

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Vacunación

Número 18
Abril 2010

Libre



3 Euros

VACUNACIÓN LIBRE

Boletín informativo de la
**Liga para la Libertad de
Vacunación**

Abril de 2010

CONSEJO DE REDACCIÓN

Jordi Capdevila
Vicenç Robles
Xavier Uriarte

COLABORADORES

Françoise Berthoud
Rosa Ferré
Carlos Fresneda
María Fuentes Caballero
Manu García
Kris Gaublonne
Juan Gervás
Jesús Gil
Coro Goitia
Belen Igual
Miguel Jara
Françoise Joët
Eneko Landaburu
Juan M. Marín
Eva Martín
Coral Mateo
Ana Medina
Joan Mora
Michel Odent
Ayax Perrella
Jean Pilette
Marino Rodrigo
Máximo Sandín
Tinus Smits
Anna Vallès

EDITA

Liga para la Libertad de Vacunación
Apartado de correos 100
17080 - GIRONA (España)
E-mail: info@vacunacionlibre.org
Web: www.vacunacionlibre.org

Depósito Legal: Gi-xxxx-xx

ÍNDICE

Estamos preparados para lo que venga	3
La enfermedad de la Lengua Azul	4
FICHAS INFORMATIVAS DE VACUNACIÓN.	9
Difteria, Tétanos y Tosferina (DTP o DTPa).	9
Sarampión, Paperas y Rubéola (Vacuna Triple Vírica, MMR o TV)	13
Hepatitis A y B.	15
Información a las familias que vacunan por primera vez a sus hijos	18
Red española de tratamiento homeopático de efectos postvacunales	19
Como minimizar los efectos secundarios de las vacunas	20
Semana internacional víctimas de las vacunas	21
Programa segunda reunión EFVV	22
Red española de información sobre vacunas	23
Asociaciones que luchan por la libertad de vacunación en el mundo	24
Comentario de libros	27

Estamos preparados para lo que venga

Recientemente nos explicaba desde La Paz un compañero homeópata boliviano que en el mes de diciembre del 2009, tras la vacunación (pentavalente + polio oral) de un bebé de 4 meses, a las 24 horas falleció súbitamente. Los padres inicialmente culparon de la muerte del lactante a la enfermera que había practicado la inoculación.

En el mes de enero del 2010 fue interpelado el ministro de sanidad en el Parlamento venezolano por la compra masiva del excedente de vacunas de la gripe A a los países europeos tras el fracaso de la vacunación en la Comunidad Europea.

Tras el proceso abierto por la jurisprudencia de Barcelona a los afectados por la presencia del etilmercurio (thiomersal) en las vacunas ya han comenzado a llover peritajes por parte de la industria farmacológica que desmienten la toxicidad del etilmercurio.

Esta mentira tóxica vertida en los informes jurídicos de farmaindustria ha creado confusión en toda la judicatura del mundo, por este motivo hemos creado la Comisión Mercurio que tiene como finalidad asesorar a nuestros abogados y dar luz a los jueces.

Actualmente sabemos que la muerte súbita del lactante puede estar relacionada con la vacunación precoz, que no ha habido epidemia de gripe, que la vacuna antigripal es altamente tóxica y que tanto el etil como el metilmercurio son prácticamente igual de tóxicos, puesto que es el mercurio el que marca la agresividad de la molécula.

Es por esto que hemos considerado oportuno informar a los padres que vacunan por primera vez a sus hijas de los riesgos que presenta este producto biológico creado por la farmacia.

Con las instituciones actualmente somos un poco perezosos porque real-

mente es inoperante cualquier entrevista o reunión de trabajo que quiera tener una continuidad.

Tras la reunión mantenida en Valencia con la Dirección de Salud Pública de la Generalitat el 24 de julio de 2009 no ha vuelto a hablarse del tema.

Se nos atendió porque las noticias aparecidas en los medios de información levantinos incomodaron a las autoridades.

Ellos lo tienen muy claro: concertamos la entrevista y así desactivamos la presión. Viven del cuento y de la renta de prácticas no democráticas.

Son momentos de organización y de suma de esfuerzos.

La Junta de la Liga



La enfermedad de la Lengua Azul

En España la obligación de vacunar contra la Lengua Azul, una enfermedad que afecta principalmente a las ovejas, está siendo una imposición e intromisión en la sanidad animal que debería recaer en los ganaderos, principales interesados en mantener la salud de sus rebaños y la de los consumidores.

Los efectos de esta vacuna a largo plazo se desconocen aunque hasta la fecha diferentes colectivos han denunciado miles de muertes y de efectos secundarios, siendo silenciados y negados ante los medios para no asumir la responsabilidades y la sin razón de una vacunación masiva e indiscriminada subvencionada con fondos públicos.

Los ganaderos a parte de tener que vacunar, en algunos casos contra su voluntad, tienen que asumir las muertes y pérdidas de producción de su bolsillo y soportar que se cuestione su profesionalidad atribuyendo los efectos adversos a un mal manejo.

La única salida razonable a esta situación es el fin de la obligatoriedad de la vacunación como ya ha sucedido en otros estados de la UE como Holanda, Alemania e Inglaterra.

La LA es una enfermedad que afecta a mamíferos rumiantes tanto domésticos como silvestres, presentando una sintomatología más grave en ovejas. El patógeno es un virus (orbivirus) del que existen en el mundo 24 conocidos con diferentes cepas, repartidos principalmente en zonas cálidas y templadas de todo el planeta. No es contagiosa y es transmitida por la picadura de un insecto del género “*culicoides*”- vector- del que existen unas 1400 *sspp.*, de las cuales de momento 32 actúan como vector. También se transmite por semen y de forma transplacentaria. El insecto no nace infectado (sobre esto hay dudas), necesita picar (para completar la fase reproductiva de las hembras) a un animal con LA para ser portador de por vida.

La Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) considera la mortalidad de esta enfermedad de hasta un 10% en ovino y en el resto de especies inapreciable.

La enfermedad no afecta a todas las razas (ovinas) por igual y hay unas cepas más virulentas que otras. Los animales

que contraen la enfermedad quedan inmunizados de por vida pero no existe la inmunidad cruzada, así que sólo quedan inmunizados del serotipo causante de la enfermedad. También influye el estado sanitario y general de los animales a la hora de responder ante la enfermedad. En un rebaño puede haber animales que no manifiesten ningún síntoma junto a otros que presenten síntomas graves.

Es una enfermedad de larga convalecencia y puede tener una morbilidad del 40%.

El virus de la lengua azul se multiplica en las células endoteliales (recubren el interior de los vasos sanguíneos) y se disemina rápidamente por los nódulos linfáticos regionales y la circulación sanguínea.

La lesión principal asociada a la infección es el daño endotelial, que provoca agregación de plaquetas y coagulación. Esta lesión puede llegar a causar vasculitis, edema, micro trombosis, y en algunos casos necrosis de las zonas afectadas.

El virus puede multiplicarse también en macrófagos y linfocitos estimulados.

Autora: Eva Martín Jiménez
Ingeniera de Montes y Ganadera
E-mail: losapisquillos@hotmail.com

En la circulación sanguínea, el virus se mantiene durante varios meses fijado a los eritrocitos (glóbulos rojos), hasta que éstos son eliminados de la circulación por el bazo.

Signos clínicos más destacados. (Manual práctico de operaciones en la lucha contra la lengua azul. Ministerio de Medio Rural, medioambiente y Medio Marino):

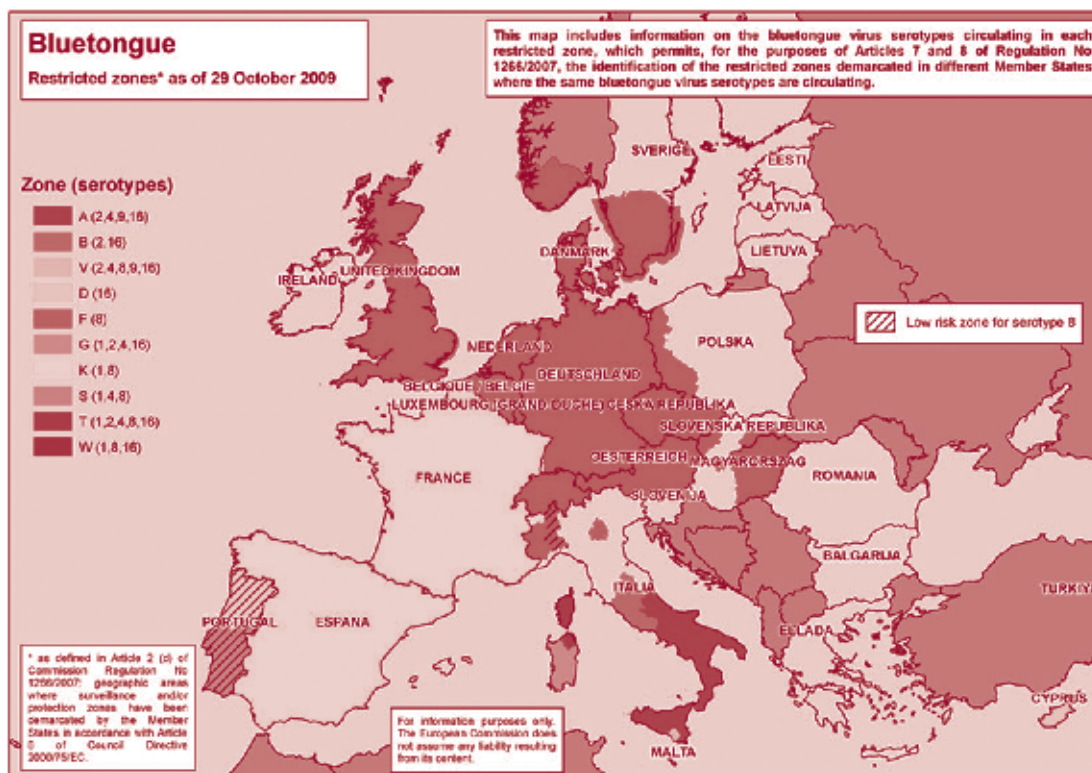
- Malestar general.
- Depresión.
- Fiebre.
- Complicaciones Neumónicas.
- Disnea. Dificultades respiratorias.
- Lesiones en Mucosa Oral, salivación purulenta.
- Aborto.
- Glositis (inflamación de la lengua), lengua tumefacta o cianótica.
- Edema Submandibular.
- Edema Supraorbital, lagrimeo.
- Cojera.

HISTORIA Y DISTRIBUCIÓN

Se cree que con el calentamiento de la cuenca mediterránea, esta enfermedad ha subido en latitud, afectando e instalándose en Europa, en donde actúan como vector de momento sólo cuatro especies. (Ver mapa).

A principios del siglo XX se describe la enfermedad en Suráfrica.

En España y Portugal ya hubo una infección de LA a finales de los 50 serotipo 10 y sin ningún tipo de política preventiva desapareció. Se le atribuyen la muerte de 133.000 animales (Datos Cresa). A finales de los 90 el serotipo 2 llegó al Mediterráneo: Cerdeña, Córcega, y en el 2000 a Baleares (atribuyéndole una morbilidad 14%, mortalidad 7,8%). Se cree que los serotipos 1, 2 y 4, que



Mapa de distribución de la enfermedad en Europa

afectan o han afectado a Europa vienen en corrientes de masas de aire caliente desde África, donde hay un reservorio en la fauna silvestre y doméstica.

El serotipo 8 apareció en Centroeuropa en 2006 posiblemente por el intercambio comercial de animales vivos.

El serotipo 6 aparece en Holanda en 2008 y se relaciona su aparición con una vacuna existente en Sudáfrica, así como el serotipo 11 que apareció unos meses más tarde.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN EN ESPAÑA

Comienza una campaña de lucha preventiva (RASVE) contra la LA con su irrupción en España basada en:

- Control del vector creando una red de muestreo para ver la evolución de la enfermedad por todo el territorio.
- Protección de rumiantes frente al vector, con el uso de insecticidas.
- Control del movimiento de animales inmovilizándose las zonas restringidas (20 km en torno a un foco).
- Vacuna obligatoria del 2000-06: atenuada, y del 2005 en adelante inacti-

vada en zonas restringidas y sus marcas agrarias.

La entrada de los diferentes serotipos en la península fue:

- En el 2004 aparece el serotipo 4 en Andalucía extendiéndose a Extremadura y dándose por erradicado en 2009 en España (hasta que aparezca un nuevo foco. Lo que no es poco probable, vino del norte de África, está extendido por el sur de Italia, Córcega y Cerdeña).
- En 2007 serotipo 1 en Andalucía extendiéndose por Castilla la Mancha, Madrid y saltando al norte (Asturias, Guipúzcoa).
- En 2008 entra el serotipo 8, posiblemente desde Francia apareciendo pocos focos (Cantabria 12, Lugo 1, Málaga 17).

