

**GUÍA N°3 PARA LOS ADMINISTRADORES QUE  
NO CONOCEN LAS REPERCUSIONES NEGATIVAS  
PÚBLICAS Y PRIVADAS DE LAS VACUNAS**

**Fundamentos científicos y evidencias de la  
No vacunación masiva y sistemática**



**Vacunación Libre**

**Guía nº 3. Octubre de 2019**

**Liga para la Libertad de Vacunación**

**[www.vacunacionlibre.org](http://www.vacunacionlibre.org)**

**E-mail: [info@vacunacionlibre.org](mailto:info@vacunacionlibre.org)**

**CONSEJO DE REDACCIÓN**

Jorge Arroyo (Corrector)

Pepi Domínguez

Andreas Duwe

Rosa Montserrat (Traducción)

Joan Mora

Gustau Pau

Vicenç Robles

Xavier Uriarte

Número de Depósito Legal: GI 1508-2019

# Contenidos

Prólogo.....	4
Presentación.....	4
Vacunas, eficacia y justicia social.....	5
Vacunas, incremento de las infecciones vacunables y creencias.....	7
Vacunas, inmunidad de rebaño o grupo y solidaridad.....	8
Vacunas, componentes y seguridad.....	9
Tipos, frecuencia e intensidad de las reacciones adversas de las vacunas (RAV).....	11
Fallecimientos posvacunales (FPV).....	12
Referencias bibliográficas sobre reacciones adversas a las vacunas (RAV).....	13
Anexos.....	28
Contraindicaciones y vacunas.....	28
Encuesta prevacunal.....	29
Consentimiento informado y vacunación. El derecho a decidir.....	30
Ficha de la vacuna triple vírica (XRP).....	32
Ficha de la vacuna Infanrix.....	33
Ficha de la vacuna de la varicela.....	34
Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Posvacunales.....	36
Red Española de Información sobre Vacunas.....	37
Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo.....	39

## PRÓLOGO

Desde comienzos de siglo venimos asistiendo en España a situaciones difíciles de entender en cuanto a la vacunación masiva e indiscriminada a nivel judicial, sanitario, municipal, educación e institucional.

Familias que se separan, sólo una simple denuncia por una de las partes, sirve para que el juez considere que la no vacunación de la menor sea considerado como malos tratos por parte de uno de los conyugues.

Familias que van al centro de asistencia primaria (CAP) o al hospital y no están vacunados el sanitario de turno considera que ha de denunciar la situación e interviene al día siguiente la policía judicial.

Familias que se prematriculan en las escuelas y la alcaldesa del municipio decide que no pueden matricularse porque no tienen al día el calendario vacunal.

Jóvenes que desean en verano hacer campamentos y no se pueden inscribir porque no tienen la vacuna del tétanos ni de la de la tifoidea al día.

Familias que deciden adoptar niños son obligados a vacunar antes de la decisión administrativa.

Estos sucesos y otros se dan con más frecuencia en toda España, país donde existe la libre elección de vacunación.

## PRESENTACIÓN

Es posible que usted crea que las vacunas han servido para salvar la Humanidad, es posible que crea que protegen artificialmente al grupo o rebaño, posiblemente crea que los componentes de las vacunas no son tóxicos, pensará que las reacciones adversas posvacunación son ligeras y poco frecuentes, supondrá que las vacunas no crean infecciones creerá que las personas vacunadas no mueren tras la vacunación e incluso pensará que si no se vacunase masiva volverían las epidemias infecciosas vacunables.

Si toda esta creencia coincide en Usted sí que necesita leer detenidamente esta guía.

Ni las vacunas han intervenido en la disminución de las epidemias infecciosas, ni dan protección de rebaño, ni son limpias en su composición, ni salvan vidas.

Las vacunas con sus calendarios sistemáticos, masivos e indiscriminados provocan, en España y en Europa, cada año un millar de personas afectadas gravemente y docenas de muertes por vacunas.

El riesgo calculado en España de personas gravemente afectadas por las vacunas llega a ser anualmente de 800 personas.

Mientras que de fallecimientos por las vacunas es de 32 personas cada año.

Además tenga en cuenta que sólo se declaran como mucho el 1% de las reacciones adversas a los medicamentos.

El 99% de los sucesos adversos no se declaran por los Servicios de Farmacología existentes en nuestro país y por lo tanto se consideran inexistentes.

Actualmente el 48% de los europeos piensan que las vacunas originan reacciones adversas graves y el 38% opina que generan infecciones tras la vacunación.

Esta guía tiene la intención de modificar sus creencias para que, siempre que se encuentre en la aplicación de su responsabilidad, sea justo con las personas que le rodean.

## VACUNAS, EFICACIA Y JUSTICIA SOCIAL

“Las vacunas han hecho desaparecer las epidemias infecciosas de la Humanidad”. Es una afirmación muy alejada de la realidad.

Pongamos 2 ejemplos muy entendedores de enfermedades infecciosas conocidas.

A principios de 1900 en España la mortalidad por cada una de las infecciones tosferina y difteria era respectivamente de 4.000 de 6.000 personas.

La vacunación de tosferina y de la difteria se introduce masiva y parcialmente a partir de 1965.

Antes de 1965 la mortalidad por tosferina sin vacuna bajó a 33 personas.

La mortalidad por difteria antes de 1965 sin vacuna bajó a 56 personas (ver gráfico página 6).

Es decir, durante el período 1900-1965 la tosferina y la difteria en España descendió el 99,5%.<sup>1</sup>

El año 1997 y 1998 padecieron de difteria 3 y 2 personas vacunadas respectivamente.

Esta situación no fue publicada en España, pero si recogida por la OMS.<sup>2</sup>

Actualmente cada año mueren en España 7 personas afectadas de tosferina.

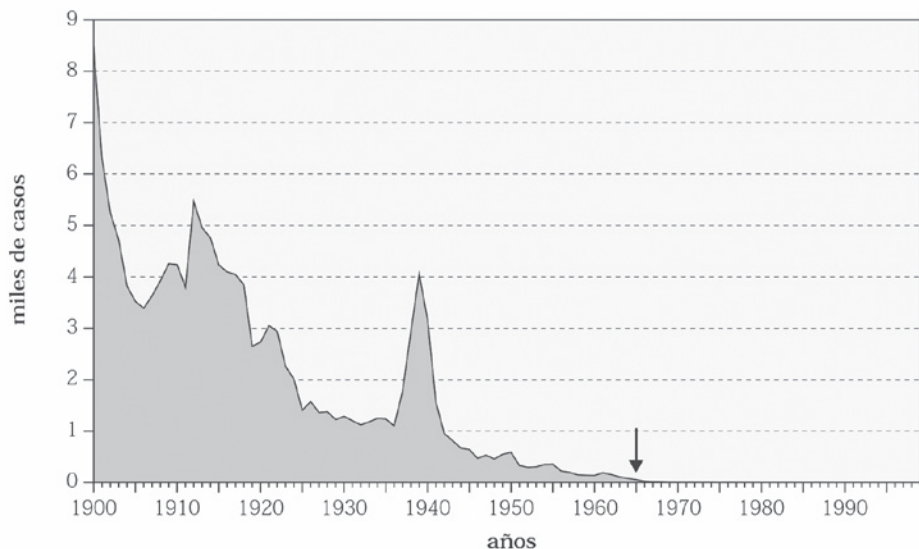
A la luz de estas cifras oficiales podemos decir que el descenso de la epidemia de

tosferina y de difteria no se produjo por las vacunas.

1 <http://gesdoc.iscii.es/gesdoccontroller.action=download&cid=19/10/2012-3c0cfd4ca3>

2 WHO vaccine-preventable diseases: monitoring System. 2015 global summary. Incidence time series to Spain.

### DIFTERIA (032/1975). Mortalidad (1900-1999)



Fuente: Mortalidad Difteria 1900-1999. Ministerio de Sanidad.

Otras variables, no farmacológicas y no exactamente la medicina, hicieron posible esta disminución de la mortalidad.

Entre estas destacaremos la alimentación, la vivienda, la arquitectura higiénica, la disminución de la densidad demográfica y la alegría de vivir.

Este comportamiento de la epidemia es internacional y sucede en todos los países de Europa y del mundo.<sup>3</sup>

Si la vacunación no ha sido el elemento que ha hecho reducir la epidemia y la mortalidad de la Humanidad, no se podrá ya afirmar, con rotundidad, que son eficaces.

En consecuencia, no se podrá sentenciar como injustas a las personas y colectivos que no vacunen ni se podrá ejercer prohibición ni presión administrativa sobre las personas, familias y colectivos.

3 McKeown, Thomas. Los Orígenes de las Enfermedades Humanas. Editorial Triacastela. Año 1990. Fundación Pfizer.

## VACUNAS, INCREMENTO DE LAS INFECCIONES VACUNABLES Y CREENCIAS

“Las personas vacunadas no padecen la enfermedad infecciosa y no son portadores de la infección”.

La realidad a lo largo de los 200 años de vacunación no es lo que parece.

En esta ocasión pondremos como ejemplo el sarampión.

A principios de 1900 en España la mortalidad per sarampión fue de 18.000 muertes.

La vacuna del sarampión se introduce en España entre 1981-1982.

Ya el año 1981 los decesos fueron de 19 personas. Es decir, que sin vacuna la mortalidad por sarampión bajó el 99,9%.

Ahora bien, hay otro dato de interés.

Cuando ya se hizo masiva la vacunación del sarampión, con una cobertura del 80%, en el período 1983-1986 en España se vivió un incremento de la morbilidad i mortalidad por sarampión.

El año 1983 después de la vacunación, de 30.000 personas afectadas se pasó a 60.000.

El año 1986 de 5.000 personas afectadas se pasó a 40.000.

Esta realidad nos hace ver que las personas vacunadas de sarampión pueden padecer la enfermedad y ser portadoras de la misma.

Actualmente en España se dan 300 personas afectadas de sarampión confirmado, en Francia 1.000 personas confirmadas, en Alemania 1.500 personas confirmadas (ver gráfico página 8).

Esta observación mostrada en España coincide con el comportamiento del sarampión posvacunal en Europa.<sup>4</sup>

Y además añadiremos otra observación vigente en el 2018.

Desde hace tiempo sabemos que los brotes de sarampión que se dan en la Europa y en América del Norte, en ocasiones el 90-95% de la población afectada está vacunada correctamente.<sup>5</sup>

Podemos decir pues que la vacunación puede generar y extender el sarampión.

