



EDITORIAL



¿LLEVAN MERCURIO O TIOMERSAL LAS VACUNAS DEL CALENDARIO VACUNAL EUROPEO?

El tiomersal, timerosal o etil de mercurio es un derivado del mercurio fabricado en los laboratorios norteamericanos Lilly en el año 1928 con una función antiséptica para preservar cualquier fármaco de la contaminación microbiana.

Es una molécula compleja con dos componentes químicos: 60% de aspirina o ácido acetil salicílico y 40% de etilmercurio.

Desde 1940 hasta el 2006 se utilizó ampliamente en veterinaria y en medicina. Formó parte de los colirios, antisépticos y, ampliamente, de todas las vacunas víricas y bacterianas.

En veterinaria se abandonó su uso en 1996 y en medicina se redujo su uso en Europa y Norteamérica a partir del 2006.

Todavía las vacunas presentan altos niveles de tiomersal en los continentes asiático, africano, austral y en gran parte del continente americano.

Fue a partir de la ordenanza de la Agencia Europea del Medicamento (AEM) del 2000 cuando los diversos países europeos comenzaron a retirar el mercurio de los colirios y de los antisépticos (mercromina) y a disminuir la cantidad de etilmercurio en las vacunas tanto animales como humanas. Desde el año 1940 se conocían las acciones de este mineral a nivel vegetal, animal y humano. Sin embargo, no interesó a los fabricantes ni a las autoridades sanitarias reconocer la alta toxicidad que producía en los seres vivos.

La química actual considera que tanto el metil (presente en la alimentación) como el etil mercurio (presente en las vacunas) que ya a partir de 0 microgramos (1000microgramos es 1 mg) constituyen un metal pesado altamente tóxico para los organismos vegetales y animales, el cual se elimina en las 6 semanas posterior a su ingesta e inoculación y que, combinado con antibióticos, otros metales pesados, con el aluminio, con el formaldehído y el sorbitol puede potenciar su toxicidad y, su eliminación puede ir más allá de las 24 semanas pudiéndose acumular progresivamente en el tejido nervioso.

Las publicaciones de la AEP (Asociación Española Pediatría), de la AEV (Asociación Española de Vacunología), de la AEE (Asociación Española de Epidemiología) y de la SEMP (Sociedad Española de Medicina Preventiva), aún hoy en día, minimizan los efectos adversos originados por las cantidades ínfimas o trazas (inferiores a 1 microgramo) del etilmercurio presentes en las vacunas.

Afirman que el mercurio se elimina rápidamente, que la cantidad presente en las vacunas es mínima y que no están demostradas dichas adversidades.

Desde 1956 se sabe que el mercurio puede afectar el riñón, crear reacciones alérgicas, y autoinmunes, generar encefalitis, desencadenar la muerte y atravesar las barreras placentarias y hematoencefálicas. Hasta el año 2006 en España y Europa las vacunas del calendario sistemático de vacunación en los 18 primeros meses de vida contenían 138´4 microgramos de mercurio.

Superaban 11 veces las cantidades permitidas por la FDA (Food and Drug Administration).

A partir del 2006 hasta febrero 2020 el calendario vacunal europeo en los primeros 18 meses de vida contiene 25 microgramos de mercurio.

Supera 2-3 veces las cantidades permitidas por la FDA.

Si a esta situación del etilmercurio de las vacunas añadimos el metil mercurio presente en la alimentación estamos ante una exposición tóxica alta y, en consecuencia, perjudicial para los seres vivos.

Hemos de aclarar que los fabricantes no están obligados a declarar el tiomersal en fabricación en cantidades, denominadas ínfimas o trazas, inferiores a 1 microgramo de timerosal.

Es por este motivo que cuando consultamos los prospectos de las vacunas no encontramos referencia alguna al tiomersal. Sólo se precisan las cantidades de mercurio cuando superan 1 microgramo.

Cuando la Liga para la libertad de la Vacunación (LLV) interpeló a partir del 2000 a estas asociaciones susodichas y a las autoridades sanitarias sobre las causas de la reducción del mercurio en las vacunas literalmente afirmaron, todos a la vez:” El motivo de la reducción del tiomersal en la fabricación de las vacunas responde a principios de precaución porque no hay evidencias científicas de la toxicidad del mercurio”

Consejo de Redacción LLV



Manifiesto: “Por un mundo sin vacunas”

https://www.peticion.es/manifiesto_por_un_mundo_sin_vacunas

El descubrimiento de la vacuna es el orgullo de la medicina moderna. Al parecer le debemos el claro retroceso de un montón de enfermedades infecciosas de los últimos cien años. En realidad, las vacunas no sólo son ineficaces para la prevención de las enfermedades, sino que, además, en muchos casos, son peligrosas y en todas las partes del mundo han causado ya infinidad de sufrimiento y han hecho enfermar a personas y animales.



Muchos pensaréis que todo esto es una gigantesca suposición, pero solamente porque hasta ahora os han privado de la información que demuestra con claridad la nocividad de las vacunas. Tampoco este hallazgo es nada nuevo, las vacunas se han criticado desde que existen. La novedad está en que ahora disponemos de datos de todo el mundo, y que cualquiera de nosotros puede acceder a ellos.

GARDASIL - CDC ha pagado a Maryland \$ 123 millones para promover la vacuna Gardasil como requisito para la asistencia a la escuela.

noviembre 2019

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgwxwDsFhvzJSSDfsjNnKQnmBDWZDq>

La Agencia de Promoción de la Salud y Prevención de Maryland (PHPA) ha recibido millones - \$ 123 millones de dólares sólo entre 2012-2017 - como parte de un esfuerzo para requerir a las escuelas públicas obligar a los niños a recibir la vacuna del virus del papiloma humano (VPH). Esos fondos llegaron en forma de becas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). El CDC mantiene una fundación sin fines de lucro que recibe enormes cantidades de dinero de las grandes farmacéuticas - incluyendo Merck, la compañía que produce Gardasil, la vacuna contra el VPH. Por lo menos, la aceptación de estos fondos de Maryland tiene la apariencia de incorrección.



Durante una PHPA-organizada por “simposio VPH” asistido por las prácticas pediátricas del Estado y empleados del Departamento de Salud de Maryland, en marzo de 2018, en Maryland, el orador principal - el Dr. Alix Casler - animó a los asistentes a ofrecer cenas gratis, botellas de vino, “Incentivos Calidad doctor \$” y bonos de ventas para conseguir que los médicos de Maryland subieran a

bordo del programa de vacunación contra el VPH. El Dr. Casler ofreció un pago en efectivo de \$ 5,000 a consultorios pediátricos que lograran objetivos de ventas dirigidos a vacunas contra el VPH. El Dr. Casler es un portavoz pagado por Merck - por una suma de más de \$ 59.000 sólo entre 2013 y 2016, según datos compilados por ProPublica. En 2016, la Asociación para la Prevención de Maryland - la cual, según las listas del Departamento de Salud de Maryland reconoce como su miembro superior - aceptó \$ 70.000 de la Asociación de Gestores de Inmunización (AIM). La parte superior de AIM “Miembros de Corporate Alliance” son Merck, Pfizer, Sanofi Pasteur y Seqirus. Ese mismo año, la legislación introdujo en Maryland el mandato de la inyección. En los EE.UU., sólo tres jurisdicciones han hecho obligatoria la vacuna del VPH: Rhode Island, Virginia y el Distrito de Columbia. Es evidente que, basados en el dinero y otros incentivos que se inyectan en nuestro sistema de políticas de salud pública, a las grandes empresas farmacéuticas les gustaría ver Maryland convertirse en el cuarto dispuesto a hacerlo.