Hasta este momento la estrategia había sido la referida arriba; aunque para el S8 se establece como zona restringida con un radio de 150 Km. En la campaña 2008-2009 se declara todo el Estado salvo Canarias y Baleares zona restringida para serotipo 1 y 8. Vacunándose de forma obligatoria y masiva toda la península

la toda la cabaña ovina y bovina.

Posiblemente con el fin de facilitar las transacciones de animales vivos dentro del estado y con terceros países.

“En zonas afectadas por primera vez, el virus provoca graves pérdidas económicas, sobre todo en el ganado ovino, no tanto por los efectos de la enfermedad, sino por las consecuencias que provoca sobre el comercio de ganado y la gran dificultad que supone su combate y erradicación.” Gresa.

“La vacunación actúa paliando la sintomatología clínica y reduciendo la excreción vírica en los animales, limitando la difusión.” OIE. Por lo tanto no eliminándola.

Podemos considerar la enfermedad ya endémica.

- Existe reservorios también en la fauna silvestre y cabras que se escapan de esta política vacunalista.
- Trasmisión trasovárica. La puesta del cullicoides infectado da lugar a insectos portadores. Que pueden permanecer en el estiércol durante el invierno. (En estudio).
- Los adultos pueden sobrevivir al invierno en el estiércol.

- El virus se mantiene durante meses en el animal infectado hasta que es totalmente eliminado por el bazo.
- Está demostrado el nacimiento de crías virémicas de madres infectadas.
- Los *Culicoides* capaces de desplazarse en masas de aire hasta 700 km.
- En el Sur de España hay zonas donde el vector persiste casi todo el año.
- En zonas con el 100% de vacunación en España siguen saliendo focos de LA. (Extremadura) RASVE. (Animales que no entraron en la campaña por edad insuficiente o animales mal vacunados?).
- El contacto de algunas sspp. de *Culicoides* de zonas frías con serotipos, les puede convertir en nuevos vectores. (ej. *C. obsoletus*)

Las medidas adoptadas no van a erradicar la enfermedad como se pretende.

La vacuna ofrece una protección limitada se requiere vacunación anual S1 y semestral en el caso de ganado vacuno S8. Lo que supone vacunaciones anuales o semestrales de por vida.

Plantear el uso masivo de insecticidas en las explotaciones es absurdo, un peligro para el medio ambiente y plantear una carga más a los ganaderos que le afectará no solo sobre su bolsillo, sobre su salud y la de sus animales.

La ayuda de la UE para la vacuna en la campaña 2009–2010 asciende a 21 millones de euros solo para España que servirá para financiar el 50% del coste total.

El ejemplo de Sudáfrica y de Israel donde vacunaciones múltiples y repetidas se practican desde décadas es una demostración de que la erradicación es una imposibilidad absoluta.

El caso del sur de Italia es explícito. Los *Culicoides imicolos* instalados desde hace 7 años son reforzados cada verano por los vientos cálidos de África o de Cerdeña y mantienen endémicos los virus 4, 9 y 16, a pesar de 3 a 4 años de vacunación. No hubo erradicación y lo más seguro es que no la haya, los virus siguen circulando. La situación de calentamiento de determinadas zonas y de mundialización de los intercambios comerciales es muy favorable a los vec-

tores y el riesgo de aparición en Europa de nuevas patologías, vectoriales o no, es seguro.

¿Cuál va a ser la política destruir el patrimonio genético de nuestros animales adaptados al medio, por una mejor adaptación a los fármacos y vacunas, creando una mayor dependencia a los ganaderos?

Quizás la estrategia más interesante sería intentar convivir con la enfermedad como en otros lugares de donde es endémica y desde hace siglos lo hacen animales domésticos y salvajes totalmente adaptados.

La parte más importante sería dejar la libertad a los ganaderos a elegir la estrategia de como enfrentarse a la enfermedad con o sin la vacuna. Asumir la convivencia significa trabajar más activamente el ganadero no delegando la sanidad de sus animales a las empresas farmacéuticas.

Esta opción creo que da garantías mayores que las que hasta ahora se están dando con la vacunación obligatoria.

¿Que ha pasado con la vacuna? La administración no reconoce efectos adversos ¿Entonces?

Veterindustria IFAH-Europa este comunicado expone lo siguiente acerca de las vacunas y la LA en febrero de 2008:

“¿Cuánto tiempo se tarda en desarrollar una vacuna?

Se necesitan entre 5 y 7 años para desarrollar una nueva vacuna o una vacuna mejorada en Europa, con un coste de aproximadamente 6 millones de euros según los datos europeos disponibles. IFAH-Europa y sus miembros se están esforzando para reducir el proceso y por lo tanto, incrementar la disponibilidad de vacunas contra nuevos serotipos de la enfermedad.

¿Se podía haber previsto la llegada de la lengua azul?

Nadie predijo la aparición del serotipo 8 de la lengua azul en el norte y centro de Europa, pero se esperaba que otras cepas pudieran diseminarse hacia el norte.”

Lo que supone que la vacuna que salió al mercado en el 2008 no había cumplido con los requisitos mínimos de seguridad y posiblemente las anteriores

tampoco. Teniendo solo una Autorización Temporal de Uso (ATU), la vacuna no dispone de ninguna garantía, eficacia en el tiempo, ni inocuidad, sobre la ausencia de riesgo durante la lactación, la gestación o de viremia de un animal ya contagiado, su uso esta indicado sin ninguna restricción.

El período recomendado para la administración de la vacuna es de noviembre a marzo, fuera del periodo en el que es probable la presencia del vector. En ovino es una vez al año y en vacuno semestral ¿como se puede administrar dos veces al año dentro del periodo recomendado?

ALGUNOS EJEMPLOS DE LO SUCEDIDO EN ESPAÑA

Julio 2008, en plena campaña de vacunación del S1-S8 el Principado de Asturias reconoce que hay problemas en la vacuna, por una mala praxis o por un mal estado de las vacunas. No hay datos sobre mortalidad e incidencia pero en algunas ganaderías la mortalidad ha superado el 40%. (Datos facilitados por ganaderos), se vacuno a animales ya infectados. (Intervet Jorge Donate Laffite, veterinario)

En Castilla y León ASAJA en feb'09 dice que sólo en Salamanca han muerto por la vacuna (S1, S8) han muerto 2700 animales y 1700 abortos. La asociación de ganaderos “19 de abril” junto con otros sindicatos y organizaciones consiguen sacarlo a la luz pública y se niegan sus socios a continuar con la vacunación si no hay garantías. La Junta de Castilla y León llama a la calma y se inicia un estudio sobre la posible incidencia de la vacuna y las muertes referidas. En el estudio realizado por el VISAVET, Universidad de Veterinaria de Madrid dirigido por Sánchez Vizcaíno se hace un muestreo sobre 33 animales y concluye que:

“El cuadro clínico observado, en todos los casos estudiados, se caracterizaba por caquexia, pérdida de lana y abomasitis, existiendo otras patologías concomitantes (coccidiosis, pestivirus, tuberculosis, parasitosis elevadas...) diferentes entre las explotaciones. Todo ello en animales procedentes de producción extensiva y/o semi extensiva. La

mortalidad presentaba un patrón temporal, fundamentalmente entre los meses de Diciembre y Enero, tanto en explotaciones que habían sido vacunadas hace un año como en los últimos meses.

No se observada relación entre el proceso patológico descrito y la vacunación frente a la lengua azul. De hecho, las explotaciones ovinas de Salamanca (Grupo 1 y 3), fueron vacunadas once meses antes del inicio del cuadro clínico, siendo en los demás casos estudiados las vacunaciones entre tres y cinco meses antes del inicio del cuadro clínico.

... no podemos descartar que no pueda afectar a animales mal nutridos, caquexicos, o con elevada parasitosis.

El cuadro observado parece tener un origen multifactorial con problemas de manejo y alimentación."

En marzo el Secr. Gral. De Agricultura de la Junta de C. León, Eduardo Cabanillas ante los medios, en base al estudio realizado por el VISAVET aseguró la inmovilización y muerte de las explotaciones que se negasen a vacunar y dio unas cifras de 1.132 muertes en todo C. León.

En Cataluña se vacunó en 2008-2009 del S1 y S8 a ovejas, cabras y vacas. Los datos oficiales son 42 explotaciones con unas 2.000 reproductoras muertas. Pero la realidad es muy distinta, ya que estas explotaciones son las que se quejaron ya que tenían una elevada mortalidad.

En las estadísticas tampoco figuran los corderos muertos por la reducción de producción de leche de sus madres, ni abortos.

Hay muchas explotaciones con bajas inferiores al 10% que no están en la estadística.

Se cree que de una manera u otra, el 90% de las explotaciones estuvieron afectadas, afectando a unos 15.000 animales (JARC).

En base a estas incidencias se realizó otro estudio por el CRESA:

"La mortalidad en el ganado ovino según los datos recogidos ha oscilado entre 0,8% y 65%, con una media del 16,46%..."

"... Las principales lesiones observadas son caquexia, e infestaciones parasitarias del abomaso e intestino. La parasitosis digestiva, con aclorhidria y pérdida de

proteína pueden por sí mismas ser responsables de los cuadros de caquexia observados. Como conclusión global, los factores de manejo y las parasitosis observadas son probablemente responsables de los problemas clínicos observados. Utilizando las técnicas más avanzadas disponibles no han podido detectarse otras enfermedades infectocontagiosas. Sería recomendable vacunar rebaños en buen estado sanitario, que siguen pautas adecuadas de profilaxis antiparasitaria..."

Las cabras en Cataluña han sido vacunadas con la misma vacuna que las ovejas, para lo que no está indicado según prospecto. (Prospecto de Zulvac). Para la siguiente campaña 2009 y 2010 ha dejado de vacunarse al ganado caprino. ¿La vacuna no ha tenido ninguna relación con las muertes e incidencias?

En otras comunidades como Extremadura se relaciona con la muerte de más de 18.000 ovejas (hasta marzo de 2009) ASAJA .

AVA-ASAJA dice que en la campaña 2008-2009 de S1 y S8, en la Comunidad Valenciana alrededor de 1.000 muertes.

En Aragón la vacuna ha causado muertes e importantes daños (UAGACOAG) al igual que en el País Vasco (ENHE).

En C. León se ha aprobado una partida presupuestaria para las indemnizaciones por la vacuna, en otras comunidades como es el caso de Cataluña los ganaderos que quieren recibir indemnización por pérdidas por la vacuna deben firmar que las bajas han sido a causa de un mal manejo, mal estado de los animales, mal año.

Los daños más comunes referidos por los ganaderos, con más incidencia en manejos extensivos o semiextensivos, son:

- Debilidad.
- Adelgazamiento y caquexia.
- Fiebre.
- Pérdida de lana.
- Abortos, superiores en casi un 30 por ciento en animales en fase final de gestación y a una reabsorción embrionaria superior al 50 por ciento en los primeros meses.
- Cojeras.
- Muertes.
- Bajada de la producción lechera con

las consiguientes bajas en corderos lactantes y pérdidas económicas.

- Nacimiento de crías aturdidas.
- Retardo del celo.
- Bultos y abscesos en el punto de aplicación de la vacuna (que luego revientan complicándose con la puesta de la mosca, en verano).

Parte de la lista de síntomas son referidos por los informes arriba nombrados en diferentes animales y distintas explotaciones. ¿Por que seguir diciendo que algo pasa pero que no es culpa de la vacuna?

Los daños por la vacunación solo se reconocen entre el periodo de su administración y 72 horas, en algunas explotaciones se han reconocido hasta dos semanas después.

El grupo de veterinarios Franceses de GIE-ZONE VERTE considera que los efectos de la vacuna más importantes pueden aparecer a partir de los 5 meses de la administración.

ALGUNA INFORMACIÓN MÁS SOBRE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN.

Aparecieron varios lotes infectados por hongos, en el 2009.

Se usa una sola aguja para todo el rebaño, estando recomendado no hacerlo así (VISAVET). (toda España)

Se han vacunado animales gestantes, aunque su uso no está recomendado (OIE para cualquier vacuna). (Castilla León, Cataluña)

No se deberían vacunar animales que pudiesen estar incubando o desarrollando la enfermedad, lo que podría dar lugar a una alta mortalidad (GIE-ZONE VERTE), causa de las posibles incidencias durante la campaña de vacunación en la Cornisa Cantábrica verano del 2008.