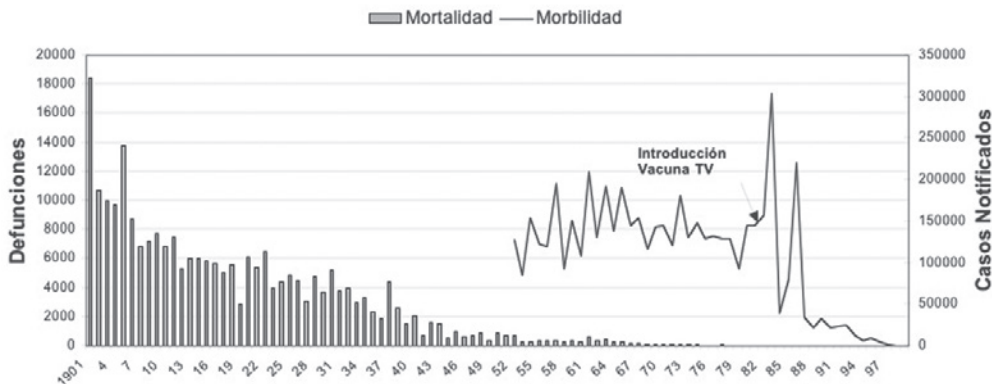
Contrariamente a lo que se dice y se informa, la vacunación puede mantener la enfermedad infecciosa.

4 Aristegui, Javier. Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica. Sarampión. Primera edición. Año 2004. Cicloeditorial.

5 Harry F. Hull. Factores de riesgo para el fracaso de la vacuna del sarampión entre estudiantes vacunados. Pediatrics, ed. Esp. Vol.20. N° 4. 1985.



## Sarampión en España Casos Notificados 1952-1999 y Defunciones 1901-1986



Fuente: Elaboración propia. Datos del Anuario Estadístico de España

En consecuencia, la persona, familia y colectivo que se opone a la vacunación masiva e indiscriminada no es por creencia sino por conocimiento.

## VACUNAS, INMUNIDAD DE REBAÑO O GRUPO Y SOLIDARIDAD

Sectores de la sociedad piensan que las vacunas garantizan la inmunidad de Grupo y consideran que los que no se vacunan son unos aprovechados e insolidarios.

Presentamos una descripción hecha sobre la Inmunidad de Grupo

Natural y Artificial en su libro "Vacunaciones Preventivas" por el catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública UB en 1997.

En la época prevacunal los países industrializados cuando la circulación de la difteria era frecuente y mortal el organismo rehén adquiría la inmunidad de forma natural en contacto con la bacteria presente en la faringe que fabricaba espontáneamente la toxina protectora. Esta protección natural era específica y duradera.

Por encima del 80% de los bebés nacían protegidos con anticuerpos transmitidos pasivamente por la madre.

Los meses siguientes el bebé ya fabricaba su propia inmunidad de forma activa. Y poco a poco a lo largo de los años, entre 5-15 años, llegaban a una protección de grupo natural superior al 80%.



En la época posvacunal debido a la disminución de la circulación de la difteria se redujo el contacto.

Se observó que la duración de la respuesta inmunitaria artificial era inferior a la natural y la población vacunada podía quedarse sin protección al primer año de la vacunación.<sup>6</sup>

Esta narración nos dice que en épocas de máxima expresión de la difteria, la Inmunidad de Grupo Natural funciona de manera potente si la población está bien alimentada, si hay una arquitectura higiénica, si las personas tienen vivienda saludable, si la densidad demográfica es correcta y si la alegría de vivir está asegurada.

Destaca la importancia de la leche materna durante los primeros meses de vida del bebé en la creación de la Inmunidad de Grupo Natural.

La bacteria diftérica está siempre presente en nuestra faringe y se expresa desfavorablemente según las condiciones de vida adversas.

La Inmunidad Grupal Artificial es considerablemente más corta en relación a la Natural.

De esta descripción podemos concluir que la Inmunidad Natural es más ventajosa que la Inmunidad Artificial.

En consecuencia, las personas que no vacunan masivamente enseñan en

un acto solidario a la población en general y, en particular la vacunada, que es más valioso el desarrollo social y económico de las condiciones de vida de la protección natural que la protección a través de las vacunas.

## VACUNAS, COMPONENTES Y SEGURIDAD

Hasta el año 2004 los mismos médicos desconocían los componentes de las vacunas y las lesiones que podían producir.

En las vacunas se han descrito hasta 55 componentes conocidos entre las que se encuentran sustancias reconocidas como tóxicas.

Hacemos un desglose de las más conocidas: anatoxinas, virus, polisacáridos, hidróxido y fosfato de aluminio (625 microgramos)<sup>7</sup>, antibióticos 0,0001 microgramos, 2-fenoxietanol (2.500 microgramos), thiomersal o etil-mercurio (0'1- 52 mcg.), Formaldehído, glutamato monosódico, polisorbats 20 y 80, ovoalbúmina, escualo, fosfatos, sacarosa, lactosa, glucosa, ácido clorhídrico, glicina, fenilalanina, alamina, fenol, histidi-

6 Salleras, Luis. Vacunaciones Preventivas. Editorial Masson. 1ª Edición. 1997.

7 Shoenfeld, Yehud. ASIA-autoimmune / Inflammatory Syndrome Induced by adjuvants: even and Odd. Parricon, c te cols. Journal of the Italian Society for Rheumatology. Vol.63, nº 2. 2011.

na, sulfatos, gelatina, látex sorbitol, albúmina humana (1.000 mcg), suero, urea, glifosato, trazas de células MRC-5, dextran, Tritón, asparraguina, glicerol, citrato de amonio, borato, monofosfórico lipídico (50 mcg), vitaminas, suero de embrión, ácido succínico, manitol, etc.<sup>8</sup>

Pondremos 2 ejemplos:

1. El etil mercurio, timerosal o thiomersal se utiliza desde 1950 como conservante de las vacunas.

A partir de 2004 la Comunidad Europea aconsejó la retirada del mercurio de las vacunas.

En ese momento el total de mercurio de las vacunas del calendario vacunal contenían 135 microgramos, 11 veces más de lo que una persona podría soportar.

A partir de 2006 ha disminuido la presencia del mercurio en las vacunas y es presente entre 0,1 y 52 microgramos.

Históricamente es conocido el mercurio en la química orgánica por su elevada capacidad lesiva so-

- bre el sistema nervioso e inmunitario a partir de 0 microgramos.<sup>9</sup>
2. Desde el año 1950 se utilizan también las sales de aluminio en forma de hidróxido y fosfato como estimulante de la respuesta de las vacunas.

La cantidad presente en las vacunas dentro del calendario vacunal supera los 1.000 microgramos.

Supone esta cantidad 20 veces más de lo que una persona podría soportar.

Es conocido este metal ligero por sus efectos biológicos sobre la membrana celular, sobre el hueso, sobre las meninges, encéfalo, hombro y sobre los mecanismos autoinmunes.<sup>10</sup>

De todo lo expuesto podemos concluir que la seguridad de las vacunas está cuestionada.

Estos componentes inyectados directamente en sangre y que no pasan por el filtro biológico de las membranas pueden ser causa de efectos adversos graves.

---

8 Albi Rodriguez MS, Aparicio Rodrigo. Sin datos a largo plazo, las vacunas con Nuevos adyuvantes aumentan discretamente los efectos adversos a corto y medio plazo. Evidencia pediátrica 2016;12-42.

9 Segura, M., Catalá R., Huerta, C. Evaluación de la Seguridad de las vacunas miedo sume contenido en thiomersal o timerosal. Pharmaceutical Care España 2000; 2: 432-439.

10 Shaw CA, Tomljenovic L. 2013. Aluminium in the central nervous System (CNS): toxicity in humanos and animales, vaccine adyuvantes, and autoimmunity. Inmunológicas Res. 56: 304-316.

## TIPOS, FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LAS REACCIONES ADVERSAS DE LAS VACUNAS (RAV)

“Las vacunas excepcionalmente producen efectos adversos y así ocurre los beneficios superan los perjuicios”.

Esta es una afirmación habitual dentro de los profesionales de la justicia, de la salud, de la educación, de los municipios y de la administración en general.

La realidad de las personas que se vacunan y los efectos adversos que sufren es muy diferente.

A partir del año 2000 los laboratorios publican la posible frecuencia de las reacciones adversas de las vacunas: 1 persona afectada cada 10, 100, 1.000 o 10.000 dosis.<sup>11</sup>

Entre las reacciones adversas posvacunales destacamos:

- 60% reacciones adversas neurológicas: encefalitis, mielitis, meningitis, parálisis, convulsiones y epilepsia, asperger, autismo neuritis, distonía, síndrome doloroso, accidente cerebrovascular, alteraciones del ritmo cardiorrespiratorio y muerte súbita.<sup>12</sup>
- 20% reacciones adversas alérgicas: reacción anafiláctica aguda y crónica, asma, urticaria, eczema e intolerancia.<sup>13</sup>
- 10% reacciones autoinmunes: vasculitis, osteítis, diabetes, distiroidismo esclerosis en placas, plaquetopenia púrpura, cambios en la coagulación, fatiga, etc.<sup>14,15</sup>
- 10% reacciones adversas infecciosas, gripe, hepatitis, tosferina, difteria, polio, meningitis, pulmo-

- 
- 11 Fichas Técnicas de los laboratorios GlaxoSmithKline, Aventis Pasteur MSD, Pasteur Merieux, Sanofi, Pfizer, etc.
  - 12 Mikaeloff Y, Caridade G, Tardieu M. 2009. Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood. *Neurology*. 72: 873-880.
  - 13 Moreno, MC y cols. Revisión. Reacciones Adversas producidas por las vacunas infantiles. *Alergol Inmunol Clin* 2005; 20: 51-63.
  - 14 Riikonen RS, Retinal vasculitis caused by rubella. *Neuropediatrics*, 1995. Junio; 26(3): 174-6.
  - 15 Batista-Duharte, Alexander. Vacunas y Autoinmunidad: una rara asociación bajo debate. *Rev. Peru Med Exp Salud Pública* 2012; 29(2): 265-71

nía, enteritis, sarampión, paperas y rosa, etc.<sup>16,17</sup>

Esta realidad mostrada a la luz de la bibliografía internacional nos hace ver que las vacunas pueden producir con una alta frecuencia enfermedades neurológicas, alérgicas, autoinmunes e infecciosas graves.

## FALLECIMIENTOS POSVACUNALES (FPV)

Actualmente la mayor parte de los profesionales de la justicia, de la salud, de la educación, de las autoridades municipales y administradores, no se acepta la existencia de la mortalidad posvacunal y el público en general, cuando se produce, no lo relaciona con la vacunación.