Calendario de actividades

BILBO 25 DE ABRIL 2020



Taller sobre Vacunas.
Sábado 25 de abril de 2020.
e-mail: cmzabalburuesther@gmail.com

BARCELONA 5 DE MAYO DE 2020



Taller sobre Vacunas.
Martes 5 de mayo 2020.
e-mail: ecologiayvida2@gmail.com

La historia del aceite de coco en la destrucción de virus, incluidos los coronavirus

Brian Shilhavy Editor, Health Impact News

<https://healthimpactnews.com/2020/coconut-oils-history-in-destroying-viruses-including-coronaviruses/>

Las personas que viven en Filipinas, un país de islas no muy lejos de la costa de China, recuerdan muy bien la última vez que estalló una epidemia mortal de coronavirus en China.

Fue en 2003 cuando estalló el coronavirus SARS (síndrome respiratorio agudo severo) en China. Infectó a más de 7000 personas en China con más de 600 muertes registradas.

Incluso por su proximidad a China y la gran población china en la nación filipina de aproximadamente 80 millones de personas, sólo se informaron 14 casos de SARS con dos muertes registradas.

Canadá, a miles de kilómetros de distancia, tuvo muchos más casos y más muertes registradas debido a la infección por SARS de China que las islas vecinas de Filipinas.

Una de las teorías presentadas en ese momento sobre por qué el pueblo filipino tenía tan pocos casos, era el uso predominante de aceite de cocina en el país: el aceite de coco.

Filipinas es el mayor productor mundial de aceite de coco, y alrededor del 70% del aceite de coco del mundo se exporta desde el país.

Se sabe que los ácidos grasos de cadena media del aceite de coco, y principalmente el ácido láurico, destruyen los virus envueltos por los investigadores durante muchos años.

Dr. Fabian Dayrit, Ph.D. y la Dra. Mary Newport, MD, acaban de publicar un artículo sobre el potencial del aceite de coco para combatir también el nuevo coronavirus que actualmente infecta a las personas en China.

El potencial del aceite de coco y sus derivados como agentes antivirales eficaces y seguros contra el nuevo coronavirus (nCoV-2019) por [Fabian M. Dayrit, Ph.D. y Mary T. Newport, MD](#) Universidad de Anteneo De Manila



Lea la investigación del profesor emérito Dr. Fabian Antonio Dayrit (GS'67, HS'71, BS Chemistry '75) y la Dra. Mary Newport de Spring Hill Neonatology, Inc. sobre el uso potencial del aceite de coco como agente antiviral seguro contra el nuevo coronavirus. Mientras escribimos esto, la Organización Mundial de la Salud ha declarado una emergencia mundial por el nuevo coronavirus, nCoV-2019, que se ha extendido más allá de China. Todavía no hay cura para nCoV-2019. Se ha demostrado que nCoV-2019 está relacionado con el SARS (Zhou *et al.*, 2020), un coronavirus que causó un brote en 2003.

Varios investigadores han estado diseñando medicamentos para atacar específicamente las enzimas proteasas en el coronavirus, pero la prueba de estos medicamentos está a muchos meses de distancia. ¿Qué sucede si hay un candidato para el tratamiento contra el coronavirus que ya podría estar disponible y cuya seguridad ya está establecida?

El ácido láurico (C12) y la monolaurina, su derivado, se sabe desde hace muchos años que tienen una actividad antiviral significativa. El ácido láurico es un ácido graso de cadena media que constituye aproximadamente el 50% del aceite de coco; La monolaurina es un metabolito que las enzimas del cuerpo producen naturalmente al ingerir aceite de coco y también está disponible en forma pura como suplemento.

Se ha demostrado que el lauril sulfato de sodio, un surfactante común que está hecho de ácido láurico, tiene potentes propiedades antivirales. El ácido láurico, la monolaurina y el laurilsulfato de sodio (que también se conoce como dodecil sulfato de sodio) se utilizan en una amplia gama de productos por sus propiedades antivirales.

Mecanismos de acción

Se han propuesto tres mecanismos para explicar la actividad antiviral del ácido láurico y la monolaurina: Primero, causan la desintegración de la envoltura del virus; segundo, pueden inhibir la etapa de maduración tardía en el ciclo replicativo del virus; y tercero, pueden evitar la unión de proteínas virales a la membrana de la célula huésped.

1. Desintegración de la membrana del virus. Las actividades antivirales del ácido láurico y la monolaurina fueron notadas primero por Sands y colaboradores (1979) y luego por Hierholzer y Kabara (1982). En particular, Hierholzer y Kabara demostraron que la monolaurina fue capaz de reducir la infectividad de 14 virus envueltos con ARN y ADN humanos en cultivo celular en > 99.9%, y que la monolaurina actuó al desintegrar la envoltura del virus. Thormar y colaboradores (1987) confirmaron la capacidad del ácido láurico y la monolaurina para inactivar virus mediante la desintegración de la membrana celular. Se ha demostrado que el lauril sulfato de sodio puede solubilizar y desnaturalizar la envoltura viral (Piret 2000, 2002).
2. Inhibe la maduración del virus. El virus Junin (JUNV) es el agente causante de la fiebre hemorrágica argentina. En una comparación entre los ácidos grasos saturados de C10 a C18 contra la infección por JUNV, Bartolotta y colaboradores (2001) mostraron que el ácido láurico era el inhibidor más activo. A partir de estudios mecanicistas, se concluyó que el ácido láurico inhibió una etapa de maduración tardía en el ciclo replicativo de JUNV. A partir de imágenes de microscopio electrónico de transmisión, JUNV es un virus envuelto que presenta glicoproteínas que están incrustadas en la bicapa lipídica formando picos virales (Grant *et al.*, 2012); Esto es similar a nCoV-2019.
3. Previene la unión de proteínas virales a la membrana de la célula huésped. Hornung y colaboradores (1994) demostraron que, en presencia de ácido láurico, la producción del virus de la estomatitis vesicular infecciosa se inhibía de una manera dependiente de la dosis y reversible: después de la eliminación del ácido láurico, el efecto antiviral desapareció. Observaron que el ácido láurico no influyó en la síntesis de proteínas de la membrana viral (M), sino que impidió la unión de las proteínas virales M a la membrana de la célula huésped.



Aunque el ácido láurico representa gran parte de la actividad antiviral reportada del aceite de coco, el ácido cáprico (C10) y la monocaprina también han mostrado una actividad prometedora contra otros virus, como el VIH-1 (Kristmundsdóttir *et al.*, 1999).