Por lo que debería hacerse fuera de la época de prevalencia del vector. La revacuna en el caso del vacuno se está haciendo en esta época.

Se están vacunando animales que ya han pasado la enfermedad y por lo tanto tienen inmunidad natural adquirida. En el sur de Francia una de las zonas más castigadas por LA hay ganaderos que han conseguido no vacunar a parte de

sus animales haciéndoles el test ELISA para demostrar que ya poseen anticuerpos y no necesitan la vacunación.

La vacuna tiene como coadyuvante hidróxido de aluminio neurotóxico. ¿Alguien ha estudiado los posibles efectos en la cadena alimentaria?

Parte de los ganaderos que se han negado a vacunar, a parte de recibir presión social por considerarles como un peligro y riesgo para otras explotaciones vecinas (que si están vacunadas por lo que no deberían temer ya que no son un riesgo mayor que el resto de explotaciones ya vacunadas, la fauna silvestre y otras sspp domesticas que pueden transmitirlo y no están vacunadas), tienen inmovilizadas las explotaciones con las pérdidas e insostenibilidad económica que esto supone hasta que claudiquen.

ALGUNAS PROPUESTAS A LA ADMINISTRACIÓN

- La libre vacunación.
- Que se reconozcan los daños de la vacuna y se indemnicen.
- Que se den las garantías suficientes de la vacuna para quien quiera emplearlo.
- Que se hagan estudios sobre inmunidad natural y sobre la diferente sintomatología de distintas razas.
- Que se empleen fondos para la búsqueda de tratamientos para minimizar los efectos de la enfermedad (convencionales y no convencionales).

VISAVET: Centro de Vigilancia Sanitaria Veterinaria, Universidad Complutense de Madrid.

Cresa: Centro de Recerca en Sanitat Animal. Campus de Bellaterra, Barcelona.

Veterindustria: La Asociación Empresarial Española de la Industria de Sanidad y Nutrición Animal, creada en 1977, es la patronal española del sector y agrupa a la práctica totalidad de las empresas que fabrican y/o comercializan en España medicamentos veterinarios, productos de sanidad y nutrición animal y aditivos nutricionales.

IFAH-Europa: La Federación Europea de la Sanidad Animal (IFAH-Europa). Veterindustrias representa a España. En esta federación.

RASVE: Red de Alerta Sanitaria Veterinaria. ■

PROGRAMA BIOCULTURA

BARCELONA, SÁBADO 1 DE MAYO DE 2010

MAÑANA

11-12h. *Vacunación en Rusia: aumenta el rechazo*

- ▶ Sra. Dana Bogustkaya (Madre de un niño afectado. Girona)

12-13h. *Toxicidades del Mercurio (etil y metilmercurio): una propuesta de aclaración a los Tribunales y a la Industria farmacéutica*

- ▶ Sra. Victoria Salvadó (Decana Facultat Química de la UdG. Girona)

13-14h. *Defensa Jurídica de las personas afectadas por el Mercurio en las Vacunas*

- ▶ Sr. Felipe Holgado (Abogado. Ciudad Real)

Descanso

TARDE

16-17h. *Vacunación o no, una difícil decisión: ¿Cómo afrontarla?*

- ▶ Sra. Lua Català (Médica homeópata. Pediatra. Barcelona)

17-18h. *Familias Afectadas en España y Efectos de la Vacuna Papiloma Humano*

- ▶ Sr. Juan Dominguez Layunta (Presidente Asociación VPH Valencia)

18-19h. *Vacuna Virus del Papiloma: Análisis sobre una decisión política en Salud Pública*

- ▶ Sra. Rosa Chacón (Posgrado en Mediación y Conflictos. Barcelona)

19-20h. *Experiencias de Familia: decisiones y vida propia*

- ▶ Sra. Anna Terrades y Sr. Francesc Pascual (Socios de la LLV. Barcelona)

Organiza: Liga por la Libertad de Vacunación
Colabora: Asociación Vencer el Autismo (AVA)



FICHAS INFORMATIVAS DE VACUNACIÓN

Autor: Liga para la Libertad de Vacunación

Difteria, Tétanos y Tosferina (DTP o DTPa)

INTRODUCCIÓN

El propósito de estas fichas es poder transmitir una información práctica sobre las principales enfermedades infecciosas para las que existe una vacuna.

Hay que resaltar que las vacunas, como todos los medicamentos tienen efectos adversos y que la idea preconcebida de que las vacunas son inocuas, es un error. La tendencia actual de vacunar indiscriminadamente a toda la población disponible, contra todas las enfermedades para la que existe una vacuna y en el plazo más breve posible de tiempo, como es el caso de los niños, no hace más que aumentar el riesgo de efectos adversos.

DESCRIPCIÓN

Estas tres enfermedades son producidas por bacterias. En el mundo médico es conocida como la triple bacteriana y no debe confundirse con la triple vírica que es la vacuna que se administra contra el sarampión, paperas y rubéola. La difteria (D) y el tétanos (T) son debidas a las toxinas que producen estos microorganismos por lo que las vacunas se elaboran con toxoides (toxinas atenuadas). En el caso de la tosferina (P) podemos encontrar la vacuna de células enteras (Pw) (prácticamente desaparecida) o la fabricada con proteínas de la membrana también llamada acelular (Pa) porque incluye sólo partes de la célula. De este modo tenemos dos tipos de triple bacteriana: la DTPw (células enteras) y la DTPa (acelular), esta última en principio, produce muchos menos efectos adversos ya que según reconocen los sectores vacunalistas la vacuna DTP de células enteras es probablemente la vacuna más reactógena y polémica de cuantas existen.

La DTP es una vacuna trivalente o combinada aunque en los últimos años han salido al mercado vacunas basadas en la DTP que incorporan otros componentes y de este modo se vacuna contra 4, 5 ó incluso 6 enfermedades de una sola vez. Esto, en realidad, se hace por una comodidad logística y comercial ya que de un solo pinchazo se vacuna contra un grupo de enfermedades, pero en términos de seguridad para el niño sería mucho más recomendable vacunar de cada enfermedad por separado, no hay que olvidar que al sistema inmune le es mucho más complicado reaccionar adecuadamente a toda esta carga infecciosa simultánea, pudiéndose producir muchos más efectos adversos. Actualmente sólo hay vacunas individuales (monovalentes) para el tétanos, ya que la difteria y la tosferina están combinadas.

la aplicación de la vacuna. Entre 1901 y 1965, año de inicio de las vacunaciones masivas con la DTP, el descenso de mortalidad por difteria en España fue del 98,70 %. Como sucede con la mayoría de enfermedades infecto-contagiosas, los cambios higiénicos y nutricionales que se han ido produciendo en la sociedad han jugado un papel decisivo.

Los efectos adversos de la vacuna se incrementan a medida que se administran más dosis por esta razón la dosis de los adultos y la del "recuerdo" de los 14 años es más pequeña que la de los niños y por eso se escribe con minúscula (dT = difteria + tétanos). Entre los efectos adversos propios de esta vacuna destacan las afecciones renales en forma de insuficiencia renal con pérdida de proteínas por la orina y la formación de edemas. Estas personas pueden requerir diálisis y

Vacunas combinadas de bacterias y virus	Nombre comercial
Difteria, tétanos, tosferina y hemofilus B	Infanrix Hib
Difteria, tétanos, tosferina y hepatitis B	Tritanrix HB, Infanrix HEP B
Difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis y hemofilus B	Infanrix-IPV+Hib, Pentavac
Difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B, poliomielitis y Hemofilus B	Infanrix Hexa

Las fichas de estas vacunas que combinan bacterias y virus se publicaran en otras fichas informativas.

DIFTERIA

Efectos adversos de la vacunación

Producida por el *Corynebacterium diphtheriae* la difteria es una enfermedad que se caracterizaba por la aparición de falsas membranas en la garganta pudiendo producir dificultad respiratoria. No se comunican casos de difteria en España desde hace unos 20 años. La disminución de la difteria no obedece a

acabar engrosando las listas de personas que han de recibir un trasplante renal. Además de nefritis también podemos encontrar neuritis y reacciones alérgicas diversas por hipersensibilidad a la proteína del toxoide diftérico. Es cierto que son poco frecuentes pero también lo es la enfermedad, por esta razón y dado que ha sido la higiene y la mejora de las condiciones de vida la que ha hecho posible el descenso de la enfermedad, es dudoso que sea una vacuna necesaria.

¿Riesgo de contraer la enfermedad en España?

El riesgo de contraer la difteria en España es prácticamente inexistente ya que no se han notificado casos en los últimas décadas.

TÉTANOS

Efectos adversos de la vacunación

El tétanos es una enfermedad infecciosa no transmisible, es decir una persona o animal enfermo no contagia a una persona sana. El agente causal es el *Clostridium tetani* que es una bacteria muy extendida en la naturaleza; podemos encontrarla en las heces de los animales y las personas y su presencia es habitual en el suelo y la tierra, especialmente si ésta contiene restos orgánicos. Por esta razón los grupos más expuestos lo constituyen los agricultores, ganaderos, jardineros y basureros. El tétanos es una enfermedad grave en que los músculos quedan contracturados, apareciendo convulsiones generalizadas que pueden llegar a la parálisis respiratoria. El bacilo del tétanos crece en un medio pobre en oxígeno; de ahí la importancia de una buena higiene, limpieza y oxigenación de las heridas.

Cuando oímos que existe la posibilidad de infectarnos del tétanos nos asustamos, pero en realidad esa posibilidad es remota. La incidencia del tétanos en los países actualmente desarrollados es bajísima y claramente descendente en los últimos 50 años. En España los casos comunicados en los últimos años oscilan alrededor de 1 caso por cada 2 millones de habitantes, con unas tasas parecidas a las de Francia. En Estados Unidos y Canadá la incidencia es 2 casos por cada 10 millones de habitantes. En los países desarrollados el tétanos afecta de forma mayoritaria a las personas mayores y ancianas y dada la baja incidencia, el número de muertes es muy reducido lo que seguramente se relaciona con el descenso alarmante de la población rural; en España más del 80% de la población vive en medios urbanos.

La vacuna antitetánica puede ser de utilidad sólo en heridas profundas, contaminadas con tierra y restos orgánicos. Una gran parte de las vacunaciones por

pequeñas heridas son innecesarias.

Entre las reacciones adversas destacan los procesos inflamatorios locales. En estos casos pueden aparecer reacciones inmunitarias del tipo Arthus por depósito de inmunocomplejos. Para evitar estos fenómenos se recomienda no vacunar con "frecuencia excesiva" y por esta razón no hay unanimidad entre los propios sectores vacunalistas en relación a las dosis de recuerdo en adultos. Las reacciones febriles son relativamente frecuentes, también se han descrito cefaleas y malestar general. Aunque menos frecuentes, entre las reacciones graves destacan los afecciones neurológicas como neuralgia amiotrofica, neuritis óptica, neuropatías periféricas de hecho la toxina tetánica tiene gran afinidad por el tejido nervioso. También se han descrito afecciones renales y reacciones anafilácticas por hipersensibilidad inmediata.

Desgraciadamente actualmente las vacunas monovalentes del tétanos contienen tiomersal (mercurio), esto implica que hay que vacunar contra el tétanos sólo cuando sea realmente necesario y no como medida preventiva y "por si acaso" ya que estamos inyectando un agente neurotóxico.

¿Riesgo de contraer la enfermedad en España?

Como ya hemos comentado la posibilidad de contraer el tétanos en España es muy baja, siendo una afección más propia de adultos y ancianos.

TOSFERINA

Efectos adversos de la enfermedad y de la vacunación

Producida por la *Bordetella pertussis* la tosferina es una enfermedad infectocontagiosa que afecta a las vías respiratorias y cursa con una tos convulsiva en forma de accesos muy característicos que pueden durar semanas. Excepcionalmente puede aparecer asfisia, apneas, encefalitis y otras complicaciones sobre todo en recién nacidos. Esas complicaciones son las que históricamente también han caracterizado a la vacuna, convirtiéndola en una de las más polémicas y controvertidas.

La incidencia actual es baja y habitualmente cura espontáneamente. En el periodo 1901-1965 (año de comienzo de las campañas masivas con la DTP) y en ausencia de vacunación el descenso de la mortalidad en España fue del 99,15%.

La lista de brotes aparecidos en poblaciones altamente vacunadas ha hecho que su eficacia se haya cuestionado históricamente, lo cual es corroborado por los propios sectores vacunalistas cuando leemos: "Un aspecto interesante es que la enfermedad puede aparecer en vacunados y no vacunados y que las diferencias entre estos dos grupos son escasas."