Dentro del apartado de las reacciones adversas de las vacunas el punto referente a los óbitos entre la población

vacunada es el más silenciado y menos documentado en la bibliografía médica internacional. A pesar de esta situación presentamos datos de máximo interés.

La Tasa de mortalidad infantil (TMI) en los países industrializados es diferente según el número de vacunas que se inocula. Las hospitalizaciones se incrementaron del 11%, con 2 vacunas, al 23% con 6 vacunas. La mortalidad infantil pasó de 3,6%, con 1-4 vacunas, al 5,5% con 5-8 vacunas.<sup>18</sup>

Reacciones adversas recogidas después de la campaña privada de la Vacunación Meningitis B durante el periodo 2015-2017 en Madrid, indicaron que la mortalidad posvacunal es de 1/240.000 dosis.<sup>19</sup>

Ya en 2003 el Comité de Especialidades Farmacéuticas de la Agencia Europea para la evaluación de los medicamentos (EMEA) alertó a la comunidad médica de la existencia en Alemania y Austria en el periodo 2000-2003 de 5 personas muertas 24 h. después de la vacunación con Infanrix y Hexavac.<sup>20</sup>

- 
- 16 Informe Vacuna Neumonía 2006. Comisión de Salud Pública. Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones de las CCAA España.
  - 17 Larequi García, A. Labeaga Sierra. Brote de Parotiditis en Navarra. Evaluación y Actuación en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Camino. Congreso Nacional SEMES. Tarragona 2007.
  - 18 Miller NZ, Goldman GS. 2012. Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: Is there a biochemical/synergistic toxicity? Human and Experimental Toxicology. 30(9): 1420-1428.
  - 19 RAM. Boletín Informativo del Centro Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid Período 2015-2017. Vol. 24, nº3. Octubre 2017).
  - 20 Chaibriant, Henriette. Communiqué de Presse. Agence Française de Sécurité Sanitaire. Vaccins Hexavalents: hexavac and Infanrix Hexa. 28 avril 2003.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE REACCIONES ADVERSAS A LAS VACUNAS (RAV)

**1** Miller NZ, Goldman GS. 2011. Infant mortality rates regressed against number of vaccine doses routinely given: Is there a biochemical or synergistic toxicity? *Human and Experimental Toxicology*. 30(9): 1420-1428.

- La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador del bienestar socioeconómico y de la salud pública de un país. En EEUU, se especifican 26 dosis en el calendario de vacunación infantil para lactantes menores de 1 año, y aún y así, hay 33 naciones con menor TMI.
- Se examinaron los calendarios de vacunación de 34 naciones y se hizo un estudio de regresión lineal. Se encontró un coeficiente de correlación de  $r=0,70$  entre TMI y el número de dosis de vacunas de rutina dada a los infantes.
- Se aplicó el análisis de regresión lineal entre el número de dosis de vacunas con la TMI.
- También agrupamos las naciones en cinco rangos diferentes de dosis de vacuna: 12-14, 15-17, 18-20, 21-23, 24-26. Los medios de TMI se calcularon para todas las naciones dentro de cada grupo.
- El análisis de regresión lineal reveló una alta correlación estadísticamente

significativa entre el aumento del número de dosis de vacunas y el aumento de las TMI.

**2** Goldman GS, Miller NZ. 2012. Relative trends in hospitalizations and mortality among infants by the number of vaccine doses and age, based on the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1990–2010. *Human and Experimental Toxicology*. 31(10): 1012–1021.

- En este estudio, se investigó la base de datos del VAERS (Sistema de reporte de efectos adversos de vacunas) desde 1990 – 2010.
- 38.801 casos fueron identificados de hospitalizaciones o muerte en lactantes causadas por vacunaciones.
- Se hizo un análisis de regresión lineal de las tasas de hospitalización como una función de a) el número de dosis de vacuna y b) la edad del paciente.
- Nuestros resultados muestran una correlación positiva entre el número de dosis de vacunas administradas y el porcentaje de hospitalizaciones y muertes.
- Considerando el número de vacunas administradas a millones de bebés al año, es imperativo que las autoridades sanitarias dispongan de los datos de

estudios toxicológicos sobre todas las combinaciones de vacunas que puedan recibir los niños. Encontrar maneras de aumentar la seguridad de las vacunas debe ser la máxima prioridad.

**3** Classen JB, Classen DC. 2002. Clustering of Cases of Insulin Dependent Diabetes (IDDM) Occurring Three Years After Hemophilus Influenza B (HiB) Immunization Support Causal Relationship Between Immunization and IDDM. *Autoimmunity*. 35(4): 247–253.

- La vacuna Haemophilus se ha relacionado con el desarrollo de diabetes autoinmune tipo 1 (DMID) en estudios ecológicos.
- Tratamos de determinar si el Haemophilus influenza B (HiB) se asoció con un mayor riesgo de DMID mediante la búsqueda de grupos de casos de DMID utilizando datos de un ensayo clínico a gran escala. Todos los niños nacidos en Finlandia entre el 01 de octubre 1985 y el 31 de agosto de 1987, aproximadamente 116.000, fueron aleatorizados para recibir 4 dosis de vacuna HiB a partir de los 3 meses de vida o una dosis inicial después de 24 meses de vida. Ratones NOD (propensos diabéticos no obesos) fueron inmunizados con la vacuna para determinar si la inmunización aumentó el riesgo de DMID.
- Los resultados muestran una asociación estadísticamente significativa en-

tre la vacuna HiB y el incremento del riesgo de padecer DMID en un punto final prospectivo de 7 años en los niños finlandeses. En ratones NOD, la vacuna también inducía diabetes.

- Concluimos que la exposición a la inmunización HiB se asocia con un mayor riesgo de DMID. Los ratones NOD se pueden utilizar como modelo de diabetes inducida por la vacuna.

**4** Hernán MA, Jick SS, Olek MJ, Jick H. 2004. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis. *Neurology*. 63: 838-842.

- Se ha evaluado un posible vínculo entre la vacuna contra la hepatitis B recombinante y un mayor riesgo de esclerosis múltiple (EM).
- Los autores identificaron pacientes en el Reino Unido que tuvieron un primer diagnóstico de EM registrado entre enero de 1993 y diciembre de 2000. La información de las inmunizaciones recibidas se obtuvo de los registros informáticos.
- Los análisis incluyen 163 casos de EM y 1.604 controles.
- Los resultados indican que la inmunización con la vacuna contra la hepatitis B recombinante se asocia con un aumento del riesgo de EM.

**5** Mikaeloff Y, Caridade G, Suissa S, Tardieu M. 2009. Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory dem-

yelination in childhood. *Neurology*. 72: 873–880.

- El riesgo de desmielinización inflamatoria del SNC asociada a la vacuna contra la hepatitis B (HB) se debate con estudios que informan de resultados contradictorios.
- Se realizó un estudio de casos y controles de base poblacional, en el cual los casos eran niños con un primer episodio de desmielinización inflamatoria aguda del SNC en Francia (1994-2003). Información sobre las vacunas fue confirmada por una copia de la vacunación certificada. Las odds ratio de desmielinización inflamatoria del SNC asociados con la vacunación HB se estimaron mediante la regresión logística condicional.
- Nuestros resultados indican que la vacuna HB generalmente no aumenta el riesgo de desmielinización inflamatoria del SNC en la infancia. Sin embargo, la vacuna Engerix B parece aumentar este riesgo, en particular para la esclerosis múltiple a largo plazo.
- Nuestros resultados requieren confirmación en estudios futuros.

**6** Jefferson T. 2006. *Influenza vaccination: policy versus evidence*. *BMJ*. 333:912-915.

Este artículo es un análisis y no incluye un abstract. Los puntos clave del artículo son los siguientes:

- Cada año se pone un enorme esfuerzo

en la producción de vacunas contra la gripe para ese año específico. Creemos que este esfuerzo no está justificado. La política pública recomienda el uso de vacunas antigripales inactivadas para prevenir brotes estacionales.

- Surgen tres problemas al intentar buscar evidencias sólidas:
  - 1) Hay una fuerte dependencia en estudios no aleatorios, principalmente de tipo cohorte, especialmente en ancianos (sesgo de selección)
  - 2) O bien la ausencia de pruebas o la falta de pruebas convincentes sobre la mayor parte de los efectos en el centro de los objetivos de la campaña de vacunación (en niños menores de 2 años, las vacunas inactivadas dieron los mismos resultados que el placebo y en adultos menores de 65 años no afectó la duración de hospitalización ni el tiempo de trabajo).
  - 3) El reducido y heterogéneo conjunto de datos sobre la seguridad de las vacunas inactivadas, lo cual es sorprendente dado su largo y extenso uso. La Cochrane encuentra solo un ensayo antiguo con datos de 35 participantes de 12-18 meses de edad.
- La gran brecha entre la política y los que nos dicen los datos es sorprendente. Las razones por las cuales existe esta brecha no están muy claras pero dado los enormes recursos involucrados, una re-evaluación debe ser emprendida con urgencia.



**7** Yoshida H, Horie H, Matsuura K, Miyamura T. 2000. Characterisation of vaccine-derived polioviruses isolated from sewage and river water in Japan. *Lancet*. 356: 1461-1463.

- Un cambio de nucleótido de U a C en la posición 472 en la región no codificante 5' del poliovirus tipo 3 es asociado con un aumento de la neurovirulencia. Mediante un análisis PCR y MAPREC se estimó la neurovirulencia de las muestras ambientales obtenidas en la prefectura de Toyama, Japón.
- Los resultados mostraron que tres cepas aisladas a partir de agua de río eran del tipo virulento.
- Nuestros resultados enfatizan que existe un riesgo ambiental de la poliomiélitis paralítica asociada a la vacuna siempre y cuando la vacuna antipoliomiéltica oral en vivo no sea sustituida por la vacuna de la polio inactivada.
- Dado que hay pocas posibilidades de que los individuos entren en contacto directo con las aguas negras, el riesgo de infección por esta ruta es muy baja. Sin embargo, el acceso al río es fácil para muchos individuos y los que son susceptibles deben ser considerados por tener un mayor riesgo de infección por el agua del río. La vacuna contra la poliomiélitis está mutando, ocasionando cepas virulentas.