El ácido cáprico representa aproximadamente el 7% del aceite de coco. Por lo tanto, al menos dos ácidos grasos en el aceite de coco y sus monoglicéridos tienen propiedades antivirales. Hilarsson y colaboradores (2007) probaron las actividades virucidas de ácidos grasos, monoglicéridos y alcoholes grasos contra el virus sincitial respiratorio (VSR) y el virus de la parainfluenza humana tipo 2 (HPIV2) a diferentes concentraciones, tiempos y niveles de pH.

Informaron que el compuesto más activo probado fue la monocaprina (C10), que también mostró actividad contra el virus de la influenza A y actividades virucidas significativas incluso a una concentración tan baja como 0.06-0.12%.

Uso de aceite de coco y derivados de C12 en animales y humanos.

Se ha demostrado que el aceite de coco y sus derivados son compuestos antivirales seguros y efectivos tanto en humanos como en animales. Debido a la protección antiviral y antibacteriana que proporciona a los animales, el aceite de coco, así como el ácido láurico y la monolaurina, se usan en animales de granja y mascotas como suplementos alimenticios veterinarios en pollos, cerdos y perros (Baltic *et al.*, 2017).

Se ha demostrado que la monolaurina protege eficazmente al pollo contra el virus de la gripe aviar (Van der Sluis, 2015). Li y colaboradores (2009) prepararon un gel que contiene monolaurina y

descubrieron que es altamente activo contra las altas cargas virales repetidas del virus de inmunodeficiencia de Simean en macacos y Kirtane y colaboradores (2017) desarrollaron un gel de monolaurina al 35% para su aplicación en el tracto genital femenino para proteger contra el VIH.

El lauril sulfato de sodio (SLS) se ha utilizado en bajas concentraciones para inactivar virus en la leche de animales de granja (de Sousa *et al.*, 2019). SLS es el componente activo en toallitas desinfectantes comerciales y desinfectantes de laboratorio estándar, y es un agente emulsionante y potenciador de la penetración en preparaciones farmacéuticas.

El aceite de coco en sí ha demostrado tener propiedades anti-VIH en pequeños estudios clínicos. El primer ensayo clínico con aceite de coco (45 ml al día) y monolaurina (pureza del 95%, 800 mg al día) contra el VIH-SIDA se realizó en Filipinas. En este estudio participaron 15 pacientes con VIH, de 22 a 38 años, 5 hombres y 10 mujeres, durante 6 meses. Solo hubo una muerte y 11 de los pacientes mostraron recuentos de CD4 y CD8 más altos después de 6 meses (Dayrit, 2000).

En otro estudio, 40 sujetos VIH con recuentos de linfocitos T CD4 + inferiores a 200 células / microlitro se dividieron en un grupo de aceite de coco virgen (VCO) (45 ml al día) y un grupo control (sin VCO). Después de 6 semanas, el grupo VCO mostró un recuento de linfocitos T CD4 + promedio significativamente más alto en comparación con el control (Widhiarta, 2016).



Conclusión

Varios estudios *in vitro*, animales y humanos respaldan el potencial del aceite de coco, el ácido láurico y sus derivados como agentes efectivos y seguros contra un virus como nCoV-2019. Los estudios mecanicistas sobre otros virus muestran que al menos tres mecanismos pueden estar funcionando.

Dada la considerable evidencia científica de la actividad antiviral del aceite de coco, el ácido láurico y sus derivados y su seguridad general, y la ausencia de una cura para nCoV-2019, instamos a que se realicen estudios clínicos entre pacientes que han sido infectados con nCoV-2019 (ver abajo). Este tratamiento es asequible y prácticamente libre de riesgos, y los beneficios potenciales son enormes.

Por otro lado, dada la seguridad y la amplia disponibilidad del aceite de coco virgen (VCO), recomendamos que el VCO se considere como un profiláctico general contra la infección viral y microbiana.

Un estudio clínico propuesto

Podemos proponer que se realice un estudio clínico en pacientes infectados con nCoV-2019 en consecuencia:

- Grupo 1: grupo de control, atención estándar
- Grupo 2: atención estándar + VCO (45 ml, aproximadamente 3 tres cucharadas, diariamente o más)
- Grupo 3: atención estándar + monolaurina (95% de pureza, 800 mg diarios). La monolaurina es reconocida como GRAS por la FDA de los EE. UU.
- Grupo 4: atención estándar + monocaprina (95% de pureza, 800 mg diarios). Monocaprin es reconocido como GRAS por la FDA de los EE. UU.
- Grupo 5: atención estándar + SLS (grado farmacéutico, 100 mg / kg / día). Toxicidad SLS: NOAEL más bajo (dosis repetida, rata): 100 mg / kg / día (hepatotoxicidad) (Bondi *et al.*, 2015).

Lea el artículo completo en Anteneo.edu .

Referencias

- Baltić B, Starčević M, Đorđević J, Mrdović B, Marković R. Importancia de los ácidos grasos de cadena media en la nutrición animal. *PIO Conf. Serie: Ciencias de la Tierra y del Medio Ambiente* 2017; 85: 012048.
- Bartolotta S, Garcí CC, Candurra NA, Damonte EB. Efecto de los ácidos grasos en la replicación de arenavirus: inhibición de la producción de virus por ácido láurico. *Archivos de Virología*, 2001; 146 (4): 777-790.
- Bondi CAM, Marks JL, Wroblewski LB, y col. Toxicidad humana y ambiental del lauril sulfato de sodio (SLS): evidencia de uso seguro en productos de limpieza para el hogar. *Perspectivas de salud ambiental* 2015; 9 27–32
- Dayrit CS. El aceite de coco en la salud y la enfermedad: su potencial y el de la monolaurina como cura para el VIH / SIDA. XXXVII Reunión de Cocotech. Chennai, India. 25 de julio de 2000.
- De Sousa ALM, Pinheiro RR, Araújo JF, et al. Dodecil sulfato de sodio como inactivador viral y perspectivas futuras en el control de lentivirus de pequeños rumiantes. *Arquivos do Instituto Biológico*, 2019; 86. Epub 28 de noviembre de 2019.
- Grant A, Seregin A, Huang C, Kolokoltsova O, Brasier A, Peters C, Paessler S. Junín Virus Pathogenesis and Virus Replication. *Virus*, 2012; 4: 2317-2339.
- Hierholzer JC, Kabara JJ. Efectos *in vitro* de compuestos de monolaurina en virus de ARN y ADN envueltos. *Journal of Food Safety*, 1982; 4 (1): 1-12
- Hilmarsson H, Traustason BS, Kristmundsdóttir T, Thormar H. Actividades virucidas de alcoholes grasos de cadena media y larga y lípidos contra el virus sincitial respiratorio y el virus de la parainfluenza tipo 2: comparación a diferentes niveles de pH. *Archivos de Virología* 2007; 152 (12): 2225-36.
- Hornung B, Amtmann E, Sauer G. El ácido láurico inhibe la maduración del virus de la estomatitis vesicular. *Revista de Virología General*, 1994; 75: 353-361.
- Kirtane AR, Rothenberger MK, Frieberg A y col. Evaluación de los niveles de drogas vaginales y la seguridad de una crema de monolaurato de glicerol administrada localmente en macacos rhesus. *Journal of Pharmaceutical Science* 2017; 106 (7): 1821-1827.
- Kristmundsdóttir T, Arnadóttir SG, Bergsson G, Thormar H. Desarrollo y evaluación de hidrogeles microbicidas que contienen monoglicéridos como ingrediente activo. *Revista de Ciencias Farmacéuticas*, 1999; 88 (10): 1011-1015.
- Li Q, Estes JD, Schlievert PM, et al. El monolaurato de glicerol previene la transmisión del VIS de la mucosa. *Nature* 2009; 458 (7241): 1034-1038.
- Piret J, Deseomeaux A, Bergeron MG, y col. Lauril sulfato de sodio, un microbicida eficaz contra virus envueltos y no envueltos. *Metas actuales de drogas* 2002; 3 (1): 17-30.
- Piret J, Lamontagne J, Bestman-Smith J, et al. Evaluaciones *in vitro* e *in vivo* de lauril sulfato de sodio y sulfato de dextrano como microbicidas contra el virus del herpes simple y la inmunodeficiencia humana. *Journal of Clinical Microbiology* 2000; 110-119.
- Sands JA, Landin P, Auperin D, Reinhardt A. Inactivación del virus envuelto por derivados de ácidos grasos. *Agentes antimicrobianos y quimioterapia*, 1979; 15 (1): 27-31.
- Thormar H, Isaacs CE, Brown HR, Barshatzky MR, Pessolano T. Inactivación de virus envueltos y destrucción de células por ácidos grasos y monoglicéridos. *Agentes antimicrobianos y quimioterapia*, 1987; 31 (1): 27-31.
- Van der Sluis W. Propiedades antivirales potenciales de alfa-monolaurina. *Poultry World*. Descargado de: <https://www.poultryworld.net/Nutrition/Articles/2015/12/Potential-antiviral-properties-of-alpha-monolaurin-2709142W>.
- Widhiarta KD. Aceite de coco virgen para personas VIH positivas. *Cordón*, 2016; 32 (1): 50-57.
- Zhou P, Yang XL, Wang XG y col. Descubrimiento de un nuevo coronavirus asociado con el reciente brote de neumonía en 2 humanos y su posible origen de murciélago. La preimpresión de bioRxiv se publicó por primera vez en línea el 23 de enero de 2020; doi: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.01.22.914952>.