En relación a su seguridad los mismos sectores vacunalistas afirman: "Las vacunas antipertussis de células enteras se consideran desde hace años las más reactógenas entre las vacunas sistemáticas de la infancia". Sus efectos adversos son numerosos. La vacuna de la tosferina de células enteras presenta graves complicaciones, entre ellas sobresalen las encefalitis y las convulsiones; en reiteradas ocasiones se le ha relacionado con la muerte súbita del lactante.

¿Riesgo de contraer la enfermedad en España?

El riesgo de contraer la tosferina en España es reducido. Tras más de 40 años de vacunaciones sistemáticas la enfermedad no está erradicada. Por esta razón los sectores vacunalistas se plantean extender la vacunación, como sucede con la difteria, a los adultos (pues los consideran portadores sanos) aprovechando la cobertura que les ofrece la administración del recuerdo de la vacuna antitetánica.

PREPARACIONES COMERCIALES DE LA VACUNA DIFTERIA/TÉTANOS/TOSFERINA (DTP Ó DTPA) EN ESPAÑA

• **Infanrix:** vacuna de laboratorios GlaxoSmithKline tipo DTPa.

Contiene: toxoide diftérico, toxoide tetánico y tres antígenos de pertusis purificados: toxoide pertúsico, hemaglutinina filamentosa y pertactina (proteína de la membrana externa) adsorbidos en hidróxido de aluminio (soporte para los toxoides).

Excipientes declarados: hidróxido de aluminio, 2-fenoxietanol (conservante), formaldehído (conservante), polisorbato 80 (tensioactivo), cloruro sódico (agente isotónico), glicina (amino ácido) y agua para inyectables.

- **Boostrix:** vacuna de laboratorios GlaxoSmithKline tipo DTPa.

Contiene: toxoide diftérico, toxoide tetánico y tres antígenos de pertusis purificados: toxoide pertúsico, hemaglutinina filamentosa y pertactina adsorbidos en hidróxido de aluminio y fosfato de aluminio (soportes para el toxoide).

Excipientes declarados: hidróxido de aluminio, fosfato de aluminio, cantidad total aluminio 0,5 mg, formaldehído (conservante), 2-fenoxietanol (conservante), polisorbato 80 (tensioactivo), cloruro sódico (agente isotónico), glicina (amino ácido) y agua para inyectables.

Anteriormente las vacunas de la DTP que contenían tiomersal en su composición eran: Anatoxal DiTePer Berna de laboratorios Berna, DTP Merieux de laboratorios Pasteur Merieux y Trivacuna de laboratorios Leti, que contenían 0,05 mg de tiomersal por administración.

PREPARACIONES COMERCIALES DE LA VACUNA DIFTERIA/TÉTANOS/ (DT) EN ESPAÑA

- **Anatoxal DI TE Berna** de laboratorios Berna Biotech España.

Contiene: Toxoide tetánico y toxoide diftérico adsorbidos en fosfato de aluminio (soporte para el toxoide).

Excipientes declarados: Tiomersal 0,05 mg (conservante de mercurio) y fosfato de aluminio; cantidad de aluminio 0,4425 mg.

- **Diftavax** de laboratorios Sanofi Pasteur MSD.

Contiene: Toxoide tetánico y toxoide diftérico adsorbidos en hidróxido de aluminio (soporte para el toxoide).

Excipientes declarados: Hidróxido de aluminio, cantidad de aluminio 0,625 mg.

- **Diftanrix Adulto** de laboratorios GlaxoSmithKline.

Contiene: Toxoide tetánico y toxoide diftérico adsorbidos en hidróxido de aluminio (soporte para el toxoide).

Excipientes declarados: Hidróxido de aluminio 1,5 mg, cantidad de aluminio 0,5 mg.

- **TD Adultos LETI** de laboratorios Leti.

Contiene: Toxoide tetánico y toxoide diftérico adsorbidos en fosfato de aluminio (soporte para el toxoide).

Excipientes declarados: Tiomersal 0,05 mg (conservante de mercurio), fosfato de aluminio cantidad de aluminio 0,4425 mg.

PREPARACIONES COMERCIALES DE LA VACUNA TÉTANOS EN ESPAÑA

- **Anatoxal TE Berna** de laboratorios Berna Biotech España.

Contiene: Toxoide tetánico adsorbido en fosfato de aluminio (soporte para el toxoide).

Excipientes declarados: Tiomersal 0,05 mg (conservante de mercurio) y fosfato de aluminio.

- **Toxoide tetánico LETI** de laboratorios Leti.

Contiene: Toxoide tetánico adsorbido en fosfato de aluminio (soporte para el toxoide).

Excipientes declarados: Tiomersal 0,05 mg (conservante de mercurio) y fosfato de aluminio.

El fosfato de aluminio y el hidróxido de aluminio son partículas sobre las cuales se adsorben los toxoides para aumentar la respuesta de anticuerpos. El aluminio es un metal tóxico, la cantidad máxima que puede llevar el agua para que sea potable, en estos momentos, es de 0,2 microgramos por mililitro, en una tanda de vacunas podemos administrar más de 800 con lo cual estamos rebasando los límites en más de 4.000 veces.

Nota: La lista de vacunas disponibles en España está actualizada según el catálogo de medicamentos elaborado por el consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos, pero su disponibilidad en el mercado depende de los laborato-

rios y de las autoridades sanitarias.

RECOMENDACIONES DE LA LIGA POR LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN

No utilizar vacunas que contengan **Tiomersal** o **Timerosal** en su composición. Este conservante mercurial, contiene etilmercurio, un compuesto neurotóxico que está relacionado con trastornos neurológicos como retrasos en el lenguaje, síndrome autista en niños y demencias.

La inclusión del conservante **Tiomersal** generador de un tóxico en las vacunas no tiene ningún sentido y es innecesario ya que las vacunas en España son de un solo uso y no se contaminan.

Las autoridades sanitarias Europeas y Americanas recomendaron en 1999 la eliminación del tiomersal de las vacunas infantiles, pero como no está prohibido los laboratorios no tienen ninguna prisa en eliminar este tóxico de las vacunas.

Utilizar vacunas DTPa (acelulares) que son mucho más seguras que la DTPw (de células enteras).

La pauta recomendada por el calendario vacunal para la DTP es a los 2, 4, 6, 18 meses y 6 años, aunque dado el bajo índice de estas enfermedades unido a los potenciales efectos adversos que presentan, se recomienda si se considera necesario vacunar con la DTPa no antes de los dos primeros años de vida, cuando el organismo del niño este más preparado para afrontar una carga vacunal.

INFORMACIÓN INDEPENDIENTE Y CRÍTICA CONTRA LA POLÍTICA DE VACUNACIONES MASIVAS

Vacunaciones sistemáticas en cuestión ¿Son realmente necesarias?

Autor: Juan Manuel Marín Olmos

Editorial: Icaria

ISBN: 84-7426-716-1

Los peligros de las vacunas

Autor: Xavier Uriarte

Autoedición, 2007. ■

Presentación de la Liga y 2º Encuentro de Socios en Segovia (junio 2010)

PRESENTACIÓN DE LA LIGA

JUEVES 10 DE JUNIO, 19h.

En el Salón de Actos de la Residencia Juvenil Emperador Teodosio, calle Conde Sepúlveda, nº 4 (Segovia capital) a cargo de Angel Reija (socio de la LLV) y Xavier Uriarte (presidente LLV) con el tema “Vacunar o no, una decisión difícil: ¿Cómo afrontarla?”

2º ENCUENTRO DE LOS SOCIOS DE LA LIGA

VIERNES 11 DE JUNIO, 11h. — DOMINGO 13 DE JUNIO, 15h.

Se llevará a cabo en el Albergue de San Idefonso de la Granja (Segovia provincia).

El programa provisional es el siguiente:

VIERNES MAÑANA

Recepción y acogida de los socios asistentes.

VIERNES TARDE

Visita a los encantos de la Granja.

SÁBADO MAÑANA

Excursión matinal y baño.

SÁBADO TARDE

16h. Charla de Máximo Sandín.

17-19h. Asamblea de la Liga.

DOMINGO MAÑANA

Excursión y baño.

DOMINGO TARDE

Despedida.

Organiza: Liga por la Libertad de Vacunación (LLV).



Sarampión, Paperas y Rubéola (Vacuna Triple Vírica, MMR o TV)

INTRODUCCIÓN

El propósito de estas fichas es poder transmitir una mínima información práctica sobre las principales enfermedades infecciosas para la que existe una vacuna.

Hay que resaltar que las vacunas como todos los medicamentos tienen efectos adversos y que la idea preconcebida que las vacunas son inocuas es un error. La tendencia actual de vacunar indiscriminadamente a toda la población disponible, contra todas las enfermedades para la que existe una vacuna y en el plazo más breve posible como es el caso de los niños no hace más que aumentar el riesgo de efectos adversos.

Los calendarios de vacunación son guías orientativas y no una lista de inyecciones que hay que administrar a toda costa.

DESCRIPCIÓN

Estas tres enfermedades son producidas por virus de ahí el nombre de la vacuna triple vírica (en adelante TV). La vacuna contiene cepas atenuadas de los tres virus esto significa que cada virus está vivo pero ha sido debilitado para que no produzca la enfermedad al ser inyectada, o la produzca de forma inaparente o subclínica.

Aunque las tres enfermedades se inyectan a la vez esto se hace por una comodidad logística y comercial ya que de un pinchazo se vacuna contra tres enfermedades pero en términos de seguridad para el niño sería mucho más recomendable vacunar de cada enfermedad por separado. Actualmente solo hay vacuna individual (vacunas monovalentes) del sarampión, para vacunarse de las paperas o la rubéola hay que inyectarse los tres virus que contiene la TV (vacuna combinada).

SARAMPIÓN

Efectos adversos de la enfermedad y de la vacunación

Es una enfermedad benigna (leve) de tipo eruptivo que normalmente no produce complicaciones. Suele presentarse como un cuadro catarral, fiebre y se resuelve cuando brota el exantema (erupción). Una de las complicaciones más importantes era la encefalitis (inflamación del encéfalo, una parte del cerebro) cuya incidencia según las estadísticas oficiales es de 1 por 10.000 casos de sarampión. Las demás complicaciones como la laringitis, otitis, neumonía son muchos menos graves y perfectamente tratables. La neumonía postsarampiónosa ha sido la que ha producido históricamente mayor mortalidad. La encefalitis es también una complicación importante de la vacuna. La tasa de incidencia de la encefalitis post-vacunal varía considerablemente según las fuentes consultadas oscilando entre 1 por 200.000 y 1 por 20.000 vacunaciones. Dado que muy pocos niños pasan en la actualidad el sarampión y que sin embargo la gran mayoría de ellos se exponen al riesgo vacunal, un simple cálculo matemático nos dice que el riesgo de encefalitis es más elevado en la población vacunada. Por tanto teniendo en cuenta que existen otros trastornos postvacunales como otitis de repetición, reacciones asmáticas, gastrointestinales, hematológicas y afecciones tipo autismo, se considera que la exposición de la población a la enfermedad natural comporta menos riesgo de complicaciones graves y/o secuelas irreversibles que la aplicación masiva de la vacuna antisarampión.

¿Riesgo de contraer el sarampión en España?

El riesgo de contraer el sarampión en España es prácticamente inexistente ya que la incidencia de la enfermedad ha

ido disminuyendo de forma paulatina. El descenso de la mortalidad por sarampión entre 1901 y 1981 año de introducción de la vacuna TV fue del 99,9% según datos procedentes del Anuario Estadístico de España. Un dato que invita a la reflexión es que la incidencia de la varicela se ha ido incrementando en la medida que disminuía la del sarampión. Desde algunos sectores médicos, y a modo de hipótesis, se considera que las enfermedades eruptivas de la infancia son como "limpiezas constitucionales" de material genético, lo cual se traduciría en una menor tendencia a las enfermedades crónicas en la vida adulta.

PAPERAS O PAROTIDITIS

Efectos adversos de la enfermedad y de la vacunación

Es una inflamación de la parótida, la mayor de las glándulas salivares. Se trata de una enfermedad benigna que únicamente comporta el riesgo poco frecuente de una orquitis (inflamación del testículo) en los niños, o una meningitis. La pretendida esterilidad post-paperas forma parte de leyenda. De hecho la afectación testicular cuando ocurre es segmentaria, es decir no afecta a todo el testículo.