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

- Se examinaron los casos agudos y graves del síndrome de Guillain-Barré reportados después de la administración de la vacuna contra la influenza entre 1991-1999. Se midió también la concentración de endotoxina en las vacunas. La media del inicio del síndrome después de la vacuna fue de 12 días.
- En comparación con adultos que recibieron la vacuna contra el tétanos-difteria como control, se vio un mayor riesgo del síndrome de GB aguda (4,3) y grave (8,5).
- Las vacunas contra la influenza analizadas contenían 125-1250 veces más concentración de endotoxina, en comparación con la concentración de endotoxina en la vacuna contra el tétanos-difteria adulta.
- El mecanismo biológico por el cual la vacuna puede causar el síndrome de GB puede involucrar los efectos sinérgicos de la endotoxina y la autoinmunidad inducida por la vacuna.
- Los pacientes deberían tomar una decisión informada, ya que esta vacuna es opcional y los médicos deben informar de este posible efecto de la vacuna y reportarla cuando la ven, para poder emprender una evaluación continua de la seguridad de la vacuna contra la influenza.

**9** Maglione MA, Das L, Raaen L, Smith A, Chari A, Newberry S, Shanman R, Perry T, Goetz MB, Gidengil C. 2014. Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of US Children: A Systematic Review. *Pediatrics*. 134 (2): 325–337.

- Las preocupaciones sobre la seguridad de las vacunas han llevado a algunos padres a rechazar la vacunación recomendada de sus hijos, lo que lleva a la reaparición de enfermedades. La seguridad de las vacunas sigue siendo crítica para la salud de la población. Este estudio revisó sistemáticamente la literatura sobre la seguridad de las vacunas de rutina recomendadas para niños en los EEUU.
- De 20.478 artículos identificados, 67 fueron incluidos. Datos revelan que existe una asociación entre la vacuna del sarampión/paperas/ rubéola y convulsiones febriles; la vacuna contra la varicela se asoció con complicaciones en personas inmunodeficientes. Hay una fuerte evidencia de que la vacuna del sarampión/paperas/rubéola no está asociada con el autismo. Hay pruebas moderadas de que las vacunas contra el rotavirus se asocian con la invaginación intestinal.
- Se encontró evidencia de que algunas vacunas están asociadas con eventos adversos graves. Sin embargo, estos acontecimientos son extremadamente raros y deben ser sopesados frente a los beneficios de protección que las

vacunas proporcionan. Balance riesgo-beneficio.

**10** "Possible Side-effects from Vaccines". Centers for Disease Control and Prevention. 11 June 2015.

<http://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm#mmr>

Este enlace es para la página web de la CDC. Muestra una lista de las vacunas disponibles y sus posibles efectos adversos documentados.

**11** Klein NP et.al. 2010. Measles–Mumps–Rubella–Varicella Combination Vaccine and the Risk of Febrile Seizures. *Pediatrics*. 126(1): 1–8.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e1.short>

- En febrero de 2008 alertamos al comité asesor sobre prácticas de inmunización debido a la evidencia preliminar de un doble riesgo de convulsiones febriles después de la combinación de la vacuna del sarampión/paperas/ rubéola/varicela en comparación con distintos regímenes de vacunación.
- Datos utilizados del 2000–2008 de Vacunas Datalink fueron evaluados, observando las convulsiones febriles vistas en niños de 12–23 meses después de sus vacunaciones combinadas

y separadas, comparando el riesgo de convulsiones, utilizando la regresión de Poisson.

- Se observaron convulsiones y estados febriles 7–10 días después de la vacunación combinada, pero no después de la vacunación contra la varicela solo. El riesgo de sufrir convulsiones durante los días 7–10 fue mayor después de la vacuna cuádruple (4,3 por cada 10.000 dosis) que la triple + varicela (1,98 por cada 10.000 dosis).

**12a** Kawahara M. 2005. Effects of aluminum on the nervous system and its possible link with neurodegenerative diseases. *Journal of Alzheimer's Disease*. 8(2): 171–182.

<http://europepmc.org/abstract/med/16308486>

- Cada vez hay más evidencia que sugiere la implicación de la homeostasis del aluminio en la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer.
- El aluminio y otros metales causan los cambios conformacionales de la proteína beta-amiloide. Causa la acumulación de la proteína tau y la proteína beta-amiloide en animales experimentales. Induce apoptosis neuronal in vivo así como in vitro.

**12b** Shaw CA, Tomljenovic L. 2013. Aluminum in the central nervous system (CNS): toxicity in humans and

animals, vaccine adjuvants, and autoimmunity. *Immunol Res*. 56: 304–316.

- Se examina la neurotoxicidad del aluminio en seres humanos y animales. La literatura claramente demuestra los impactos negativos del aluminio sobre el sistema nervioso central a través de un rango de edad. En adultos, la exposición al aluminio puede culminar en déficits neurológicos aparentemente relacionados con el envejecimiento como la enfermedad de Alzheimer (variante de Guam, ALS-PDC).
- Además, la inyección de vacunas con aluminio como adyuvante se ha utilizado para intentar reproducir el síndrome de la Guerra del Golfo (déficits neurológicos) en ratones.
- En niños, existe una correlación altamente significativa entre el número de vacunas pediátricas con aluminio como adyuvante y la tasa de los trastornos del espectro autista.
- Muchas de las características de la toxicidad inducida por aluminio pueden dar lugar incluso a reacciones autoinmunes, como parte del síndrome de ASIA.

**12c** Jaishankar M, Tseten T, Anbalagan N, Mathew BB, Beeregowda N. 2014. Toxicity, mechanism and health effects of some heavy metals. *Interdiscip Toxicol*. 7(2): 60–72.

Este artículo explora los diferentes efectos citotóxicos de metales y su mecanis-

mo de acción. Aquí únicamente incluyo el apartado de mecanismo de acción de citotoxicidad del aluminio.

- El aluminio interfiere con la mayoría procesos físicos y celulares.
- Se desconoce exactamente el mecanismo de absorción de aluminio en el tracto gastrointestinal.
- Basándose en la literatura disponible, es difícil citar cuando se pueden esperar síntomas causados por la toxicidad del aluminio.
- El mecanismo de toxicidad probablemente es el resultante de la interacción entre el aluminio y la membrana plasmática.
- En los seres humanos,  $Mg^{2+}$   $Fe^{3+}$  se sustituyen por  $Al^{3+}$  lo cual causa muchos trastornos asociados con la comunicación intercelular, el crecimiento celular y las funciones secretoras.
- Los cambios que se evocan en las neuronas por el aluminio son similares a las lesiones degenerativas que se observan en pacientes con Alzheimer.
- Se ha observado que la neurotoxicidad del aluminio puede culminar en atrofia neuronal en el locus ceruleus, sustancia negra y el estriado.

**12d** Guillard O, Fauconneau B, Pineau A, Marraud A, Bellocq JP, Chénard MP. 2012. Aluminium overload after 5 years in skin biopsy following post-vaccination with subcutaneous pseudo lymphoma. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*. 26(4): 291–293.

- El hidróxido de aluminio se utiliza como adyuvante en una amplia gama de vacunas para mejorar la respuesta inmune al antígeno. El papel patógeno del aluminio es ahora reconocido por la presencia de síndrome de fatiga crónica, miofascitis macrofágica y pseudo linfoma subcutáneo, vinculados a la inyección intramuscular de vacunas que contienen este metal.
- El objetivo de este estudio era verificar si el pseudo linfoma subcutáneo observado en nuestro paciente en el sitio de inyección de la vacuna está ligado a una sobrecarga de aluminio. Muchos años después de la vacunación, se observa un nódulo subcutáneo en una mujer de 45 años. En la biopsia de la piel en el sitio de la inyección de vacunas, se encontraron depósitos de alta concentración aluminio. Los autores quieren llamar la atención al peligro de utilizar sales de aluminio en vacunas.

**13** Barlow WE et.al. 2001. The risk of seizures after receipt of whole-cell pertussis or measles, mumps, and rubella vaccine. *New England Journal of Medicine*. 345 (9): 656–661.

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa003077>

- La administración de los toxoides diftéricos, tetánicos y tos ferina (DTP) y sarampión, paperas y rubéola (MMR) se ha asociado con convulsiones.

- Se estudió la relación entre estas vacunas y el riesgo de una primera crisis, convulsiones posteriores y trastornos del desarrollo neural de los niños.
- Existen riesgos significativamente elevados de convulsiones febriles después de la recepción de la vacuna DTP o vacuna triple vírica, pero estos riesgos no parecen estar asociados con cualquier consecuencia adversa a largo plazo.

**14** Song JY, Cheong HJ, Hwang IS, Choi WS, Jo YM, Park DW, Cho GJ, Hwang TG, Kim WJ. 2010. Long-term immunogenicity of influenza vaccine among the elderly: Risk factors for poor immune response and persistence. *Vaccine*. 28: 3929–3935.

- Los ancianos han sido considerados como el grupo prioritario para la vacunación contra la gripe, pero sus anticuerpos inducidos por la vacuna disminuyen más rápidamente.
- Se evaluó la inmunogenicidad a largo plazo de la vacuna antigripal en los ancianos, en comparación con adultos jóvenes.
- Las tasas de seroprotección disminuyeron significativamente en adultos >65 años, cayendo por debajo de niveles seroprotectores alrededor de 6 meses después de la vacunación.

**15** Geier DA, Geier MR. 2006. An assessment of downward trends in neurodevelopmental disorders in the United States following removal of thimerosal from childhood vaccines. *Med Sci Monit*. 12(6): 231–239.

- Los EEUU está en medio de una epidemia de trastornos del neurodesarrollo. El timerosal es un compuesto que contiene etilmercurio agregado para algunas vacunas infantiles. Se realizó un estudio ecológico para evaluar la incidencia de enfermedades del neurodesarrollo con la eliminación de timerosal en las vacunas.
- Los resultados muestran una reducción significativa en la proporción de enfermedades del neurodesarrollo reportadas mientras que se retiró el timerosal.

**16** Molina V, Shoenfeld Y. 2005. Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity. *Autoimmunity*. 38(3): 235–245.

- Muchos factores ambientales afectan el sistema inmunológico y pueden jugar un papel como desencadenantes. Infecciones bacterianas, virales y parasitarias pueden inducir y exacerbar enfermedades autoinmunes por el mecanismo de mimetismo molecular. También se han encontrado vacunas en varios informes que fueron seguidas de enfermedades autoinmunes.

Los mismos mecanismos que actúan en la invasión infecciosa del huésped se aplican igualmente a la respuesta del huésped a la vacunación.

**17** Tomljenovic L, Wilyman J, Vanamee E, Bark T, Shaw CA. 2013. HPV vaccines and cancer prevention, science versus activism. *Infectious Agents and Cancer*. 8:6.

- El fundamento de los programas de vacunación actuales contra el VPH se inicia a partir de dos premisas, 1) que las vacunas contra el VPH evitarán cánceres de cuello uterino y salvará vidas y, 2) no tienen riesgos graves o efectos secundarios. Un análisis cuidadoso muestra, sin embargo, que estas premisas están en desacuerdo con pruebas científicas y se derivan en gran parte de la mala interpretación de la información disponible.