Inmunidad síndrome de fatiga crónica y vacuna contra el VPH

En un estudio se analizaron cuarenta y un pacientes, los cuales desarrollaron Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) después de la administración de la vacuna contra el Papiloma Humano (VPH). Dichos pacientes tenían al menos dos criterios principales de síndrome autoinmune / inflamatorio inducido por adyuvantes, y todos padecían epifaringitis crónica grave. Dieciséis de ellos fueron tratados con Cloruro de Zinc en la zona mucosa de la epifaringe observando una mejora significativa de los síntomas del SFC en el 81,2%, con una cura completa en cuatro pacientes (25%).

Estos hallazgos adquieren cierta relevancia ya que en la actualidad el SFC es una enfermedad que no tiene tratamiento médico específico. Los autores del estudio propusieron que la mejoría encontrada en pacientes tratados con Cloruro de Zinc podría estar relacionado con el eje hipotalámico hipofisario suprarrenal (HPA), que probablemente fue previamente alterado después de la administración de la vacuna contra el VPH con el consiguiente desarrollo del SFC, lo que sugiere una inmunidad anormal con interacción neuroendocrina.

En 1976, Besedovsky y Sorkin, propusieron un sistema inmunitario autorregulado dentro del contexto de una red immunoendocrina. A través de la estimulación antigénica se producen las principales respuestas endocrinas y también se producen cambios en la actividad eléctrica del hipotálamo, ambas alteraciones están temporalmente relacionadas con la respuesta inmune. Esta hipótesis ha sido confirmada y ampliada por varios investigadores considerando que la inmunidad neurológica y el sistema endocrino controlan el crecimiento y la diferenciación celular, respuesta inmune, metabolismo y comportamiento humano. Hormonas, como estrógenos, hormona del crecimiento, prolactina, hormonas tiroideas e insulina, estimulan la respuesta del sistema inmune; por el contrario, cortisol, liberador de corticotropina, hormona adrenocorticotrópica, andrógenos y la progesterona disminuyen la inmunidad innata y adaptativa. Por otro lado, existen citoquinas proinflamatorias y citoquinas anti-inflamatorias que estimulan o disminuyen el sistema neuroendocrino. Todas estas acciones están mediadas por los receptores correspondientes de las citocinas, hormonas, neuropéptidos y neurotransmisores presentes en las células.

Se ha propuesto que el estrés crónico provoca hormonas neuroendocrinas que causan alteraciones inmunes y pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades autoinmunes, aumentando la producción de citoquinas. En modelos humanos y experimentales, en situaciones de estrés, se produce una respuesta a través de los siguientes ejes de estrés: hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA), hipotalámico-pituitario-gonadal (HPG), hipotálamo hormona tiroidea lúmica-hipofisaria (HPT), sistema prolactina-hormona de crecimiento (PGHS) y sistema nervioso autónomo (ANS).

Durante un proceso inflamatorio sistémico o local, en las células inmunes se activan y liberan citoquinas pro-inflamatorias, que viajan a través de la sangre al sistema nervioso central atravesando la barrera hematoencefálica.

Es obvio que la inflamación de la epifaringitis podría activar el sistema inmunitario neuroendocrino. En apoyo de este concepto, varios autores han encontrado producción de citoquinas pro-inflamatorias. Múltiples evidencias respaldan la relación entre el Síndrome de Fatiga Crónica y disfunción del eje HPA. Pacientes con SFC tienen hipocortisolismo.



Estudios recientes sugieren que las vías neuroendocrinas están involucradas en la regulación energética (EnR), de esta forma, en personas que padecen enfermedades inmunes crónicas inflamatorias la regulación energética para el adecuado mantenimiento de los ritmos circadianos, se altera en gran medida debido a un aumento del gasto energético en un sistema inmune activado crónico (hasta 2000 KJ día).

Durante el estrés agudo y crónico, las citocinas pro-inflamatorias alteraron el mecanismo regulador de EnR, el cual se activó para suministrar combustibles ricos en energía, conduciendo, por tanto, a muchas anomalías como el Síndrome de Fatiga Crónica. Reforzando esta hipótesis, a través de un estudio se demostró que los pacientes con SFC tienen una capacidad disminuida para aumentar la producción de energía mitocondrial anormalmente consumida, ya que los niveles plasmáticos de la coenzima Q10, un nutriente mitocondrial, esencial para la producción de ATP fueron significativamente menores en pacientes con SFC en comparación con controles normales.

El Síndrome de Fatiga Crónica se ha definido estableciendo nuevos criterios diagnósticos:

1. Reducción sustancial o deterioro de la capacidad de habilidades sociales, educativas y ocupacionales que persisten por más de 6 meses y se acompaña de fatiga, que a menudo es profunda, de inicio nuevo, no es el resultado de esfuerzo excesivo y no se revierte con el descanso.
2. Malestar post-esfuerzo (a menudo descrito por pacientes como "choque" o "colapso" incluso después de un menor esfuerzo físico o mental);
3. Sueño no reparador; y
4. Deterioro cognitivo y / o intolerancia ortostática.