La vacuna para las paperas tiene como principales complicaciones la meningitis y/o pancreatitis. Otra complicación añadida es el desplazamiento en la edad de afectación y es bien sabido, que todas las enfermedades infantiles son más graves cuando afectan a los adultos. Los inconvenientes de las paperas no justifican por sí solos una campaña de vacunación masiva, pues todo el mundo está de acuerdo en su benignidad.

¿Riesgo de contraer paperas en España?

El riesgo de contraer de las paperas en España es prácticamente inexistente ya

que la incidencia de la enfermedad es muy baja.

RUBÉOLA

Efectos adversos de la enfermedad y de la vacunación

Es otra enfermedad benigna en las niñas y los niños. No se conocen complicaciones importantes de esta enfermedad eruptiva y las que se producen a menudo pasan desapercibidas. La complicación más importante de rubéola es el llamado Síndrome de Rubéola Congénita que se produce cuando una mujer embarazada se infecta durante el primer trimestre dando lugar a malformaciones y abortos. La eficacia de la vacuna resulta más que dudosa, por no decir nula, pues se reconoce desde sectores vacunalistas (después de 30 años de vacunaciones masivas) que en la actualidad la mayoría de mujeres en edad fértil son inmunes a la rubéola y que ello no es debido a la vacunación sino a la enfermedad natural. Estos mismos sectores también afirman que solo se infectan el 5% de las mujeres inmunizadas naturalmente mientras que lo hacen entre el 50-80% de las mujeres inmunizadas artificialmente, lo cual explicaría los casos de rubéola congénita en mujeres vacunadas. En el congreso de Glasgow de 1993 se hablaba precisamente de la necesidad de encontrar vacunas más eficaces para evitar los síndromes en mujeres vacunadas y las neuropatías y artrosis de las mujeres adultas vacunadas. La vacuna de la rubéola es de las que hace realidad el conocido aforismo de que “vacunación no es sinónimo de protección” incluso puede resultar contraproducente puesto que las personas vacunadas pueden creerse protegidas cuando en realidad no lo están. Por todo lo dicho nos podemos preguntar sobre la racionalidad de esta medida ¿tiene sentido vacunar a los niños y niñas a edades tempranas con vacunas de eficacia mas que dudosa?

Nunca hay que vacunar cuando la mujer este embarazada ya que los virus podrían afectar al feto.

¿Riesgo de contraer la rubéola en España?

El riesgo de contraer la rubéola en Espa-

ña es prácticamente inexistente ya que la incidencia de la enfermedad clínica es muy baja.

Preparaciones comerciales de la vacuna Triple Vírica (MMR o TV) en España

- **Trivaren** de laboratorios Berna.
Contiene: virus sarampión atenuados (cepa Edmonston Zagreb 19), virus rubéola (cepa Wistar RA 27/3), virus parotiditis vivos (cepa Rubini), propagados en células diploides humanas.
Excipiente declarado: lactosa (proteína derivada de la leche).
- **Vacuna Triple MSD** de laboratorios Sanofi Pasteur MSD.
Contiene: virus sarampión atenuados (cepa Enders), virus rubéola (cepa Wistar RA 27/3), virus parotiditis vivos (cepa Jeryl Lynn), propagados en embrión de pollo.
Excipientes declarados: sulfato de neomicina (antibiótico) 25 microgramos como máximo y sacarosa (azúcar) 1,9 mg.
- **Priorix** de laboratorios SKB grupo GlaxoSmithKline.
Contiene: virus sarampión atenuados (cepa Schwarz), virus rubéola (cepa Wistar RA 27/3), virus parotiditis vivos (cepa RIT 4385 derivada de la cepa Jeryl Lynn) obtenidos en embrión de pollo (virus sarampión y parotiditis) y en células diploides humanas MRC5 (virus rubéola).
Excipiente declarado: sulfato de neomicina (antibiótico) 8 microgramos.

Preparaciones comerciales de la vacuna del sarampión en España

- **Vacuna Rimevax** de laboratorios GlaxoSmithKline.
Contiene: virus de sarampión atenuados (cepa Schwarz) obtenidos por propagación del virus en cultivos de tejidos de embrión de pollo.
Excipiente declarado: sulfato de neomicina (antibiótico) como máximo 25 microgramos.

Nota: La lista de vacunas disponibles en España esta actualizada según el catálogo de medicamentos elaborado por el

consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos, pero su disponibilidad en el mercado depende de los laboratorios y de las autoridades sanitarias.

RECOMENDACIONES DE LA LIGA POR LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN

Actualmente existe una gran controversia principalmente en Inglaterra y Estados Unidos sobre la relación causal entre la vacunación de la triple vírica y el autismo, siendo el componente agresor de la vacuna el virus del sarampión. Esta relación esta sustentada principalmente por los trabajos de dos investigadores independientes que proponen dos mecanismos de acción distintos para producir esta patología aunque no son excluyentes entre si.

El Dr. Andrew Wakefield demostró que el virus del sarampión puede en algunos niños producir una infección crónica en el intestino, que genera una permeabilidad intestinal permitiendo que todo tipo de sustancias, sin digerir pasen del intestino al torrente sanguíneo y de ahí al cerebro. Esto produce una cascada de complicaciones a nivel digestivo, metabólico y neuronal.

El Dr. Vijendra K. Singh ha demostrado que el virus del sarampión produce en algunos niños una reacción autoinmune (ataque del propio organismo) contra la mielina (tejido aislante de los nervios) en varias partes cerebro, esto produce una alteración de la transmisión de nerviosa y patologías autoinmunes cerebrales como la inflamación de la parte afectada.

El sector sanitario oficial no aceptan estas hipótesis y argumentan que el origen del autismo se produce sobre los 15 meses (que es sobre la misma fecha que la administración de la primera dosis de la triple vírica) sin que se sepa una causa concreta, pero que la administración de la vacuna triple vírica no tiene nada que ver con la aparición del síndrome autista.

Contra este argumento hay que resaltar los siguientes hechos:

1. El autismo en niños que han nacido sanos aparece siempre después de la vacunación y no antes. De no haber relación entre la vacunación de la tri-

ple vírica y la aparición del síndrome autista aproximadamente la mitad de los casos ocurriría antes de la vacunación, pero este no es el caso.

2. Hay un aumento reconocido de casos de autismo que se correlaciona con el aumento de la cantidad de vacunas que reciben los niños.
3. El virus del sarampión es el virus más peligroso de este cóctel vírico.

No todos los casos de autismo se pueden explicar por el efecto adverso de la

vacuna que contiene el virus del sarampión, pero sí es el factor causal de los niños afectados por la vacuna.

Se recomienda posponer la primera inyección de la triple vírica hasta los 3 ó 4 años cuando los sistemas metabólicos, inmunológicos y neurológicos del niño esta más desarrollados.

Actualmente el calendario vacunal aconseja administrar la primera inyección de la triple vírica a los 15 meses y la segunda a los 4 años.

INFORMACIÓN INDEPENDIENTE Y CRÍTICA CONTRA LA POLÍTICA DE VACUNACIONES MASIVAS

Vacunaciones sistemáticas en cuestión ¿Son realmente necesarias?

Autor: Juan Manuel Marín Olmos

Editorial: Icaria

ISBN: 84-7426-716-1

Los peligros de las vacunas

Autor: Xavier Uriarte

Autoedición, 2007. ■

Hepatitis A y B

INTRODUCCIÓN

El propósito de estas fichas es poder transmitir una mínima información práctica sobre las principales enfermedades infecciosas para las que existe una vacuna.

Hay que resaltar que las vacunas, como todos los medicamentos, tienen efectos adversos y que la idea preconcebida de que las vacunas son inocuas es un error.

La tendencia actual de vacunar indiscriminadamente a toda la población disponible contra todas las enfermedades para la que existe una vacuna y en el plazo más breve posible, como es el caso de los niños, no hace más que aumentar el riesgo de efectos adversos.

Los calendarios de vacunación son guías orientativas y no una lista de inyecciones que hay que administrar a toda costa.

DESCRIPCIÓN

La hepatitis es un proceso inflamatorio del hígado, producido principalmente por tóxicos como alcohol, algunos medicamentos, productos industriales, agroquímicos, y agentes infecciosos sobre todo los virus: citomegalovirus, el de la mononucleosis o de Epstein Barr y los virus propios de la hepatitis de los que

actualmente se describen 5 tipos el A, B, C, D y E.

Generalizando la hepatitis A es leve y benigna, la hepatitis B es más severa y se puede complicar y la hepatitis C se identifica con cronicidad.

Actualmente sólo hay vacunas para los virus A y B, siendo la vacuna contra la hepatitis B la que tiene los efectos adversos más graves.

- La vacuna de la hepatitis A contiene una cepa atenuada del virus, esto significa que el virus está vivo pero ha sido debilitado para que no produzca la enfermedad al ser inyectada, o la produzca de forma inaparente o subclínica.
- La vacuna de la hepatitis B contiene un antígeno de superficie de este virus, es decir un fragmento de la cubierta del virus, que es el responsable de la respuesta inmunológica.
- Las vacunas de la hepatitis se comercializan por separado hepatitis A o B y también conjuntamente incluyendo los dos tipos de hepatitis A + B.

HEPATITIS A

Efectos adversos de la enfermedad y de la vacunación

El virus de la hepatitis A (VHA) es un enterovirus (virus del intestino) que se

transmite generalmente por vía feco-oral. Por esta razón su incidencia es mayoritaria en países del tercer mundo, sobre todo África y Asia donde las medidas higiénicas y la cobertura sanitaria son deficientes. Es una enfermedad benigna (leve) que normalmente no produce complicaciones. En los países desarrollados la mayoría de personas al llegar a la edad adulta son inmunes, en los países del llamado tercer mundo la inmunidad se alcanza a los 10-12 años.

¿Riesgo de contraer la Hepatitis A en España?

En España se notificaron 899 casos de Hepatitis A en España en 2001 con unas tasas del 2,2 por cada 100.000 habitantes. La enfermedad se autoresuelve en más del 99% de los casos.

Si tenemos en cuenta que la infección suele pasar desapercibida en los niños, ya que el 90% de los niños que se infectan lo hacen de forma asintomática, que la enfermedad clínica es benigna y que la mayoría de los adultos presentan anticuerpos contra el VHA, la vacunación se muestra innecesaria.

Para los que viajan a países del Tercer Mundo, lo más importante es la precaución en relación al consumo de productos frescos y agua.

HEPATITIS B

Efectos adversos de la enfermedad y de la vacunación

Su incidencia es menor que la hepatitis A. El cuadro clínico suele ser más persistente en el tiempo que el de la hepatitis A y puede obligar a guardar reposo durante algunas semanas; pasado este periodo, la mayoría de las personas afectadas se recuperan sin problemas, normalizándose las transaminasas.

Los efectos adversos más severos de la vacunación contra la hepatitis B son las enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central, lo cual ha hecho aumentar la incidencia de esclerosis múltiple. Por esta razón en Francia, las autoridades sanitarias se vieron obligadas en 1998 a suspender las campañas de vacunación masiva de los niños en los colegios.

¿Riesgo de contraer la Hepatitis B en España?

Según los anuarios estadísticos en 2001 se notificaron 780 casos con tasas del 1,8 por cada 100.000 habitantes. La enfermedad se circunscribe mayoritariamente a grupos de riesgo. Entre ellos destacan los drogadictos que utilizan la vía parenteral (jeringuillas compartidas), las personas que reciben hemoderivados y

las que están sometidas a diálisis.

La introducción sistemática de la vacunación de la hepatitis B en los años 90 se realizó cuando el impacto de la enfermedad había disminuido notablemente, tal y como se observa en el gráfico adjunto. Asimismo podemos observar como al aparecer el SIDA (principio de los 80) y extremarse las medidas higiénicas, tanto las enfermedades venéreas como TODAS las hepatitis disminuyeron drásticamente. A menudo se olvida que con la higiene se previene no una, sino todas las enfermedades. Según la OMS, Europa occidental junto con Australia y Norteamérica se sitúan en la zona de prevalencia Baja de la hepatitis B, donde el riesgo de infección neonatal es "raro" y la infección infantil "infrecuente". Con todo lo dicho, la vacunación de los bebés contra la hepatitis B es una medida innecesaria, peligrosa e irracional.

Preparaciones comerciales de la vacuna Hepatitis A en España

- **Havrix** de laboratorios GlaxoSmithkline.
Contiene: virus hepatitis A, cepa HM 175 cultivados en células diploides humanas MRC-5 inactivados con formaldehído no más de 100 microgramos/ml.

Excipientes declarados: 2-fenoxietanol (conservante). Puede contener trazas de neomicina no más de 4 nanogramos/ml (antibacteriano).