El autor añade una serie de preguntas que se deberían hacer aquellos que deseen promover la vacuna, incluyendo:

- No se han demostrado que las vacunas contra el VPH ayuden a prevenir el cáncer de cuello uterino. Así pues, ¿por qué se promueve su uso?
- Si la mayoría de las infecciones por VPH y una gran proporción de lesiones precancerosas aclaran espontáneamente sin tratamiento médico y por lo tanto no son una indicación fiable de cáncer, ¿cómo se pueden atribuir los indicadores de casos de cáncer de

cuello uterino a la vacuna?

- ¿Por qué no se informa a las mujeres de que en algunas circunstancias, la vacunación contra el VPH puede acelerar la progresión de anomalías cervicales?

**18** McKinlay JB, McKinlay SM. 1977. The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Millbank Mem Fund Q Health Soc*. 55(3): 405–428.

Este artículo concluye lo siguiente:

- Por regla general, las intervenciones médicas (quimioterapéuticas y profilácticas) no parecen haber contribuido al declive en mortalidad infantil en los EEUU desde alrededor de 1900.
- En muchas ocasiones, estas intervenciones médicas se introdujeron varias décadas después de que la enfermedad empezara a remitir, teniendo poca influencia en muchas instancias.
- En las condiciones como la influenza, neumonía, difteria, tos ferina y poliomielitis, el declive en mortalidad aparece sustancial después de una intervención pero no se puede asumir que todo el declive se puede atribuir a la intervención.
- Se estima que como mucho, un 3,5% del declive total en la mortalidad desde 1900 se puede adscribir a intervenciones médicas introducidas para las enfermedades mencionadas anteriormente.

Sugieren que la mejora del saneamiento, las condiciones de vida y menos vacunación contribuyeron de forma mayoritaria al declive en mortalidad, no las intervenciones médicas (vacunas).

**19** <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&cid=19/10/2012-3c0cfd4ca3>

En este enlace al Gestor Documental del Instituto de Salud Carlos III, donde aparece el trabajo de investigación “Análisis de la sanidad en España siglo XX”, en su página 116, se encuentran tablas de la evolución del descenso de los casos de muerte por difteria en España desde 1900.

**20** Eloë-Fadrosch EA, McArthur MA, Seekatz AM, Drabek EF, Rasko DA, Sztein MB, Fraser CM. 2013. Impact of Oral Typhoid Vaccination on the Human Gut Microbiota and Correlations with *S. Typhi*-Specific Immunological Responses. *PLOS one*. 8(4): e2026.

- El ecosistema bacteriano intestinal juega un papel integral en la modulación de la respuesta inmune tanto a nivel local como sistemático. Se necesita investigar detalladamente las respuestas inmunes efectoras después de la administración de una vacuna, en relación con la microbiota gastrointestinal.
- En este estudio, la fiebre tifoidea at-

nada en vivo administrada por vía oral como vacuna se administró para investigar si la inmunización oral resultó en alteraciones de la microbiota y para investigar si ciertas composiciones o subconjuntos de microbiota están asociados con distintas respuestas inmunológicas a *S. Typhi*.

- El análisis reveló una variabilidad considerable en sentido inter e intraindividual. Los voluntarios fueron clasificados de acuerdo con la cinética y la magnitud de sus respuestas. Los individuos que exhibían respuestas multifásicas y respuestas celulares inmunológicas tardías albergaban comunidades más diversas y complejas.
- Estos resultados proporcionan una visión sin precedentes de la heterogeneidad temporal dramática tanto de la microbiota intestinal y respuestas inmunológicas después de una vacunación oral contra *S. Typhi*.

**21** Buttery JP, Riddell A, McVernon J, et al. 2005. Immunogenicity and Safety of a Combination Pneumococcal-Meningococcal Vaccine in Infants. *JAMA*. 293 (14): 1751–1758.

- Las vacunas conjugadas han visto un éxito en la disminución de la enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis* del grupo C. Esto ha supuesto una presión importante en los calendarios de vacunación infantiles, por lo que se está dando prioridad al desarrollo de



vacunas combinadas.

- Nuestro objetivo era determinar la seguridad y la inmunogenicidad de la combinación de vacuna: neumocócica grupo 9 y antimeningocócica grupo C (Pnc9-MenC), administrado de manera rutinaria en el Reino Unido a niños de 2, 3, y 4 meses.
- Los resultados demuestran que la vacuna combinada Pnc9-MenC administrada a bebés a los 2, 3 y 4 meses redujo inmunogenicidad meningocócica en comparación con la vacuna MenC única. La inmunogenicidad de *Haemophilus influenzae* tipo B se administra normalmente concomitantemente con pertussis, hecho que también disminuye inmunogenicidad.

Al final del artículo, los autores comentan que sus resultados ponen de manifiesto la imprevisibilidad de las reacciones inmunes individuales a cada antígeno de una vacuna combinada. Subrayan la importancia de evaluar la inmunogenicidad de toda la vacuna en ensayos previos a la vacunación. Concluyen que la vacuna combinada Pnc9-MenC no es un sustituto adecuado para las sus vacunas individuales correspondientes.

**22** Eggermont AMM. 2009. Immunostimulation Versus Immunosuppression after Multiple Vaccinations: the Woes of Therapeutic Vaccine Development. *Clin Cancer Res.* 15(22): 6745-6747.

- Ya se han publicado tres artículos de este número de la revista *Clinical Cancer Research* que muestran cómo la administración de múltiples vacunas pueden conducir a la inmunosupresión. Por otra parte, dos estudios en pacientes muestran que el factor GM-CSF estimulante de colonias de macrófagos y granulocitos, utilizado como adyuvante en vacunas, puede conducir a resultados adversos en términos de recaída y supervivencia. La modulación de la actividad de las células T reguladoras puede ser necesaria para superar este resultado y pueden ser cruciales para el desarrollo de vacunas terapéuticas.

**23** Heffernan JM, Keeling MJ. 2009. Implications of vaccination and waning immunity. *Proc. R. Soc. B.* 276: 2071-2080.

- Para muchas enfermedades, la inmunidad desvanece con el tiempo y se ve reforzada posteriormente por encuentros asintomáticos con la infección.
- Utilizamos el modelo del sarampión para mostrar como la vacunación puede tener una serie de consecuencias inesperadas, ya que reduce el refuerzo natural de la inmunidad. Mostramos, en específico, que el tiempo de decadencia esperado es de unos 40-80 años y que los altos niveles de vacunación que se registran hoy en día (más de un 70%) puede inducir oscilaciones a gran escala, generando muchos casos asintomáticos.

- Además podemos predecir que, después de un periodo libre de enfermedad, a largo plazo, la introducción de la infección dará lugar a epidemias mucho más grandes que la predicha por los modelos estándar.

**24** Santos LS, Sant’anna LO, Ramos JN, Ladeira EM, Stavracakis–Peixoto R, Borges LLG, Santos CS, Napoleão F, Camello TCF, Pereira GA, Hirata R, Vieira VV, Cosme LMSS, Sabbadini PS, Mattos-Guaraldi AL. 2015. Diphtheria outbreak in Maranhão, Brazil: microbiological, clinical and epidemiological aspects. *Epidemiol Infect.* 143: 791–798.

Se describen los aspectos microbiológicos, clínicos y epidemiológicos de un brote de difteria en Maranhão, Brasil. La mayoría de los casos confirmados ocurrió en niños parcialmente o completamente inmunizados. Signos clínicos característicos de la difteria como la formación de pseudomembrana y linfadenopatía cervical eran ausentes en el 48% y 7% de los casos, respectivamente. Se observaron complicaciones como parálisis de miembros inferiores. Tres casos resultaron en muerte, dos de ellos en niños completamente inmunizados.

- El análisis microbiológico identificó el *Corynebacterium diphtheriae* biovar *intermedius* con un tipo PFGE predominante. La mayoría de ellos eran toxígenos y algunos mostraron una disminuida susceptibilidad a la penicilina G.
- Conclusión: la difteria sigue siendo

endémica en Brasil y los profesionales deben ser conscientes de la posibilidad de que surjan casos atípicos de infección por *C. diphtheriae*, incluyendo faringitis sin formación de pseudo-membrana.

**25** Pellegrino P, Carnovale C, Pozzi M, Antoniazzi S, Perrone V, Salvati D, Gentili M, Brusadelli T, Clementi E, Radice S. 2014. On the relationship between human papilloma virus vaccine and autoimmune diseases. *Autoimmunity Reviews.* 13: 736–741.

- La vacuna contra el papiloma humano se introdujo para reducir la incidencia de cáncer cervical.
- Junto con la introducción de las vacunas bivalentes y tetravalentes contra el VPH, varios casos de exacerbación de enfermedades autoinmunes aparecen, lo que provocó preocupaciones acerca de su seguridad. Sin embargo, este programa de vacunación se ha introducido en una población de alto riesgo para la aparición de enfermedades autoinmunes, por lo que es difícil evaluar el papel de la vacuna en estos casos. Así pues hemos analizado y revisado exhaustivamente todos los informes de casos y estudios relativos a cualquier aparición de una enfermedad autoinmune en el sujeto vacunado.
- En unos pocos casos se ha establecido una relación causal, y el balance riesgo-beneficio de la vacuna aún está por resolver.

- La vigilancia en curso para la seguridad de esta vacuna sigue siendo por lo tanto de suma importancia.

Los autores de este artículo también añaden un cuadro de mensajes claves del estudio, en el cual se incluye el siguiente:

- La decisión de vacunar contra el VPH es una de carácter personal y no debe ser implementada en nombre de la salud pública. El VPH no es una enfermedad letal en 95% de las infecciones, y el otro 5% es detectable y tratable en la etapa precancerosa.

**26** Kanduc D. 2009. Quantifying the possible cross-reactivity risk of an HPV16 vaccine. *Journal of Experimental Therapeutics and Oncology*. 8: 65-76.

- **Antecedentes:** Los posibles efectos adversos asociados con la vacunación contra enfermedades infecciosas, subrayan la necesidad de analizar y definir el riesgo de las vacunas. Nosotros utilizamos como modelo el proteoma HPV16 y cuantificamos sus riesgos reales y teóricos de la vacunación contra HPV16. También definimos el espectro de enfermedades cruzadas concomitantes que se pueden dar en el organismo como resultado de la vacunación.
- **Métodos:** Buscamos la secuencia primaria del proteoma HPV16 y buscamos secuencias heptaméricas compartidas con proteínas humanas

utilizando el Protein International Resource Database.

