se han publicado varios "rigurosos" estudios que asociaban el origen del sida con mercados africanos en los que era práctica habitual la venta de carne de mono.

Lo que Hooper ni Koprowski podían saber era que los mamíferos tenemos virus endógenos que se expresan en los linfocitos y que son responsables de la inmunodepresión materna durante el embarazo.

Las barreras de especies son un obstáculo natural para evitar el salto de virus de una especie a otra. Son necesarias unas condiciones extremas de estrés ambiental o unas manipulaciones totalmente antinaturales para que esto ocurra.

Es necesario detenerse a pensar sobre lo que hay realmente detrás de muchas supuestas soluciones a problemas inexistentes o mal diagnosticados, como la puesta en el mercado de millones de dosis de supuestas vacunas contra la gripe "aviar" o las campañas de vacunación masiva contra un virus endógeno. Porque como todos sabemos "el Mercado" es el que dirige el destino de la Humanidad. Y ante el Mercado, ni la ética, ni la Ciencia, ni la verdad, tienen ningún poder.

Máximo Sandín. Doctor en Bioantropología, UA Madrid.
Autor del libro *Pensando la evolución, pensando la vida*.
Editorial Cauac. 2010.