- **Avaxim** de laboratorios Sanofi Pasteur MSD.

Contiene: virus hepatitis A, cepa GMB cultivados en células diploides humanas MRC-5 inactivados con formaldehído, y adsorbido sobre hidróxido de aluminio.

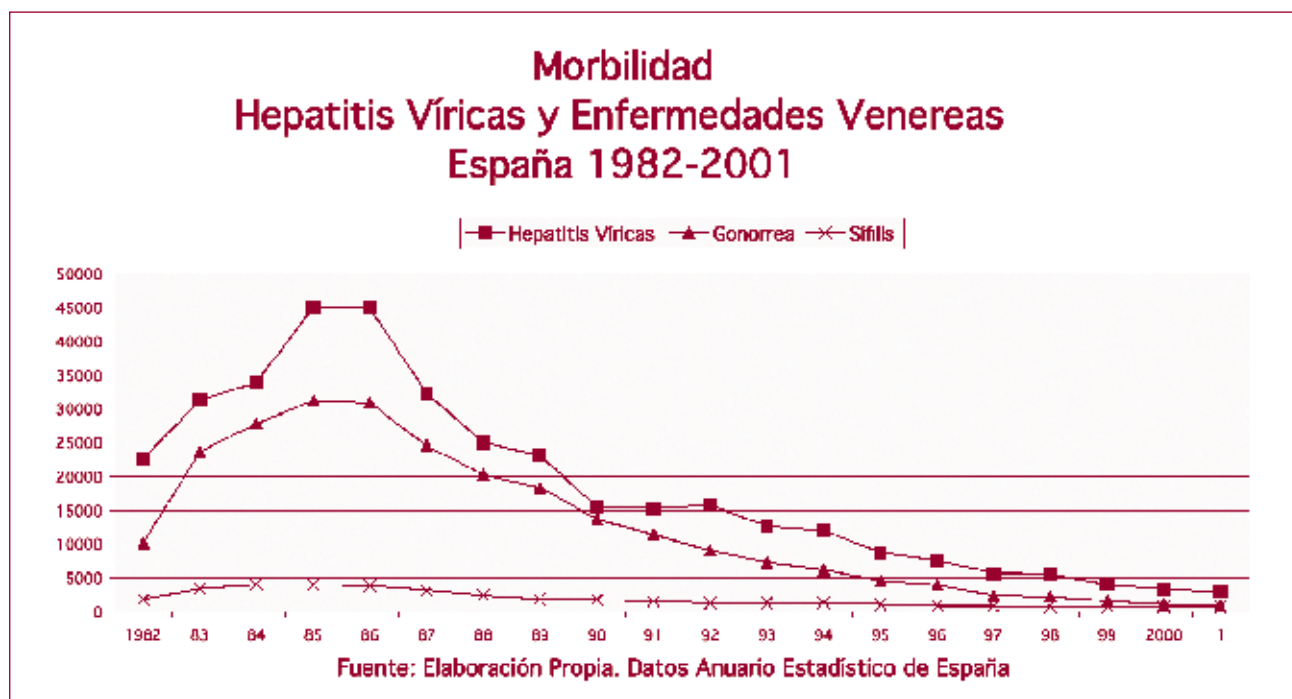
Excipientes declarados: 2-fenoxietanol, 0.5% (conservante), hidróxido de aluminio (0,3 mg expresado como aluminio) soporte del antígeno, formaldehído 12.5 microgramos (conservante). Contiene trazas no detectables de neomicina (antibacteriano).

- **Epaxal** de laboratorios Berna Biotech España.

Contiene: virus hepatitis A, cepa RG-SB inactivados con formaldehído, propagado en células diploide humans MRC-5 y adsorbido sobre hidróxido de aluminio.

Excipiente declarado: 0,5% de 2-fenoxietanol (conservante).

- **Vaqta** de laboratorios Sanofi Pasteur MSD.



Contiene: virus hepatitis A, cepa CR 326 F atenuada, propagado en células diploide humans y adsorbido en hidróxido de aluminio.

Excipiente declarado: 2 fenoxietanol 0,5% conservante.

Preparaciones comerciales de la vacuna Hepatitis B en España

- **Engerix B** de laboratorios GlaxoSmithkline.

Contiene: virus de Hepatitis B antígeno de superficie.

Excipiente declarado: hidróxido de aluminio.

- **Vacuna Engerix B** de laboratorios GlaxoSmithkline.

Contiene: virus de Hepatitis B antígeno de superficie.

Excipiente declarado: hidróxido de aluminio.

Hasta el 2001 las formulaciones de Engerix B contenían 25 microgramos de tiomersal, equivalente a 12.4 microgramos de mercurio, que es una cantidad superior a la ingesta de mercurio permitida por la agencia de sanidad americana (FDA).

Existe una controversia respecto a la mayor incidencia de enfermedades neuronales (autismo, retraso en el len-

guaje) por la inclusión de compuestos neurotóxicos como el mercurio en vacunas infantiles aunque todavía no se ha podido demostrar la relación causal, por si acaso los laboratorios de vacunas han eliminado el tiomersal de las vacunas de la hepatitis B.

Preparaciones comerciales de la vacuna Hepatitis A + B en España

- **Vacuna Twinrix infantil** de laboratorios GlaxoSmithkline.

Contiene: virus de hepatitis A + virus hepatitis B (antígeno de superficie) obtenidos por propagación del virus en cultivos de tejidos de embrión de pollo.

Excipiente declarado: formaldehído, neomicina (antibiótico) y 2 fenoxietanol.

Nota: La lista de vacunas disponibles en España esta actualizada según el catálogo de medicamentos elaborado por el consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos, pero su disponibilidad en el mercado depende de los laboratorios y de las autoridades sanitarias.

RECOMENDACIONES DE LA LIGA POR LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN

Existe una polémica médica que está valorando el riesgo de contraer y padecer

la hepatitis B frente a sufrir daños neurológicos producidos por la propia vacuna.

Por eso sólo se aconseja vacunar a la población que tenga habitualmente un contacto con personas infectadas por su trabajo, como personal sanitario, que pueda tener contacto con sangre infectada.

Actualmente el calendario vacunal infantil aconseja administrar 3 dosis de la hepatitis B antes de los 6 meses de vida siendo las pautas de los recién nacidos (en el hospital) a los 2 y 6 meses ó a los 2, 4 y 6 meses.

Dado que la hepatitis B se transfiere por contacto con sangre contaminada (jeringuillas) no parece lógico vacunar a bebés.

INFORMACIÓN INDEPENDIENTE Y CRÍTICA CONTRA LA POLÍTICA DE VACUNACIONES MASIVAS

Vacunaciones sistemáticas en cuestión ¿Son realmente necesarias?

Autor: Juan Manuel Marín Olmos

Editorial: Icaria

ISBN: 84-7426-716-1

Los peligros de las vacunas

Autor: Xavier Uriarte

Autoedición, 2007. ■

Gonecta con nuestra web

www.vacunacionlibre.org

¿Quiénes somos?

Área médica

Área legal

Documentación

Lista

Foro

Enlaces

Últimas noticias

En los medios

Filiación



Información a las familias que vacunan por primera vez a sus hijos

Este documento ha sido elaborado por LLV y AVA para ser presentado a las autoridades sanitarias de la CCAA de España

Tras la reunión mantenida por un grupo de padres de la Comunidad Valenciana de hijos afectados por el aluminio y mercurio el 29 de julio del 2009 con los responsables de la Generalitat Valenciana, se evidenció que la información que se muestra a los padres ante el inicio de la realización del calendario vacunal es nula o insuficiente.

Ante esta situación se acordó elaborar un documento piloto que sirviera a todas las autonomías del territorio español para que pudieran explicar de forma homogénea a los padres los contenidos de las vacunas antes de vacunar a sus hijos por primera vez en su vida.

Se ha desarrollado esta información en 7 puntos que puedan dar luz en la decisión final de los padres:

- I. Que las epidemias infecciosas infantiles históricamente han descendido un 98% en el mundo desarrollado antes de la implantación de las vacunaciones masivas.
- II. Que aún existiendo todavía las infecciones infantiles la mortalidad actual es bajísima y además se dispone actualmente de tratamientos eficaces.
- III. Las vacunas en su composición presentan microorganismos (virus, bacterias, cápsulas, toxinas y adyuvantes tóxicos: antibióticos, aluminio, mercurio, y escualeno).
- IV. No es tan infrecuente la aparición de complicaciones postvacunales. 1 persona de cada 8.000 dosis de vacunas puede padecer alguno de los efectos moderados, severos y mortales.

V. Entre las complicaciones postvacunales podemos destacar las siguientes: epilepsia, muerte súbita, parálisis, alteraciones de la conducta y autismo, alergias, diabetes, lesiones renales, disminución de las plaquetas e infecciones.

VI. Si observa algún efecto adverso postvacunal por ligero que sea a lo largo de la realización de la vacunación no siga vacunando.

VII. Si en su familia o en su hija existen antecedentes de lesiones neurológicas, de alergia, de asma, de muerte súbita, de autismo o de diabetes infantil son motivos suficientes como para no vacunarse.

En esta reunión, el grupo de padres presentó un documento a la Dirección General de Salud Pública que consistió en Solicitar:

1. Que los niños y niñas sean analizados en laboratorios Españoles, en concreto por el Instituto de Salud Carlos III de Madrid así poder contrastar los resultados analíticos realizados en distintos laboratorios de reconocimiento internacional.
2. Teniendo en cuenta los lotes exactos de las vacunas que se le suministraron a cada niño y niña. Que se nos informe cuanto antes de:
 - a) Año de fabricación de las vacunas que les suministraron a nuestros hijos.
 - b) Composición exacta de dichas vacunas (de esos lotes): Componentes, excipientes y restos o trazas debido al proceso de fabricación.
3. Que las familias obtengan apoyo económico acorde a su renta familiar

**Autores: Sr. Manuel García (AVA)
Sr. Xavier Uriarte (LLV)**

Contactos:

AVA: ana289@telefonica.net

LLV: info@vacunacionlibre.org

Fecha de elaboración: 15-2-2010

para poder seguir tratando a sus hijos, tanto para el tratamiento biológico como en el seguimiento analítico periódico.

4. Que la evolución de estos niños sea recogida de forma oficial, estableciendo así un "Protocolo Oficial" teniendo presente tres etapas indispensables:

- a) **PROTOCOLO NEUROPEDIATRICO**
 - Proceso analítico: Electroencefalograma, Resonancia magnética craneal, Potenciales evocados auditivos, pruebas genéticas, etc.
 - Diagnóstico acorde a dichos resultados (y no a interpretaciones y suposiciones totalmente subjetivas), en caso de que todas las pruebas salgan correctas no cerrar el expediente del niño o niña.
 - Evolución, avalada por un neuropediatra.
- b) **PROTOCOLO DE ESTIMULACIÓN**
 - Atención temprana.
 - Logopeda y sistemas de audición y lenguaje.
 - Terapias de estimulación.
- c) **PROTOCOLO DAN**
 - Proceso analítico: mineralogramas, Ácidos orgánicos, Péptidos, Intolerancias alimentarias, Test Omega, Test Melisa, etc.
 - Diagnóstico en base al proceso analítico anterior.

- Tratamiento, en función de cada niño.
 - Evolución de manera coordinada con pediatras, neurólogos y terapeutas.
5. Que las madres y padres que acudan a sus pediatras con sus hijos sean derivados inmediatamente a especialistas cualificados para iniciar el Protocolo Oficial.
 6. Que se nos ayude a dictaminar cuáles son las fuentes por las que esos elementos tóxicos han entrado en el organismo de nuestros hijos e hijas. Y se informe a las familias de esos puntos de riesgo.
 7. Que todas las personas que vayan a ser mamá o papá, aún sin solicitarlo directamente, sean informados mediante una "Guía de Vacunación", de

aspectos como:

- a) ¿Qué vacunas se van a suministrar a sus hijos y a qué edades serán vacunados?
- b) ¿Cuáles son los componentes y excipientes de esas vacunas y qué efectos secundarios pueden tener?
- c) ¿Qué efectos secundarios puede tener la vacuna como tal?
- d) ¿Qué proceso experimental han seguido esas vacunas en los laboratorios de origen y que investigación previa se ha realizado antes de ser autorizadas para inyectarlas en niños?
- e) ¿Qué proceso analítico avala la efectividad de cada una de las vacunas?
- f) ¿Qué alternativas de vacunación existe, diferentes vacunas para diferentes circunstancias?