- **Resultados:** El proteoma humano contiene 82 heptapéptidos y dos octapéptidos encontrados en HPV16 también. Estas secuencias compartidas con el proteoma humano son proteínas involucradas en la diferenciación celular, el crecimiento, y la regulación neurosensorial. Específicamente, encontramos secuencias heptaméricas compartidas con la vacuna en proteínas humanas como: moléculas de adhesión, antígenos de diferenciación de leucocitos, enzimas, proteínas asociadas con la espermatogénesis, factores de transcripción y antígenos neuronales.
- Estas secuencias compartidas hacen que la aparición de reacciones cruzadas autoinmunes después de la vacunación a base de HPV16 sea casi inevitable.
- **Conclusiones:** Cualquier vacuna basada en antígeno necesita ser diseñada minuciosamente y tiene que evaluarse sus posibles efectos secundarios basada en la secuencia del antígeno y su comparación a nivel molecular con proteínas humanas.

**27** Chang J, Campagnolo D, Vollmer TL, Bomprezzi R. 2011. Demyelinating disease and polyvalent human papilloma virus vaccination. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 82(11): 1296-1298.

- La vacuna polivalente contra el VPH, Gardasil, ha generado mucha controversia desde su creación, ya que se han reportado relaciones entre su administración y la subsecuente aparición de enfermedades autoinmunes, tales como encefalomielitis diseminada aguda, esclerosis múltiple y síndrome de Guillain Barre.
- Nos encontramos con dos casos con presentación inicial de desmielinización del SNC seguidos en estrecha relación temporal a la administración de Gardasil. Discutimos su posible asociación.
- Los autores concluyen que es muy probable que en estos casos haya individuos genéticamente predispuestos a montar una respuesta inmunitaria exagerada a la administración de una vacuna. Esto puede culminar, pues, en una autoinmunidad.
- Creen que es importante recoger más casos para poder documentar los efectos adversos de la vacuna y determinar su seguridad y eficacia.

**28** Sutton I, Lahoria R, Tan IL, Clouston P, Barnett MH. 2009. CNS demyelination and quadrivalent HPV vaccination. *Multiple Sclerosis*. 15: 116–119.

- La vacunación se considera segura generalmente en pacientes con esclerosis múltiple. Presentamos cinco pacientes con síndromes desmielinizantes multifocales o atípicos, generados 21 días

después de la inmunización con la vacuna tetravalente del VPH.

- Aunque la población objetivo, mujeres jóvenes, es una población de alto riesgo inherente para la esclerosis múltiple, la asociación temporal con eventos desmielinizantes en estos cinco casos pueden explicarse por las potentes propiedades inmuno-estimuladoras de la vacuna.

**29** Tomljenovic L, Shaw CA. 2012. Death after Quadrivalent Human Papillomavirus (HPV) Vaccination: Causal or Coincidental? *Pharmaceut Reg Affairs*. S12:001.

- Es necesario entender el verdadero riesgo que conllevan las vacunas para prevenir efectos adversos innecesarios. Aun y así, a fecha de hoy, no hay evidencias sólidas o criterios establecidos para determinar cuáles de los efectos adversos tienen como causa las vacunas.
- Queremos determinar si algunas de las enfermedades autoinmunes y neurológicas que aparecen después de la vacuna contra el VPH tienen una relación coincidente o causal. Utilizamos evidencia inmunohistoquímica para evaluar la posible relación.
- Muestras post-mortem de tejido cerebral de dos mujeres jóvenes que padecieron síntomas relacionados con vasculitis cerebral, posterior a la administración de la vacuna Gardasil, fueron examinadas con varios marca-

dores inmunoinflamatorios. También marcamos muestras con anticuerpos contra los antígenos HPV-16L1 y HPV-18L1, presentes en Gardasil.

- En ambos casos, la autopsia no reveló ningún resultado anatómico, microbiológico o toxicológico que pudiese explicar la muerte de estas mujeres.
- No obstante, nuestro análisis inmunohistoquímico mostró evidencia de una vasculitis autoinmune, potencialmente desencadenada por una reacción cruzada de los anticuerpos contra HPV-16L1 uniéndose a la pared de los vasos sanguíneos cerebrales en todas las muestras. También detectamos la presencia de partículas de HPV-16L1 dentro de la vasculatura cerebral, algunas de ellas adheridas a la pared vascular.
- Los anticuerpos contra HPV-18L1 no se adherieron a los vasos cerebrales o cualquier otro tejido neuronal.
- La inmunohistoquímica también reveló un incremento en la señalización de las células T y una activación marcada en la cascada clásica del complemento en tejidos vasculares cerebrales en ambos casos.
- Este patrón de activación del complemento, en ausencia de una infección cerebral activa, indica un funcionamiento alterado del sistema inmunitario de tipo autoinmune.
- Nuestro estudio sugiere que las vacunas contra el VPH que contienen antígenos HPV-16L1, suponen un riesgo para la aparición de vasculopatías autoinmunes.
- Implicaciones prácticas: Muchos síntomas reportados sobre la seguridad de la vacuna en las bases de datos son indicadoras de vasculitis cerebral, pero no se reconocen como tal: migrañas intensas y persistentes, síncope, convulsiones, temblores... De aquí surge una grave preocupación, considerando nuestros resultados. El personal sanitario debe ser consciente de esta asociación.

# ANEXOS

## CONTRAINDICACIONES Y VACUNAS

### Contraindicaciones relativas

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

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

### Contraindicaciones absolutas

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

Inmunodeficiencias (congénita, adquirida, utilización de corticoides, de inmunoterapia pasiva, presencia de tumor, etc).

Encefalopatía evolutiva y no evolutiva (convulsión, epilepsia, letargia, somnolencia, irritabilidad, lloros, gritos, hipercinesia, apnea, hipoapnea, etc).

Reacción anafiláctica.

Hipersensibilidad a la neomicina, kanamicina, polimixina, estreptomina, lactosa, polisorbatos, mercurio, aluminio, boratos, latex, albúmina, gelatina, formaldehido, fenoxietanol.

Alteraciones de la coagulación (hemorragia o trombosis).

Grupo sanguíneo Cero, B.

Marcadores HLA: DR3, B7, A3, DR2-7, DW17

Antecedentes familiares o personales de encefalopatía, diabetes, alergia, nefrosis.

# ENCUESTA PREVACUNAL

Es un cuestionario sencillo y básico de 10 preguntas publicado por el Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) en el año 2.002 y que no se aplica en la actualidad.

Una vez llevada a cabo la encuesta se incorpora a la historia médica y sirve para valorar si está indicada o no la vacunación.

1. ¿Ha estado enferma o ha sufrido diarrea importante en las últimas 24 horas?
2. ¿Tiene o ha tenido fiebre superior a 38'5°C en las últimas 24 horas?
3. ¿Toma algún medicamento?
4. ¿Recibe tratamiento por sufrir alguna enfermedad?
5. ¿Ha recibido alguna transfusión de productos hemáticos?
6. ¿Se le ha administrado alguna vacuna o gammaglobulinas?
7. ¿Hay alguna persona en el hogar que sufra cáncer, leucemia o alguna inmunodeficiencia?
8. ¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?
9. ¿Ha presentado alguna reacción grave a anteriores vacunas?
10. En el caso de ser mujer, ¿está embarazada?

## Referencia bibliográfica

Cuadernos de la buena praxis. Guía de actuación en la aplicación de las vacunas. Colegio de Médicos de Barcelona. Enero 2002.



# CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VACUNACIÓN. EL DERECHO A DECIDIR

## Observaciones

El consentimiento informado es un documento exclusivamente dirigido al personal sanitario o representante de la administración que de manera insistente quiere vacunar.

La vacunación es un acto médico y como tal ha de llevarse a cabo con toda la información existente.

Este documento será presentado por el ciudadano, los progenitores, los adoptantes o los tutores y firmado por el Agente de salud o la Administración para que asuma su responsabilidad ante los daños o perjuicios antes, durante o después de la vacunación.

Siempre se firmará por duplicado. Un original será para el paciente y el otro para el Agente de salud o Administrador. (Ver muestra en la página siguiente).

Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)  
[www.vacunacionlibre.org](http://www.vacunacionlibre.org)

## **Datos del Agente de salud o Administrador**

Nombre:

Apellidos:

Nº Colegiación:

Provincia de Colegiación:

Dirección postal:

E-Mail:

## **Datos del paciente**

Nombre:

Apellidos:

Dirección postal:

E-Mail:

Según el artículo 15, 17 y 18 de la Constitución española y la legislación estatal en los artículos 2, 10.1A, 10.9A y 28, dónde se ve reflejada la importancia de la preservación de la buena salud, la autonomía, la libertad y el derecho a la intimidad de cada paciente.

Certifico que la administración de este medicamento no es obligatoria y, por lo tanto, es recomendada por la autoridad médica de cabecera asignada a la/el paciente.

Después de haber estudiado los posibles efectos adversos de las vacunas (neurológicos, alérgicos, autoinmunes e infecciosos), incluyendo los que no constan en el prospecto correspondiente, e igualmente los que podrían aparecer a corto, a medio y a largo plazo referidos o no en la bibliografía internacional.

Certifico que el paciente no se expone a ningún riesgo en su salud tras la administración de cualquiera de las vacunas recomendadas en el calendario vacunal español.

Para que así conste a efectos del paciente.

Fecha y firma del Agente de salud o del Administrador.

# FICHA DE LA VACUNA TRIPLE VÍRICA (XRP)

## Fecha de elaboración

2017

## Referencias bibliográficas

Prospecto Informativo Sanofi Pasteur MSD (Año 2013)

## Tipos de vacunas

MMR VAX, ROR VAX, PRIORIX.

## Componentes conocidos

- Virus del sarampión.
- Virus de las paperas.
- Virus de la rubéola.
- Sorbitol.
- Fosfato sódico potásico.
- Sacarosa.
- Gelatina.
- Ácidos aminados.
- Vitaminas.
- Glutamato.
- Neomicina 25 microgramos.
- Rojo fenol.
- Bicarbonato sódico.
- Ácido clorhídrico.
- Hidróxido sódico.
- Carbonato de sodio.
- Albúmina humana.
- Residuos de huevo de embrión de pollo.
- Trazas de fibroblastos pulmonares.
- Lactosa.
- Manitol.

## Reacciones adversas posvacunales

- Reacción alérgica aguda y crónica.
- Encefalitis, autismo, epilepsia, mielitis, meningitis aséptica o tóxica y estado de coma.
- Sarampión, rubeola, paperas o gripe.
- Diarrea, vómitos, enteritis o colitis.
- Neuritis óptica y neuritis auditiva.
- Artritis.
- Enfermedad autoinmune y vasculitis: diabetes, desmielinización, tiroiditis, nefropatía.
- Alteración en la coagulación.