La faringitis recurrente crónica es un signo de síntoma frecuente observado en pacientes con SFC y fue uno de los criterios antiguos.

Como sabemos, la etiología del SFC aún se desconoce, aunque se asocia con varios agentes infecciosos, vacunas y producción de autoanticuerpos. En relación con la vacuna contra el VPH, existen varios informes de casos SFC descritos después de la administración de la vacuna contra el VPH.

Estudios dicen que el intervalo entre la exposición a la vacuna contra el VPH y los síntomas del SFC pueden variar de pocos días a meses.

En conclusión, el vínculo entre el SFC y la epifaringitis después de la administración de la vacuna contra el VPH podría ser debido a la alteración en el sistema inmune/ neuroendocrino. Es posible que aplicando un tratamiento en la mucosa de la epifaringe de Cloruro de Cinc mejora el SFC mediante la restauración del sistema inmunológico/endocrino. Esta hipótesis debe ser confirmada con un ensayo clínico controlado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Hotta O, Tanaka A, Torigoe A, Imai K, Ieiri N; on behalf of the Japanese Focal Inflammation Research Group. Involvement of chronic epipharyngitis in autoimmune (auto-inflammatory) syndrome induced by adjuvants (ASIA). *Immunol Res.* 2016. doi: 10.1007/s12026-016-8859-x.
2. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. 'ASIA'—autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. *J Autoimmun.* 2011; 36:4–8.
3. Besedovsky H, Sorkin E. Network of neuroendocrine interactions. *Clin Exp Immunol.* 1977; 27:1–12.
4. Besedovsky H, del Rey A. Immune-neuro-endocrine interactions: facts and hypothesis. *Endocr Rev.* 1996; 17:64–102.
5. Jara LJ, Navarro C, Medina G, Vera-Lastra O, Blanco F. Immune-neuroendocrine interactions and autoimmune diseases. *Clin Dev Immunol.* 2006; 13:109–23.
6. Silverman M, Sternberg E. Glucocorticoid regulation of inflammation and its behavioral and metabolic correlates: from HPAaxis and glucocorticoid receptor dysfunction. *Ann N Y Acad Sci.* 2012; 1261:53–63.
7. Procaccini C, Pucino V, De Rosa V, Marone G, Matarese G. Neuro-endocrine networks controlling immune system in health and disease. *Front Immunol.* 2014; 5:143.
8. Stojanovich L, Marisavljevic D. Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmun Rev.* 2008; 7:209–13.
9. Banks WA, Erickson MA. The blood–brain barrier and immune function and dysfunction. *Neurobiol Dis.* 2010; 37:26–32.
10. Rochfort KD, Collins LE, McLoughlin A, Cummins PM. Tumour necrosis factor- α -mediated disruption of cerebrovascular endothelial barrier integrity in vitro involves the production of proinflammatory interleukin-6. *J Neurochem.* 2016; 136:564–72.
11. Agren K, et al. Upregulated local cytokine production in recurrent tonsillitis compared with tonsillar hypertrophy. *Acta Otolaryngol.* 1995; 115:689–96.
12. Yamashita T, Kumazawa H, Kozuki K, Amano H, Tomoda K, Kumazawa T. Autonomic nervous system in human palatine tonsil. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1984; 416:63–71.
13. Papadopoulos A, Cleare A. Hypothalamic–pituitary–adrenal axis dysfunction in chronic fatigue syndrome. *Nat Rev Endocrinol.* 2011; 8:22–32.
14. Straub V, Cutolo M, Buttgerit F, Pongratz G. Energy regulation and neuroendocrine-immune control in chronic inflammatory diseases. *J Intern Med.* 2010; 267:543–60.
15. Maes M, Mihaylova I, Kubera M, Uytendaele M, Vrydaghs N, Bosmans E. Coenzyme Q10 deficiency in myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) is related to fatigue autonomic and neurocognitive symptoms and is another risk factor explaining the early mortality in ME/CFS due to cardiovascular disorder. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009; 30:470–6.
16. Clyton EW. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: an IOM report on redefining the illness. *JAMA.* 2015; 313:1101–2.
17. Rosenblum H, Shoenfeld Y, Amital H. The common immunogenic etiology of chronic fatigue syndrome: from infections to vaccines via adjuvants to the ASIA syndrome. *Infect Dis Clin N Am.* 2011; 25:851–63.
18. Tomljenovic L, Colafrancesco S, Perricone C, Shoenfeld Y. Postural orthostatic tachycardia with chronic fatigue after HPV vaccination as part of the "autoimmune/autoinflammatory syndrome induced by adjuvants": case report and literature review. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2014; 2:1–8.
19. Hall D, et al. Stress management skills, cortisol awakening response and post-exertional malaise in chronic fatigue syndrome. *Psychoneuroendocrinology.* 2014; 49:26–31.
20. Andrews N, et al. Guillain–Barre syndrome and H1N1 pandemic influenza vaccination using an AS03 adjuvanted vaccine in the United Kingdom: self-controlled case series. *Vaccine.* 2011; 29:7878–82.
21. Burwen D, et al. Evaluation of Guillain–Barre syndrome among recipients of influenza vaccine in 2000 and 2001. *Am J Prev Med.* 2010; 39:296–304.

El fracaso de la vacuna contra la influenza según la literatura médica

Children's Health Defense, Inc 2020

<https://healthimpactnews.com/2020/the-failure-of-the-influenza-vaccine-according-to-the-medical-literature/>

Fracasos de la vacuna, parte 3: vacunación contra la influenza por [el equipo de defensa de la salud de los niños](#)

[Nota: este es el tercero de una serie de artículos que examinan el grave problema del fracaso de la vacuna, un problema que, escandalosamente, sigue sin ser reconocido por los funcionarios de salud pública y los políticos que promueven los mandatos de vacunas draconianas. Los artículos anteriores examinaron la vacunación [contra el sarampión](#) y [la tos ferina](#).]

Cada año, los funcionarios de salud pública de EE. UU. Y sus socios de los medios de comunicación renuevan la campaña para vender a todo el país (incluidas las mujeres embarazadas, los niños de seis meses y las personas mayores frágiles) sobre la necesidad y los beneficios de las vacunas contra la gripe.

Normalmente, para persuadir al público de que una vacuna dada es beneficiosa, los funcionarios deben demostrar que es [efectiva](#), en otras palabras, que es capaz de "prevenir resultados de interés en el 'mundo real'".

Sin embargo, de infame vacunación contra la influenza y *su* eficacia hace que hablar de este punto sea un poco complicado. Y cuando la vacunación no "reduce significativamente la enfermedad de influenza atendida médicamente", es difícil evitar la conclusión de que la vacuna ha sido [bombardeada](#).

Como bien saben los expertos en salud pública, muchos factores pueden disminuir la efectividad de la vacuna contra la influenza (VE), incluidas las características particulares de [los receptores](#) de la [vacuna](#) y [las vacunas](#) mismas.