8. Que se haga un seguimiento del estudio sobre la "Metalotioneína" y las investigaciones que se están llevando a cabo en diferentes países para incorporar un test de esta proteína en la pruebas del niño o niña cuando nace, y así determinar cuáles de ellos tienen riesgo de padecer un sistema de auto desintoxicación deficiente.

A nuestros/vuestros hijos les inyectan unas 24 vacunas en sus primeros 18 meses de vida. Nada más nacer, en el propio hospital a alguno ya les "chutan" Tiomersial (Mercurio) o/y Aluminio, los laboratorios os dirán que sólo son trazas. Trazas del elemento más nocivo del planeta después de los radioactivos. Teniendo en cuenta que existen vacunas sin este veneno ¿qué vamos a hacer?, ¿mirar para otro lado para no ver cómo esa aguja penetra la piel de nuestro hijo, de nuestra hija? ■

Red española de tratamiento homeopático de efectos postvacunales

Dr. Joan Mora
Tlf: 972202803.
Girona.

Dra. Esther Sagredo
Tlf: 944213499.
Bilbao.

Dr. Juan Manuel Marín
Tlf: 932457575.
Barcelona. Albacete.

Dra. Coro Goitia
Tlf: 945175905. Vitoria.
Tlf: 944213499. Bilbao.

Dr. Isidre Lara
Tlf: 971206566.
Palma de Mallorca.

Dr. Andreu Forteza
Tlf: 971206566.
Palma de Mallorca.

Dra. Caterina Bonnin
Tlf: 971728179.
Palma de Mallorca.

Dr. Joaquim Peleteiro
Tlf: 971206566.
Palma de Mallorca.

Dra. Margalida Miquel-Gomara
Tlf: 971760272.
Esporles. Mallorca.

Dr. Anselmo Barandiarán
Tlf: 943004704.
Donosti (Guipúzcoa).

Dra. Begoña Garcia-Calvo
Tlf: 915718113.
Madrid.

Dr. Jesús Albillo
Tlf: 951033754.
Málaga.

Dra. Montse Noguera
Tlf: 934191716.
Barcelona.

Dr. Gerardo Angulo
Tlf: 944234149.
Bilbao.

Dr. Pedro Arangüena
Tlf: 986416321.
Vigo.

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

Como minimizar los efectos secundarios de las vacunas

Este documento fue elaborado en la IIIª Reunión de Yenne (julio del 2001) por el European Forum on Vaccine Vigilance (EFVV), en el marco de los encuentros preparativos del Informe Strasbourg 2004.

Este documento publicado por primera vez en el 2002 quiere ser un apoyo en la decisión de las personas, familias, afectados y ciudadanos que tienen una conciencia clara de los efectos adversos y de la ineficacia de muchas de las vacunas.

El EFVV está constituido en la actualidad por 11 países de la CE entre los que se incluye G. Bretaña, Italia, Francia, Suiza, Alemania, España, Luxemburgo, Holanda, Israel, Finlandia y Eslovenia.

ESTAS SON NUESTRAS PRINCIPALES RECOMENDACIONES EN LO REFERENTE A LAS VACUNACIONES INFANTILES

1. Hay que considerar de no vacunar al niño discriminadamente. La necesidad de cada vacuna se tiene que discutir en cada caso individual, considerando los posibles riesgos y los posibles beneficios.
2. Para la mayoría de los niños recomendamos evitar las vacunaciones durante el primer año de vida. Recomendamos ver de nuevo al crío al año de edad y decidir sobre qué vacunas vamos a darle. Depende de su estado general de salud y sus tendencias hereditarias, condiciones ambientales, etc.
3. Algunas vacunas tienen que ser aplazadas hasta una edad más tardía e incluso puede que no sean necesarias (hay que individualizar cada caso). Entre estas vacunas hay que considerar: Hepatitis A y B, Tétanos, Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela.
4. La vacunación debe llevarse a cabo solamente cuando el niño está en un estado de salud estable.
5. La vacunación tiene que darse en períodos alejados de otros acontecimientos que pueden alterar la salud del niño : el destete, la entrada en la guardería, la dentición, etc.
6. No hay que dar varias vacunas a la vez.
7. El número de dosis de recuerdo hay que decidirlo individualmente para cada caso.
8. El intervalo entre cada vacuna tiene que ser de al menos unos pocos meses.
9. Si hay algún indicio que haga sospechar que el niño ha sufrido algún daño vacunal en el pasado, o ha reaccionado violentamente a alguna vacuna, la próxima vacunación tendrá que ser pospuesta hasta una edad más tardía. Muchos casos de daño vacunal se hubieran podido evitar si se evitase la dosis siguiente después de una mala reacción en la dosis previa.
10. Especialmente en los niños con sospecha de daños neurológicos (hipotonía, hipertonía, desarrollo psicomotor lento,...), después de un nacimiento traumático, es importante posponer la vacunación. La posibilidad de evitarlas completamente también tiene que ser considerada.
11. Cuando un crío en la familia ha padecido algún daño vacunal, hay que vigilar las reacciones de los otros hijos.
12. Si el niño padece algún daño vacunal, hay que buscar ayuda médica inmediatamente.
13. En cualquier caso de enfermedad crónica que se desarrolle durante el primer año de vida, la posibilidad de una reacción vacunal tiene que ser considerada.
14. Si el niño coge una enfermedad para la cual existe vacuna, los padres tienen que contactar con el médico.
15. El uso indiscriminado de antipiréticos u otros medicamentos supresores de reacciones fisiológicas, tienen que ser evitadas en lo posible. La fiebre tiene que respetarse como un mecanismo de defensa natural del sistema inmune. ■

Dirección de contacto:
Liga para la Libertad de Vacunación
info@vacunacionlibre.org

Semana internacional víctimas de las vacunas

Girona (España), 4-10 de octubre de 2010

Ciudad: Girona (España). 100.000 habitantes. (Buena comunicación en tren, avión y coche).

Fechas: del lunes 4 al sábado 9 de octubre de 2010.

Homenaje y Recuerdo a las Víctimas de las Vacunas, 11 de octubre. Día Internacional.

1. CARAVANA ITINERANTE VICTIMAS DE LAS VACUNAS

- Lugar: Casa de la Cultura de Girona.
- Espacio de exposición de lunes 4 a sábado 9 de octubre.
- Asociaciones: Collectif Art et Vaccinations (Francia)-AVA-Autismo-(España)-Liga Española (España)-Sanitas (Alemania).
- Visitas guiadas.
- Entrada libre.
- Coordinación: Ayax Perrella.
- Colaboradores: Erik, Anna, Noemí, Carles.

ACTIVIDADES (CASA DE LA CULTURA)

3 CHARLAS

Martes 5, miércoles 6 y jueves 7 de octubre a las 19h., Casa de la Cultura de Girona. Entrada libre. Sala B.

- **Martes 5, 19h.**
Los Peligros de las Vacunas.
Ponente: A determinar.
- **Miércoles 6, 19h.**
¿Realmente las vacunas han hecho disminuir las Epidemias Infecciosas?
Ponente: A determinar.
- **Jueves 7, 19h.**
Afectados de la vacuna Hepatitis B y del Mercurio de las vacunas
Ponentes: Patricia Gouy y Ana Medina.
Colaboradores: Isabel Muñiz e Isabel Aldana.

2 EXPRESIONES (cuento y marionetas)

Martes 5 y jueves 7 de octubre a las 18h. en la Casa de la Cultura de Girona. Sala Viader.

Entrada libre.

Coordinación Expresiones: Vivian Oset, Eva Roca y María José Alegría.

- **Martes 5, 18h.**
Marionetas.
Sra. Montse Sala.
Colaboradora: Sra. Vivian Oset

- **Miércoles 6, 18h.**
Cuento.
(A determinar).
Colaboradora: Sra. María José Alegría.

CONCIERTO PRO VICTIMAS DE LAS VACUNAS

- Fecha: 9 de octubre sábado a las 18h.
- Sala Viader Casa de la Cultura Girona.
- *La Palabra como protagonista.*
- Recuerdo y Homenaje a las Víctimas de las Vacunas del 11 de octubre.
- Grupo Musical Burruezo y Bohemia Camerata "Arrels Arreu".
- Presentación del Concierto: Sra. Angeles Parra.
- 2 Colaboradores.

ACTIVIDADES EXTERNAS EN FORMA DE CHARLAS

Orientadas a diferentes grupos sociales (trabajadores, hospitales, universidades, colegio de enfermería, de médico y de psicólogos, escuelas, institutos, jóvenes, mujeres, mayores).

4 CHARLAS EXTERNAS

Con la colaboración de: F. Joët, F. Berthoud, Danièle Joulín, Kris Gaublomme, Montse Ferrer, Dana Bogutskaya, Patricia Gouy, Didier Tarte, Agnès Palou, Ana Medina, Ulrike Clemen, Montse Conesa, Aniol Alabert, Joan Mora, Antonella Rodari.

Días: 4, 5, 6, 7, 8 y 9 de octubre 2010.

Mañana o tarde. A convenir.

Entrada libre.

3 Colaboradores.

- **Viernes 8, 17h.**
Charla en Colegio Enfermería Girona.
La Salud de la población no vacunada.
Ponente: Dra. Franca Berthoud (Suiza).

- **Jueves 7, 19h.**
Charla en la Academia Ciencias Médicas Girona.
Los Efectos Adversos Neurológicos de la Vacunas a la Luz de la Bibliografía Internacional.
Ponente: Dr. Kris Gaublomme (Bélgica).

- **Martes 5, 19h.**
Charla en la Escola Adults Girona.
Peligros de la Vacuna Hepatitis B.
Ponente: Sra. Françoise Joët (Francia).

- **Miércoles 6, 19h.**
Charla a los Sindicatos UGT y CCOO de Girona.
Trabajadores, Vacunas y lesiones post-vacunales: ¿merece la pena exponerse a los riesgos de las vacunas laborales?
Ponente: Sra. Montse Ferrer (España).

CINEFORUM

- Film: *Silence on vaccine*
- Directora: Silvia Moreco (Canadá 2008).
- *La Palabra como protagonista.*
- Martes 5, 20:30h.
- Cine Truffaut.
- Presentación del Cineforum: Guillem Terribas.
- Moderador del Cineforum: Miquel Blanch.
- 1 Colaborador.

TEATRO

- *Proceso a Ulrike Meinhof.*
- Autor: Darío Fo.
- Interpretación: Sra. Teresa Gelpí.
- Forum con la actora.
- *La Palabra como protagonista.*
- Jueves 7, 20h.
- Sala Viader Casa Cultura de Girona.
- Moderadora: Teresa Gelpí.
- 1 Colaborador.

TEATRO. TEMPORADA ALTA

Viernes, sábado o domingo.

Sala Planeta, Teatro de Salt, Teatro Municipal Girona.

Coordinación del Teatro TA: X. Uriarte.

2. CEREMONIA INAUGURAL SEMANA VICTIMAS VACUNAS

- Sala Viader de la Casa de la Cultura de Girona.
- Lunes 4 de octubre a las 18 ó 19h. Con invitación de personalidades y de autoridades.
- Charla Inaugural a cargo Victoria Salvadó (Decana Facultad Química UdG).
- *Efectos Tóxicos del Mercurio y Aluminio Medioambiental.*
- Presentación Semana Victimias Vacunas a cargo de los afectados Patricia Gouy (Francia), de Ana Medina (AVA. España) y de Joan Olóriz (Concejal Servicios Sociales del Ayuntamiento de Girona).
- Actuación Musical: violín.
- Coordinación de la Ceremonia Inaugural: X. Uriarte y A. Perrella.
- 2 Colaboradores.

3. CEREMONIA DE ENTREGA DEL PREMIOTREMANTE

- Viernes 8 de octubre a las 19h. en la Sala Viader de la Casa de la Cultura de Girona.
- Presentación de la Ceremonia a cargo de Sra. Berta Cabré y Sr. Quim Lecina.
- Entrega del Premio Tremante a cargo de Danièle Joulin y Kris Gaublomme.
- Charla del ganador del Premio.
- Conmemoración del 10º Aniversario del EFVV.
- Actuación Musical piano/violín.
- Entrada libre.
- 2 Colaboradores.

4. RECEPCIÓN OFICIAL DEL EFVV AL AYUNTAMIENTO DE GIRONA

Viernes 8 de octubre al mediodía o el sábado día 9 de octubre.

5. REUNIÓN EFVV EN GIRONA

- Residencia: Albergue *El Cerverí*, Girona.
- Días: viernes 8 de octubre desde las 15h. hasta las 15h. del domingo 10 de octubre 2010.
- Coordinación estancia EFVV: F. Joët.

CRONOGRAMA

Sábado 9.