## Observaciones

Seremos prudentes si presentamos alergia a algunos de los muchos componentes de dicha vacuna, incluso si tenemos alergia al huevo.

No tomemos la vacuna si queremos quedarnos embarazadas, si tenemos una tuberculosis activa, si tenemos antecedentes de una deficiencia inmunitaria, si tenemos antecedentes de convulsiones o epilepsia y si estamos sufriendo un cáncer.

Si hemos pasado la enfermedad tampoco vacunaremos.

Entre la prueba de la tuberculina y la vacunación triple vírica ha de haber un espacio de al menos 4-6 semanas.

## Fabricantes

Sanofi Pasteur MSD y GlaxoSmithKline.

# FICHA DE LA VACUNA INFANRIX

## Fecha de elaboración

2017

## Referencias bibliográficas

Prospecto Información Infanrix (Año 2011) de GlaxoSmithKline.

## Tipos de Vacunas

- Infanrix, Infanrix-Hib, Infanrix-IPV, Infanrix Hep B, Infanrix-IPV- Hib, Infanrix Hexa, Tetravac, Pentavac y Hexavac.
- La vacuna Infanrix Hexa es la más utilizada actualmente en España.
- Incluye Difteria, Tétanos, Tosferina, Polio, Hib y Hepatitis B.

## Composición Vacuna Infanrix

### Hexa

- Anatoxina tetánica.
- Anatoxina diftérica.
- Anatoxina tosferina.
- Polisacáridos Hib.
- Ag. virus Hepatitis B.
- Ag. virus Polio.
- Lactosa 12.600 microgramos ( $\mu\text{g}$ ).
- Cloruro de sodio 4.500  $\mu\text{g}$ .
- Fenoxietanol 2.500  $\mu\text{g}$
- Hidróxido de Aluminio + Fosfato Aluminio, desde 500 hasta 2.500  $\mu\text{g}$ .
- Polisorbato 20 y 80.
- Cloruro de potasio.
- Formaldehído.

- Glicina.
- Antibióticos: neomicina y polimixina.
- Glifosato.

## Reacciones adversas postvacunales

- Infecciones como tosferina, haemofilus influenza, polio, difteria, hepatitis e infecciones repetitivas.
- Linfadenopatías.
- Lesión renal e insuficiencia renal.
- Bronquiolitis, Incremento de la mucosidad y Asma.
- Encefalitis: irritabilidad, somnolencia, autismo, TDAH, regresión en la maduración, cambio en el apetito, cambios en la personalidad y en el contacto visual, convulsiones y epilepsia, modificaciones del tono muscular, hipotonía, narcolepsia, apneas y cambio del ritmo sueño- vigilia.
- Eccema, dermatitis atópica, empeoramiento de la psoriasis y urticaria.
- Muerte Súbita.
- Cambios en coagulación de la sangre.
- Trastornos del metabolismo del hueso.
- Alteraciones digestivas: diarrea, enteritis y colitis.

## Observaciones

- La vacunación debe ir precedida de una revisión del historial médico y de un examen clínico.
- Tenga especial cuidado si su hija tiene una enfermedad cerebral no

diagnosticada, en evolución descontrolada o presenta convulsiones o ataques cuando tiene fiebre, si presenta claros antecedentes familiares de convulsión o epilepsia.

- Cuidado si su hijo tiene problemas de coagulación.

Sin embargo, los trípticos de los Departamentos de Sanidad y Seguridad Social hacen caso omiso de las observaciones que hacen los fabricantes y sólo nombran la fiebre, la inflamación local y el malestar como efectos adversos.

### **Fabricantes**

GlaxoSmithKline

Aventis Pasteur MSD

## **FICHA DE LA VACUNA DE LA VARICELA**

### **Fecha de elaboración**

Octubre 2015

### **Presentaciones**

Actualmente existe como monovacuna y se conocen en el mundo bajo el nombre de Varilrix y Varivax o Provarivax (ésta es la que se utiliza actualmente en España).

Se trata de vacunas con virus atenuados que se inyectan en una

primera dosis y la segunda entre 4-8 semanas de la primera.

### **Componentes conocidos**

- Virus de la varicela atenuados (no indica en el prospecto con qué anestésicos) cuya cepa ha sido cultivada en células diploides humanas.
- Lactosa (32 mg.) o Sacarosa.
- Sorbitol (6 mg), Manitol (8 mg).
- Ácidos aminados (6mg).
- Albúmina humana (1.000microg).
- Gelatina hidrolizada.
- Urea.
- Cloruro de sodio y de potasio.
- L- glutamato monosódico.
- Fosfato de sodio y fosfato de potasio.
- Suero bovino de ternera.
- Trazas de componentes residuales de células MRC-5, de ADN y de proteínas.
- Neomicina (25microg).
- Thiomersal (no indicado en el prospecto).

### **Reacciones adversas postvacunales**

- Reacciones en 1 de cada 10 dosis o niños vacunados: fiebre, infección respiratoria, hinchazón o edema en la zona inyectada, picor corporal, erupción cutánea, irritabilidad y varicela.

De cada 10 dosis 7 niños pasarán la varicela dentro de los 42 días tras la vacunación.

- Reacciones en 1 de cada 100 dosis o niños vacunados: congestión nasal y ocular, broncorrea, dolor en garganta, infección de oído, pérdida de apetito, vómito, dolor de estómago, diarrea, gripe, varicela, fiebre, urticaria, hiperpigmentación, dermatitis, cefalea, somnolencia, llanto, hormigueo, alteración del sueño, malestar en general, reacciones alérgicas con riesgo para la vida, hematomas, debilidad y fatiga.
- Reacciones en 1 de cada 1.000 o 1 de cada 10.000 dosis o niños vacunados: alteración de la coagulación y hemorragias, accidente cerebrovascular, pérdida de emociones, nerviosismo y agitación, convulsiones, alteración de la marcha, tortícolis, cambios en la temperatura corporal, edemas, infección respiratoria y pulmonar, dolor muscular, artritis, fotosensibilización, eccema, dermatitis, candidiasis, dolor de estómago.
- Personas en tratamiento con corticoides e inmunosupresores.
- Se deberá evitar el embarazo en los 3 meses siguientes a la vacunación.
- No se podrán tomar salicilatos o aspirina dentro de las 6 semanas posteriores a la vacunación.

### **Fabricantes**

Sanofi Pasteur MSD y GlaxoSmithKline.

### **Contraindicaciones**

- Sensibilidad a alguno de los componentes o alergia manifiesta.
- Alteraciones en la sangre (coagulación y hemorragias, leucemia, linfoma)
- Cáncer activo.
- Tuberculosis activa.
- Proceso febril o gripal.
- Personas con deficiencia inmunitaria.

# Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Posvacunales

Dr. Jesús Albillo  
Tel. 951 033 754  
Málaga

Dr. Gerardo Angulo  
Tel. 944 234 149  
Bilbao

Dr. Pedro Arangüena  
Tel. 986 416 321  
Vigo

Dr. Anselmo Barandiarán  
Tel. 943 004 704  
Donosti (Guipúzcoa)

Dra. Caterina Bonnin  
Tel. 971 728 179  
Palma de Mallorca

Dr. Andreu Forteza  
Tel. 971 206 566  
Palma de Mallorca

Carme Fradera  
E-mail: carmefradera@yahoo.es  
Tel. 972 268 168  
Olot, Girona

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

Dra. Begoña García-Calvo  
Tel. 915 718 113.  
Madrid

Dra. Coro Goitia  
E-mail: corogoitiaispizua@gmail.com  
Tel. 945 175 905. Vitoria  
Tel. 944213499. Bilbao

Dr. Isidre Lara  
Tel. 971 206 566  
Palma de Mallorca

Dra. Margalida Miquel-Gomara  
Tel. 971 760 272  
Esporles, Mallorca

Dr. Joan Mora  
Tel. 972 202 803  
Girona  
Dra. Montse Noguera  
Tel. 934 191 716  
Barcelona

Anna Plà  
Tel. 932 458 863  
Barcelona

Dr. Joaquim Peleteiro  
Tel. 971 206 566  
Palma de Mallorca

Dra. Esther Sagredo  
E-mail: cmzabalburuesther@gmail.com  
Tel. 944 213 499  
Bilbao

Dr. Rodolfo de la Torre  
Tel. 922 288 524  
Sta Cruz de Tenerife

Anna Vallés  
E-mail: anna.valles.r@gmail.com  
Tel. 932 850 035  
Barcelona

# Red Española de Información sobre Vacunas

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

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

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

Arangüena, Pedro  
c/ Celso Emilio Ferreiro, 5. 36203. Vigo  
Tel. 986416321  
E-mail: pap232000b@hotmail.com

Argudo, Ramón  
c/ Plaza San Antolín, 4, 1º. 30005. Murcia  
E-mail: ramonargudo@yahoo.es

Argüelles, Concepción  
Tenerife  
E-mail: conchaprendes@gmail.com

Asociación AMA2  
Kiko Valle  
Sevilla  
Tel. 650644950

Asociación Amorangueira  
E-mail: amorangueira@gmail.com  
Baroña. A Coruña. Galiza

Asociación Titània-Tascó  
c/ Llibertat, 47, baixos. Barcelona  
Tel. 934266559  
E-mail: pepidominguez\_8@hotmail.com

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

Bizkarra, Karmelo  
Zuhaizpe-Las Casetas. 31177. Arizaleta  
Tel. 948542187  
E-mail: zuhaizpe@zuhaizpe.com

Bruderer, Hannah (Comadrona homeópata)  
Ponferrada (León)  
Tel. 687617445

Clemen, Ulrike (Naturista y homeópata)  
E-mail: ulrikeclemen@gmx.net  
Besalú (Girona)

Codina, Àngels  
Andorra  
Tel. 376865850. Llamar de 21 a 21:30h.