La literatura científica también apunta a las arrugas serias que subrayan la incapacidad de la vacuna contra la influenza para brindar beneficios significativos y su propensión a crear nuevos problemas. Por ejemplo, los estudios muestran que vacunarse [contra la gripe](#) año tras año reduce el nivel de [protección](#) de la vacuna disponible. Las personas vacunadas contra la gripe también son más susceptibles a otras [cepas de gripe](#) e [infecciones respiratorias graves](#).

Estudios recientes incluso sugieren que la vacunación contra la influenza infantil puede provocar [epidemias más grandes](#) y "una pérdida general de salud". Un experto en vacunas que recientemente admitió saber menos sobre la gripe hoy que hace una década se lamentó, "[es mucho más complicado de lo que pensábamos](#)".

Fracaso # 1: La vacunación contra la influenza ha sido 40% -90% ineficaz en los últimos 15 años.

Hasta ahora para 2019-2020, los CDC dicen que sólo pueden especular sobre qué tan bien podrían "funcionar" las vacunas contra la influenza de la temporada [énfasis agregado]. Para compensar esta vaguedad, la agencia promociona VE en temporadas pasadas como "en el rango de 40% a 60%" (un rango que los vacunólogos considerarían abismal para cualquier otra vacuna). Lo que los CDC no mencionan es que el año pasado (2018-19), el VE general (en todos los grupos de edad y los virus de la influenza) fue solo un 29%, y para los molestos virus de la influenza A (H3N2) que predominaron después

Febrero de 2019, las vacunas contra la gripe no fueron efectivas el *91% del tiempo*. Además, VE ha alcanzado el límite superior de los CDC del 60% sólo una vez en los últimos quince años; en más de la mitad (8/15) de los años transcurridos desde 2004, las vacunas contra la influenza han fallado 60% o más de las veces, incluyendo 90%, 79%, 81% y 71% en 2004-05, 2005-06, 2014-15 y 2018-19, respectivamente.

Fracaso # 2: La efectividad de la vacuna contra la influenza es altamente inconsistente e ignora las complejidades del sistema inmune.

Más que con otras vacunas, los investigadores ven los virus de la influenza como "dinámicos" y la influenza VE como un "objetivo móvil". Estas características han frustrado los esfuerzos para desarrollar vacunas efectivas, con fluctuaciones estacionales dramáticas en VE como resultado inevitable.

En tales circunstancias, las vacunas contra la gripe en teoría serán más efectivas cuando los fabricantes adivinen correctamente qué cepas de virus han de incluir en las vacunas de un año determinado. En la práctica, sin embargo, las vacunas contra la gripe también "destacan por su eficacia variable por grupo de edad y por el estado reciente de vacunación", lo que sugiere un papel importante para la historia inmune también.



Para ilustrar las "interacciones complejas del virus del huésped que afectan la protección de la vacuna", algunos investigadores plantean la hipótesis de que la impronta (cómo la primera infección de influenza de una persona) "modela la memoria inmunológica. . . a lo largo de la vida del individuo": pueden desempeñar un papel clave en los riesgos de infección posteriores.

Los defensores de esta hipótesis apuntan a un estudio que muestra que la vacunación manipuló la impronta protectora infantil en una cohorte de personas de 35 a 54 años; las personas vacunadas en ese grupo de edad tenían un riesgo de enfermedad cuatro veces mayor de ciertos virus de influenza circulantes en comparación con las personas no vacunadas de la misma edad.

En otro ejemplo de cómo los factores inmunes influyen en VE, los estudios muestran que las personas obesas tienen una respuesta disminuida a las vacunas contra la gripe estacional en comparación con las personas no obesas.

Los investigadores explican esto señalando que el sobrepeso introduce cambios en el metabolismo que alteran y envejecen las células del sistema inmunitario; un investigador dice que las células inmunes de una persona obesa de 30 años se parecen "mucho a lo que cabría esperar en un individuo de 80 años".

Fracaso # 3: la efectividad de la vacuna contra la influenza disminuye con la vacunación repetida.

Un estudio de 2020 publicado por investigadores canadienses evalúa el impacto de la vacunación repetida contra la influenza en la VE de la "temporada actual", proporcionando resultados que difícilmente serán buenas noticias para los defensores de la vacunación anual.

El estudio incluyó a personas de la tercera edad con influenza confirmada por laboratorio que tenían al menos 65 años de edad al momento de la vacunación, examinando el impacto de la vacunación previa durante hasta 10 temporadas de gripe anteriores, el primer estudio que revisó un período de tiempo tan largo. En las personas mayores que recibieron una vacuna en 2015-16 pero ninguna en la década anterior, VE fue un 34% poco impresionante, pero fue significativamente peor al tener en cuenta el historial de vacunación de 10 años: 26%, 24%, 13% y 7% en aquellos que recibieron 1-3, 4-6, 7-8 o 9-10 vacunas en la década anterior, respectivamente.

Un estudio español de pacientes mayores de influenza (> 60 años) documentó una EV baja (20% o menos) con una sola vacuna previa .

¿Qué pasa con los continuamente vacunados más jóvenes del final de la era?

Los autores de un meta-análisis de 2017 señalan que, en función de la esperanza de vida promedio y las recomendaciones de vacunas actuales, un niño nacido en 2017 puede "esperar recibir entre 70 y 80 vacunas anuales contra la influenza" en el transcurso de su vida, pero los efectos de tantas vacunas anuales "sobre la protección individual a largo plazo, la inmunidad de la población y la evolución del virus siguen siendo en gran medida desconocidos". Otro investigador, al comentar por qué las vacunas contra la gripe a menudo fallan, comenta que los programas de vacunación contra la gripe se "basan en supuestos además de los supuestos".

Los autores del meta-análisis de 2017 señalan que "las señales de preocupación con respecto a los posibles efectos negativos de la vacunación repetida" no son nada nuevo, ya que se observó por primera vez en los años setenta y ochenta.

En sus conclusiones, estos autores no solo argumentan que la vacunación repetida "embota" la respuesta de los anticuerpos, particularmente para los virus de la gripe H3N2 que causaron la caída de la efectividad de la vacuna estadounidense en 2019, sino que los efectos inmunes a largo plazo de "bloquear la infección natural, se desconocen las personas sanas con un bajo riesgo de complicaciones de la gripe". Su mensaje para llevar a casa, nuevamente, no es tranquilizador:

Nuestra comprensión actual de los efectos repetidos de la vacunación es inadecuada para informar las recomendaciones de políticas de vacunación.



Fallo n° 4: Las vacunas contra la influenza pueden aumentar la susceptibilidad de los receptores a los virus de la influenza no vacunales y otras infecciones agudas.

A raíz de la pandemia de influenza A (H1N1) de 2009, dos investigadores canadienses informaron de un aumento de más del doble en el riesgo de enfermedad de H1N1 en personas menores de 50 años que recibieron la vacuna contra la gripe estacional de 2008.

Para explicar este hallazgo, uno de los investigadores teorizó que la vacuna estacional "protegía contra un virus H1N1 relacionado con el virus pandémico, pero no lo suficientemente similar", que "podría haber facilitado la infección con el virus pandémico".

Aunque los canadienses caracterizaron la pandemia de 2009 como relativamente leve, observaron que "una duplicación potencial del riesgo de infección por pandemia entre los receptores de vacunas estacionales anteriores podría ser desastrosa en el caso de una pandemia más grave que implique un mayor riesgo de mortalidad por caso".