- 9-11h. Revisión y Evaluación Semana Internacional Victimias Girona.
- 11-13h. Mantenimiento web del EFVV: presupuesto irlandés.
- 13-15h. Comida y Descanso.
- 15-18h. Actividades realizadas durante el año 2009-2010: reunión farmacovigilancia Bruselas, Exposiciones Itinerantes, etc.

Domingo 10.

- 9-13h. Próximo encuentro: París 2011.

6. ORGANIZACIÓN DE LA SEMANA INTERNACIONAL VICTIMAS VACUNAS

- Organización: Liga por la Libertad de Vacunación de España, AVA de España y EFVV de la Comunidad Europea.
- Coordinación general: Xavier Uriarte.

COORDINACIÓN DE ÁREAS

- Estancia EFVV en Girona: Françoise Joët.
- Caravana Itinerante: Ajax Perrella.
- Charlas: Isabel Muñiz e Isabel Aldana.
- Expresiones: Vivian Oset.
- Acto Inaugural: A. Perrella y X. Uriarte.
- Premio Tremante: Berta Cabré y Quim Lecina.
- Concierto Víctimas: Angeles Parra.
- Elaboración Publicidad y Difusión: Eva Roca.
- Secretaría: Vicenç Robles.
- Tesorería: Martín Faz.

Girona, 23 de febrero de 2010. ■



Red española de información sobre vacunas

Miembros de referencia					
Esther Sagredo	c/ Zabálbaru, 4, 1ª	48010	Bilbao		esther.sagredo@terra.es
Juan Manuel Marín	c/ Consell de Cent, 417-419 4º 2ª	08009	Barcelona	932457575	
Miembros de la red					
Angel Reija	c/ Curtidores, 3	40002	Segovia	921441995	hara@wanadoo.es
Asociación Tascó	Gran Via de les Corts Catalanes, 439 5º 2ª	08015	Barcelona	934266559	pepidominguez_8@hotmail.com
Belén Igual	Paseo del Monte, 26	28290	Las Matas	913690546	belen_igual_diaz@hotmail.com
Carmen Marcos	Amesti, 16 3º pl. Dep. 7	48990	Guetxo	944604046	zuazquita59@yahoo.es
Gemma Baulies	Cartella, 79 esc. A entlo. 4ª	08031	Barcelona	933400652	gemmabaulies@gmail.com
Jesús Gil Moreno	c/ Vara de Rey, 44 5º B	26002	Logroño	941255273	jesusgilmoreno@yahoo.es
Joaquín Peleteiro	c/ Poador, 53	07340	Alaró	971208766	joaquinramonpe@yahoo.es
Karmelo Bizkarra	Zuhaizpe-Las Casetas	31177	Arizaleta	948542187	zuhaizpe@zuhaizpe.com
Coro Goitia	c/ Zabálbaru, 4, 1ª	48010	Bilbao	944213499	jtorrezabal@terra.es
Mª Trinidad Ribero	c/ Portugal, 26 6º C	03003	Alicante	965923742	mtriberado@coma.es
María Fuentes	Ap. Correos, 268	11630	Arcos de la Frontera	956231211	mariafuentes3@yahoo.es
Rocío Ruz			Sevilla	954160885	rocioruz@gmail.com
Pablo Saz	c/ Miguel Labordeta, 43 3º B	50017	Zaragoza	976320920	pablosaz@unizar.es
Pedro Arangüena	c/ Celso Emilio Ferreiro, 5	36203	Vigo	986416321	pap232000b@hotmail.com
Roberto González	c/ Félix Latasa, 14 pral. A	50006	Zaragoza	976359538	roberto_gonzalez@infonegocio.com
Sónsoles Barco	c/ Bolonia, 4 entlo. Dcha.	50008	Zaragoza		
Carlos Dequero			Manacor	971564981	carlos.dequero@arcor.de
Anna Pla	c/ Valencia, 472 3º 3ª	08013	Barcelona	932458863	
Marenostrum	c/ Fontanella, 16. pral.	08010	Barcelona		marenostrum@comb.es
Mama-Luna (Gema Lériða)			Murcia	647797990	gemalerida@yahoo.es
Ramón Argudo	c/ Plaza San Antolín, 4, 1º	30005	Murcia		ramonargudo@yahoo.es
Àngels Codina			Andorra	376865850	Llamar de 21 a 21:30h.

Asociaciones que luchan por la libertad de vacunación en el mundo

ALEMANIA

EFI Marl
Birgit FRANKHÄNEL
Sickingmülher Str. 92
45768 Marl
www.efi-marl.de

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

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

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

ARGENTINA

Axel PAKAROFF
Migueletes 581 7°D
CP 1426. Ciudad de Buenos Aires
E-mail: maglialiquida@yahoo.com
www.librevacunacion.com.ar

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

Damian VERZEÑASSI
Rosario
E-mail: damianverze@yahoo.com.ar

Eduardo YAHBES
www.librevacunación.com.ar

AUSTRALIA

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

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

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

AUSTRIA

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

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

BELGICA

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

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

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

BOLIVIA

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

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

BRASIL

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

CANADA

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

DINAMARCA

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

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

ESPAÑA

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

ESTADOS UNIDOS

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

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

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

Sandy MINTZ
Anchorage (Alaska)
www.vaccinationnews.com

FINLANDIA

Immunisation Awareness Society
POB 217
1301 Vantaa
122002 Haryana

Marja TUOMELA
E-mail: mtuomela@mappi.helsinki.fi
Jyrki KUOPPOLA
E-mail: jkp@iki.fi

FRANCIA

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

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

GRAN BRETAÑA

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

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

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

GRECIA

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

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

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

HUNGRIA

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

ISRAEL

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

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

ITALIA

COMILVA (Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà delle Vaccinazioni)
Walter PANSINI
Casella Postale 984
34132 Trieste
E-mail: comilva@comilva.org
www.comilva.org

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

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

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

LUXEMBURGO

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

NORUEGA

Anette NEUMANN-TINGULSTAD
Britaniatorget
Storgt. 27
1440 Drobak

Karen SUNDOY
Grodemtunet 15
4029 Stavanger

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

NUEVA ZELANDA

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

ISLAS FIDJI

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

PAISES BAJOS

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

Stichting Vaccinatieschade
www.vaccinatieschade.nl

ESLOVENIA

Borut MESKO
E-mail: borut.mesko@guest.arnes.si

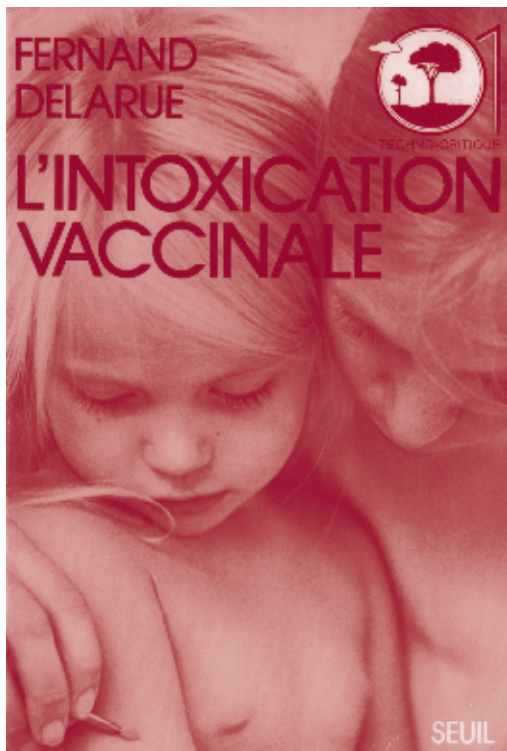
SUECIA

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

SUIZA

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

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



L'INTOXICATION VACCINALE

Autor: Fernand Delarue

Editorial: Seuil

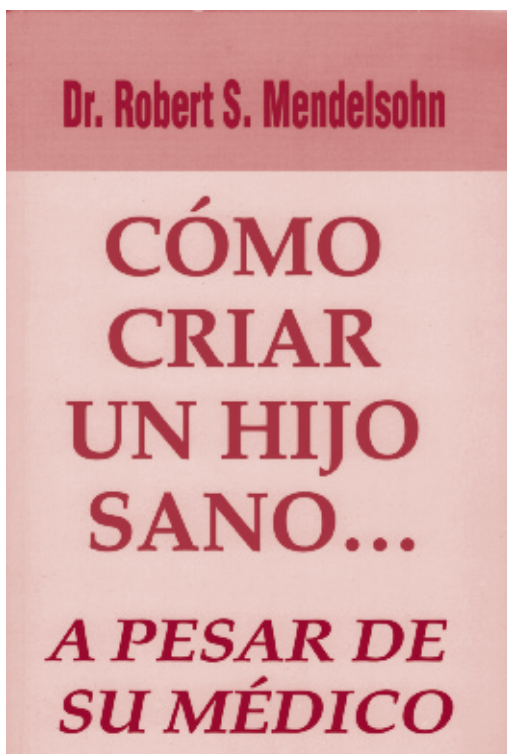
Edición 1977 (en francés). Agotada.

Es el libro clásico de los que por primera vez oímos en España en la década de 1980 que las vacunas, además de no ser útiles, generaban efectos adversos importantes.

Este autor por primera vez muestra gráficas de diversos países del mundo donde se puede observar la ineficacia de las vacunas.

Actualmente agotado pero con ganas de reimprimirlo en español por parte de la Liga.

Quien quiera colaborar en la reimpresión puede ponerse en contacto con la LLV (info@vacunacionlibre.org).



¿CÓMO CRIAR UN HIJO SANO?

Autor: Robert S. Mendelshon (USA)

Editorial: Publicaciones GEA

2005

Es un libro en el que este médico norteamericano busca equipar a los padres para asumir el papel médico principal en la vida de los hijos.

Es una buena obra para las personas que persiguen la autogestión de sus vidas.



LAS VENAS ABIERTAS DE AMÉRICA LATINA

Autor: Eduardo Galeano (Uruguay)

Editorial: Siglo XXI

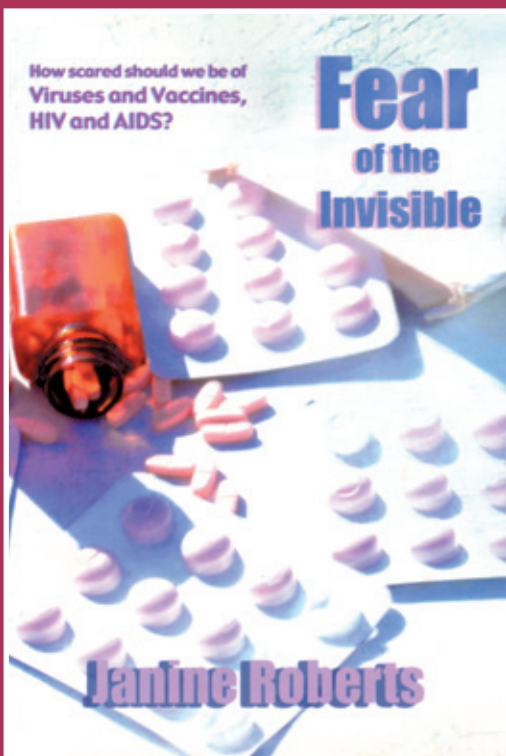
2ª Edición. 2009.

Es una obra clásica escrita en la década de 1970 donde el autor con una gran aportación de datos nos describe las condiciones de trabajo, de explotación, de esclavismo y de salario durante la época colonial, republicana y actual de los territorios y de los grupos humanos de Centroamérica y de América del Sur.

La usurpación a los indígenas de sus riquezas, de sus tierras y la implantación progresiva de los monocultivos llevaron a la rica geografía americana a la mayor pobreza nunca jamás vivida en la Humanidad.

Como resultado de la colonización las epidemias de tuberculosis, paludismo, silicosis, etc se incrustaron en la vida de los pueblos hasta la actualidad.

Un buen libro para entender la relación entre la pobreza y las enfermedades de la Humanidad.



FEAR OF THE INVISIBLE

Autora: Janine Roberts (Inglaterra)

www.fearoftheinvisible.com

2ª Edición. 2009

La autora, periodista de profesión e investigadora, y como tal divulgadora de los escándalos farmacéuticos acaecidos durante la década de 1990 en África del Sur.

En este libro nos explica los procesos químicos a los que están sometidos los microorganismos y especialmente virales para ser posteriormente utilizados como vacunas en animales y humanos.

Considera que un virus atenuado o inactivado nunca es un virus puro sino es la consecuencia del tratamiento padecido y que en la composición de la vacuna no sólo está presente la partícula viral sino también toda la química utilizada en su inactivación.