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

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

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

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

Fuentes, María (Médica)  
Arcos de la Frontera (Cádiz)  
E-mail: secretaria@mariafuente.es

García de Simón, Eloy  
(Osteópata. Fisioterapeuta)  
Valladolid (capital)  
E-mail: eloygarcias@gmail.com

Gil Moreno, Jesús (Socio Liga)  
c/ Vara de Rey, 44 5º B. 26002. Logroño  
Tel. 941255273  
E-mail: jesusgilmoreno@yahoo.es

Gispert, Montse (Médico)  
Salt (Girona)  
E-mail: mgispertnegrell@yahoo.es



Goitia, Coro  
c/ Zabálbaru, 4, 1ª. 48010. Bilbao  
Tel. 944213499  
E-mail: jtorrezabal@terra.es

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

González, Roberto  
c/ Félix Latasa, 14 pral. A. 50006. Zaragoza  
Tel. 976359538  
E-mail: roberto\_gonzalez@infonegocio.com

Guerrero, Alicia (Colaboradora Liga)  
E-mail: lavioleteradeelche@yahoo.es  
Elche (Alicante)

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

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

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

Losada, Susana (Terapeuta)  
Noia, A Coruña, Galiza  
E-mail: sulogo@icloud.com

Madrazo, Rebeca ( Doula)  
E-mail: lakumpania.santander@gmail.com  
Santander (Cantabria)

Marcos, Carmen  
c/ Amesti, 16 3º pl. Dep. 7. 48990. Guetxo  
Tel. 944604046  
E-mail: zuazquita59@yahoo.es

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

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

Martínez, José  
Badajoz  
E-mail: martinezpescador@gmail.com

Mateo, Coral (veterinaria)  
Gijón  
E-mail: coralmateo@telefonica.net

Montserrat, Rosa  
Reus (Tarragona)  
E. mail: rosa.montserrat@yahoo.es

Moreno, Almudena  
Los Madroños. 12594. Castellón  
Tels. 974706058. 646308307

Pérez, Margarita (Pediatra)  
Madrid  
E-mail:  
homeopatiaypediatria@gmail.com

Pla, Anna  
c/ Valencia, 472 3º 3ª. 08013. Barcelona  
Tel. 932458863

Peleteiro, Joaquín  
c/ Poador, 53. 07340. Alaró  
Tel. 971208766

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

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

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

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

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

# Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo

## **EUROPEAN FORUM FOR VACCINES VIGILANCE (EFVV)**

<http://www.efvv.eu/>

## **ALEMANIA**

EFI Marl  
Birgit FRANKHÄNEL  
Sickingmülher Str. 92  
45768 Marl  
[www.efi-marl.de](http://www.efi-marl.de)

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

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

Colette LEICK-WELTER, PhD  
Kohlmeisenstieg 10  
D 22399 Hamburg  
E-mail: [Colette.welter@tiscali.de](mailto:Colette.welter@tiscali.de)

## **ARGENTINA**

Eneko Landáburu  
Misiones  
E-mail: [enekolan@gmail.com](mailto:enekolan@gmail.com)

Eduardo YAHBES  
[www.librevacunación.com.ar](http://www.librevacunación.com.ar)  
E-mail: [info@librevacunacion.com.ar](mailto:info@librevacunacion.com.ar)  
E-mail: [eduardoyahbes@gmail.com](mailto:eduardoyahbes@gmail.com)

## **AUSTRALIA**

Viera SCHEIBNER  
178 Govetts Leap Road  
Blackhealth NSW 2785  
E-mail: [vscheibner@mpx.com.au](mailto:vscheibner@mpx.com.au)

Ian SINCLAIR  
E-mail: [ian@vaccinationdebate.com](mailto:ian@vaccinationdebate.com)  
[www.vaccinationdebate.com](http://www.vaccinationdebate.com)

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

## **AUSTRIA**

Petra CORTIEL  
Stauffenstr. 9A  
5020 Salzburg  
E-mail: [cortiel@salzburg.co.at](mailto:cortiel@salzburg.co.at)

AEGIS Österreich  
Dr Johann LOIBNER  
A 8563 Ligist  
E-mail: [info@aegis.at](mailto:info@aegis.at)  
[www.aegis.at](http://www.aegis.at)

## **BELGICA**

Dr Kris GAUBLomme  
Bostraat 74/6  
Hasselt  
E-mail: [kris.gaublomme@telenet.be](mailto:kris.gaublomme@telenet.be)  
[www.vaccinatedamage-prevention.org](http://www.vaccinatedamage-prevention.org)

Preventie Vaccinatieschade vzw (PVS)  
E-mail: [info@vaccinatieschade.be](mailto:info@vaccinatieschade.be)  
[www.vaccinatieschade.be](http://www.vaccinatieschade.be)

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

## **BOLIVIA**

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

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

Vivi Camacho  
Cochabamba  
E-mail: camachovivian@gmail.com

## **BRASIL**

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

## **CANADA**

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

## **COLOMBIA**

Juan Manuel Martínez Méndez MD.  
Cra. 10 # 8-93 Cons. 301 - CHÍA  
Tel. 5718630876  
E. mail: jmmartin61@hotmail.com

## **CROACIA**

SUZANA PEŠA VUČKOVIĆ  
Hrvatska udruga za promicanje prava paci-  
jenata (Croatian Association for the Promo-  
tion of Patients' Rights)

Čajkovskog 5, SPLIT, CROATIA  
Mail: suzana\_pesa@yahoo.com  
FB community Cijepljenje – pravo izbora ht-  
tps://www.facebook.com/pravoizbora  
info@cijepljenje.info  
Tel. 385 98 829 883

## **DINAMARCA**

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

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

## **ESLOVENIA**

FoCA – The Freedom of Choice Association  
Primoz VERBIC - Pot v Mocilnik 2-1360 VR-  
HNIKA  
Tel: 386 - 40 319 744  
E-mail: primoz.verbic@gmail.com  
www.svood.org  
E-mail: info@svood.org

## **ESPAÑA**

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

Afectados del Mercurio Vacunas (AVA)  
Ana Medina  
E-mail: autismoava@gmail.com  
www.autismoava.org  
Barcelona

Afectados Vacuna Papiloma (AAVP)  
Alicia Capilla  
E-mail: asociacion@aavp.es  
Valencia

Afectados por las Vacunas (Familias con hijos afectados por Vacunas)

Jose Antonio Narvéz (Badajoz) y

Federico Apellániz (Málaga)

E-mail:

afectados@afectadosxvacunas.org

Miguel JARA (Periódico electrónico Medicamentos)

Madrid

E-mail: migueljara@gmail.com

Revista Discovery

Antonio MURO

Madrid

E-mail: kuffet@gmail.com

Máximo SANDIN

Microbiología

E-mail: maximo.sandin@uam.es

Madrid

## **ESTADOS UNIDOS**

National Vaccine Information Center (NVIC)

Barbara LOE FISCHER & Kathi WILLIAMS

421-E Church Street

Vienna, VA 22180

www.nvic.org

Vaccination Information And

Liberation-South Florida Chapter

PO Box 293144

Fort Lauderdale, Florida 33329

E-mail: educate@vacinfo.org

www.vacinfo.org

Tim O'SHEA

New West 60, 13 St.

San José, California 95112

E-mail: doc@thedoctorwithin.com

www.thedoctorwithin.com

Sandy MINTZ

Anchorage (Alaska)

www.vaccinationnews.com

## **FINLANDIA**

Rokotusinfo ry (Finnish Vaccine Information Society)

Retkeilijänkatu 10 B 15

FI-00980 Helsinki

www.rokotusinfo.fi

E-mail: rokotusinfo@rokotusinfo.fi

## **FRANCIA**

ALIS

Presidente: Marc Vercoutère

E-mail: siege@alis-france.com

www.alis-france.com

LLigue Nationale (LNPLV)

Presidenta: Jacqueline Hirigoyenberry

3, impasse du Miracle

74650 Chavanod

## **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

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  
GRT. K. 52053 (Allemand/grec)  
E-mail: krebs@otenet.gr

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

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

## **HUNGRIA**

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

## **IRLANDA**

IRISH VACCINATION AWARENESS  
Catherine Weitbrecht  
Letterbarrow  
Donegal Town. Co Donegal  
ctweitbrecht@gmail.com  
irishvaccinationawareness@outlook.com

## **ISLAS FIDJI**

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

## **ISRAEL**

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

Brain Damaged Children Rehabilitation As-  
sociation  
PO Box 484  
Kefar Saba 44 104

## **ITALIA**

Associazione COMILVA  
(Coordinamento del Movimento Italiano  
per la Liberta delle Vaccinazioni)  
E-mail: comilva@comilva.org  
www.comilva.org

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

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

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

## **LUXEMBURGO**

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

## **MEXICO**

María del Rosario Sánchez (Médica)  
E-mail: rosariohom@hotmail.com

## **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

## **PAISES BAJOS**

NVKP (Nederlandse Vereniging Kritisch Pri-  
kken)  
www.nvkp.nl

Stichting Vaccinatieschade  
www.vaccinatieschade.nl

## **PERÚ**

Ana Belén Colonia (Nutricionista)  
Lima  
E-mail: anabelencori@gmail.com

Augusto Grandez (Psicólogo)  
Lima  
E-mail: ottug61@yahoo.com

Diana Ochoa (Nutricionista)  
Lima  
E-mail: diana\_55\_7@hotmail.com

Elsa Goycochea (Enfermera)  
Lima  
E-mail: elsie8000@yahoo.es

Godofredo Arauzo ( Médico)  
Información Vacuna Papiloma Humano  
E-mail: godo.ara@gmail.com

## **SERBIA**

Dragana Tadic  
Mail: efv.v@vakcinainfo.org

Dragana Timotic  
E-mail: draganatimotic10@gmail.com  
Kraljice Marije 49, Belgrade

## **SUECIA**

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

## **SUIZA**

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

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

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

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

"Propio de la condición humana es la enfermedad de creer a los demás de impíos, no a nosotros mismos, porque nadie reconoce sus propios errores". Miguel Servet (Villanueva de Sigena, 1511 – Ginebra, 1553). Descubridor de la Circulación Pulmonar.

"El sueño de la razón produce monstruos". Goya (Fuendetodos, 1746 – Burdeos, 1828). Episodios nacionales.

"Aún en las ciencias más perfectas nunca deja de encontrarse alguna doctrina exclusivamente mantenida por el principio de la autoridad". Ramón y Cajal (Petilla de Aragón, 1852 – Madrid, 1934). Premio Nobel.

"La verdadera ciencia enseña, por encima de todo, a dudar y a ser ignorante". Francesc Ferrer i Guardia (Barcelona, 1859 – Barcelona, 1909). Fundador de la Escuela Racional.

"Es más fácil morir por una idea y, aún añadiría, que menos heroico, que tratar de comprender las ideas de los demás". Gregorio Marañón (Madrid, 1887 – Madrid, 1960). Padre de la Endocrinología.

"Primero el hombre aprende en la vida a andar y a hablar. Más tarde a sentarse tranquilo y a mantener la boca cerrada". Severo Ochoa (Luarca, 1905 – Madrid, 1993). Premio Nobel.



[vacunacionlibre.org](http://vacunacionlibre.org)