No mucho después de la pandemia de H1N1 de 2009, otros investigadores informaron sobre el potencial de los programas de vacunación para cambiar las infecciones de influenza de manera que produzcan resultados menos favorables, un escenario que rara vez se considera durante la planificación de la pandemia. Ellos hipotetizaron:

"Que la vacunación para prevenir una ola pandémica de otoño podría retrasarlo lo suficiente como para aumentar inadvertidamente las infecciones de influenza en invierno, cuando la infección de influenza primaria tiene más probabilidades de causar resultados graves [y] potencialmente causar un aumento neto en los resultados severos".

Un estudio de 2012 de niños de 6 a 15 años encontró que los niños que recibieron una vacuna contra la influenza estacional (versus placebo) fueron más susceptibles a los virus respiratorios agudos sin influenza en los nueve meses posteriores a la vacunación, ya sea durante el invierno o el verano.

En un esfuerzo por explicar este resultado inesperado, los investigadores discutieron el fenómeno conocido como "interferencia de virus" y especularon que la vacunación "podría aumentar la inmunidad contra la influenza a expensas de la inmunidad reducida a los virus respiratorios no influenza, por algún mecanismo biológico desconocido".

Curiosamente, un estudio de 2020 sobre la interferencia de virus en personal militar altamente vacunado de EE. UU. informó una mayor probabilidad de coronavirus y metapneumovirus humano (un virus que causa infecciones respiratorias) en el personal que recibió vacunas contra la influenza, aunque los hallazgos apuntaban en la dirección opuesta para la otra no influenza de virus examinados.



Fracaso # 5: Muchos investigadores de vacunas contra la influenza son unos falsos o peor cuando informan sobre la efectividad de la vacuna.

Como Children's Health Defense ha enumerado en otros lugares, los defensores de las vacunas contra la gripe, ya sean funcionarios de salud pública, medios de comunicación o investigadores, están demasiado dispuestos a proporcionar información engañosa. Un estudio multipaís financiado por GlaxoSmithKline (GSK) y escrito por empleados y accionistas de GSK, publicado en *The Pediatric Infectious Disease Journal* en 2019, ofrece un ejemplo ilustrativo:

- Los autores de GSK informan que evaluaron una "cohorte total vacunada" de 12.018 niños; sin embargo, una publicación complementaria aclara que solo 6.006 realmente recibieron la vacuna contra la influenza fabricada por GSK.
- Los 6.012 niños restantes comprendían un grupo de control, un grupo que los investigadores describen como "no vacunados"; de hecho, estos niños recibieron una de las tres "vacunas sin control de influenza" (hepatitis A, varicela o vacuna conjugada neumocócica), presumiblemente también de las marcas GSK.
- Los investigadores no comenzaron a recopilar información sobre la enfermedad hasta 14 días después de la vacunación, lo que excluye cualquier consideración de eventos adversos a corto plazo posteriores a la vacunación. Sin información sobre eventos adversos en niños vacunados contra la influenza, es imposible evaluar el contexto de riesgo-beneficio de la conclusión de los autores de que 19 niños necesitarían recibir la vacuna para prevenir un caso de influenza o que 6.024 niños deben recibir una vacuna para prevenir un caso de influenza *severa*.
- Los investigadores admiten que se centraron exclusivamente en "síntomas pre-especificados", lo que limita su capacidad de capturar el "cuadro clínico completo".

- Informan "poca diferencia" en los puntajes de severidad para la enfermedad similar a la influenza y la enfermedad respiratoria baja entre los dos grupos, pero describen una tasa más baja de fiebre en el grupo vacunado contra la influenza. Sin embargo, no mencionan los datos de ensayos clínicos que muestran que la fiebre es una reacción "muy común" a las vacunas contra la hepatitis A , la varicela y el neumococo de GSK .

Un estudio holandés informó recientemente que "la vacunación contra la influenza infantil no es rentable cuando sólo se consideran los resultados para los propios niños".

Analizando el riesgo de resultados indeseables, como "una disminución de la salud o un aumento en el número de temporadas de influenza severas después de la introducción del programa de vacunación contra la influenza para niños", los investigadores holandeses reprodujeron modelos preocupantes que muestran que "una tensión grave en la atención médica sistema "o" una pérdida neta de salud "podría resultar de la vacunación contra la influenza infantil.

Dadas las muchas ambigüedades presentes en el estudio GSK, uno se pregunta si podría enmascarar hallazgos igualmente desalentadores.



Fracaso # 6: La exageración de la vacuna contra la gripe es solo eso: exageración.

¿Funciona el lanzamiento anual de ventas de vacunas contra la gripe (evidente no sólo en los EE. UU. sino en todo el mundo)? Dadas las predicciones de un aumento del 50% en el mercado mundial de vacunas contra la influenza para 2023 (de \$ 5 mil millones a \$ 7,5 mil millones), parece que sí.

Por otro lado, las estimaciones recientes de la cobertura de la vacuna contra la influenza en adultos estadounidenses muestran que los estadounidenses están cada vez más escépticos, en lugar de menos. En 2017-2018, la cobertura de la vacuna contra la influenza disminuyó para cada grupo de edad adulta (y todos los grupos raciales / étnicos excepto uno), alcanzando el nivel más bajo en ocho temporadas de gripe. Si bien los investigadores de la gripe pueden "dudar en discutir los problemas con la vacuna porque tienen miedo de estar contaminados con el cepillo antivacunas", debemos esperar que los miembros del público reconozcan la importancia de revisar los hechos de la vacuna contra la gripe con mucho cuidado.

Lea el artículo completo en ChildrensHealthDefense.org

La vacuna contra la viruela y su erradicación

noviembre 2019

A diferencia lo que se podría pensar sobre la viruela, sigue siendo relevante a pesar de que esta enfermedad ha sido erradicada según la OMS en su informe de 1979, por varias razones:

1. El virus de la viruela todavía se mantiene en laboratorios oficialmente seguros en los Estados Unidos y Rusia (y tal vez en otros lugares).
2. Regularmente hay virus muy similares que transmiten enfermedades similares en los primates y se transmiten a los humanos (por el momento no parece haber ninguna transmisión interhumana de estas enfermedades).

Las autoridades sanitarias pueden estar preocupadas por los riesgos de bioterrorismo con la

propagación del virus de la viruela o la aparición de una enfermedad humana similar a la viruela después de la mutación de estos virus animales

Sin embargo, las siguientes observaciones deben contrastarse con este ejemplo: están tomadas del informe de la OMS (informe de la OMS sobre la erradicación de la viruela, diciembre de 1979) y el póster y textos relacionados de Bernard Guennebaud, matemático, en el congreso Sfsp-Adelf en Burdeos en octubre de 2013

<https://p4.storage.canalblog.com/42/31/310209/121014493.pdf>

3. Según el informe Delpuch (viruela en 1870 en París), se observa que se produjeron epidemias en vacunados y revacunados. La enfermedad apareció con el mismo retraso después del contagio en no vacunados, vacunados o revacunados.
4. Según la tesis de 1872 del Dr. Bouteiller (Director Médico de Epidemias), "la viruela ha afectado a los vacunados indiscriminadamente y a los que no, y la muerte no ha salvado a uno más que a los demás".
5. De acuerdo con el Dr. Bernard (Congreso Internacional de la Higiene, celebrado en Turín en 1880): "Hemos visto a menudo y vi sujetos vacunados durante el período de incubación de la viruela tener al mismo tiempo una viruela y una vacuna perfectamente distinta".
6. Según el Dr. Buchwald, la vacunación de contactos recientemente contaminados con el virus de la viruela agrava o desencadena la viruela poniendo como ejemplo la viruela desarrollada en enfermeras revacunadas durante la incubación las cuales habían sido contaminadas por el cuidado de los enfermos.
7. De acuerdo con el Registro epidemiológico semanal de la OMS en Bihar (India) en 1973-1974, la vacunación se limitó a aquellos que no habían sido vacunados previamente o no habían tenido viruela, por este motivo, aparecieron las consecuencias del "efecto Buchwald": un brote epidémico inmediato (Este fenómeno se produjo muy recientemente con la epidemia de dengue en Filipinas y la vacuna contra la Dengvaxia).



8. Del informe de la OMS de 1980: "Las campañas de erradicación basadas total o principalmente en la vacunación masiva tuvieron éxito en algunos países, pero fracasaron en la mayoría de los casos".
La OMS reconoce que, en algunos países, incluso cuando la cobertura de inmunización alcanza el 90%, la enfermedad continúa propagándose. Considera que "hubiera sido extremadamente costoso y logísticamente difícil, si no imposible, alcanzar niveles de cobertura mucho más altos; era absolutamente necesario cambiar de estrategia".
9. Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (*CDC*), relativo a los efectos secundarios de la vacuna contra la viruela informan de más de una complicación grave de cada 1000 vacunados (eccema generalizado, vacuna progresiva, encefalitis, vacunas generalizadas, ...) Encefalitis, 1 por cada 100 000 dosis, con una tasa de mortalidad del 25%.

Libros recomendados



MANUAL DE AUTISMO PARA PADRES

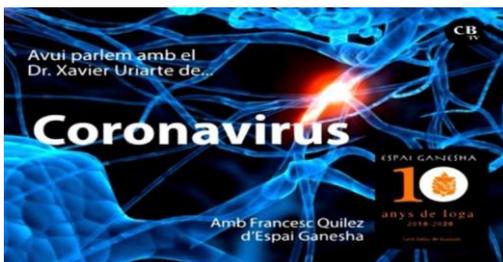
Autora: Dra. Isabel Bellostas
Edición: Pàmies Vitae
ISBN: PV978

La autora incide en lo que necesitas saber sobre autismo: causas, tratamiento médico y pérdida del diagnóstico inicial.

Videos recomendados

Entrevista con Dr. Xavier Uriarte en el Espai de Salut Holística sobre el Coronavirus

<https://www.tvcostabrava.com/a-la-carta/espai-de-salut-holistica/espai-de-salut-holistica---coronavirus>



Algunas concisas aclaraciones en un momento en el que los medios de comunicación masiva nos tienen inundados, ¿de información?

Documental 'Vaxxed': sobre cómo se desvirtúan y silencian la seguridad de las vacunas

https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2019/09/28/documental-vaxxed.aspx?utm_source=espanl&utm_medium=email&utm_content=art1ReadMore&utm_campaign=20190928&et_cid=DM353675&et_rid=717568963

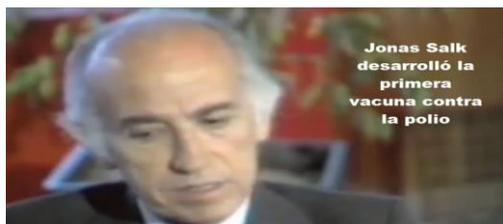


¿Podrían las vacunas desencadenar el autismo? Este es el tema expuesto por el documental "Vaxxed: De Encubrimiento a Catástrofe", dirigido por Andrew Wakefield y producido por Del Bigtree, un productor ganador del premio Emmy por el programa de entrevistas "The Doctors". El documental se convirtió en el centro de la controversia cuando fue eliminada de la cartelera del Festival de Cine de Tribeca en 2016 por Robert De Niro y Jane Rosenthal, los dos fundadores del festival. Según Rosenthal, otros cineastas habían amenazado con retirarse si se mostraba el documental "Vaxxed".

Si bien, De Niro admitió sentirse presionado para eliminar el documental, invitó a las personas a verlo, y dijo que existen muchos problemas que no se han mostrado abiertamente y deberían exponerse, los cuales están relacionados con la forma en que es evaluada y monitoreada la seguridad de las vacunas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.

El mito de la vacuna de la polio

<https://youtu.be/B3biGdLVNp8>



Antes de que se generalizara el uso de la vacuna, muchas enfermedades se agrupaban bajo la denominación común de «polio». Solo después de que la vacuna fuera aceptada ampliamente hubo un esfuerzo por distinguir el poliovirus de otros tipos de enfermedad paralítica.

Como llega el Aluminio de las vacunas al Cerebro

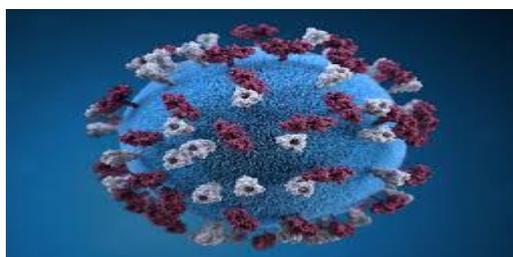
<https://m.youtube.com/watch?v=W8vAc-8SlyQ&feature=youtu.be>



Los adyuvantes de aluminio pueden ser transportados al cerebro por los macrófagos. Los adyuvantes de aluminio pueden llegar al cerebro. Partículas de adyuvantes de aluminio pueden pasar a través de la barrera hematoencefálica del cerebro, transportadas por los macrófagos (Khan 2013). El transporte es promovido por la proteína quimiotáctica-1 (MCP-1) de los macrófagos (Khan 2013). El transporte de partículas al cerebro por los macrófagos está bien establecido y se ha investigado para aplicaciones terapéuticas.

Vacuna sarampión causa más muertes que la enfermedad

<https://m.youtube.com/watch?feature=youtu.be&v=DIE1JnjPbjg>



La Administración de Drogas y Alimentos de EE.UU. ha aprobado el uso de la vacuna SRP (MMR en inglés) pero en las pruebas realizadas hay un incremento de enfermedades gastro-intestinales y respiratorias superiores al 10% de los niños que participaron en el estudio. Este estudio sólo duró 42 días y se estudió solamente a 200 niños. Los estudios de cualquier medicamento conllevan más de 5 años.

¿Es el sarampión una amenaza?

<https://www.youtube.com/watch?v=S6P6fWDC-Vs&feature=youtu.be>



Si tienes entre 40 y 50 años es probable que te obliguen a vacunar en breve del **SARAMPIÓN**. Hablamos de una enfermedad minoritaria, y que, además, no es peligrosa. 233 casos han detectado Sanidad en España en el 2019 (según leo en la prensa), que al parecer justifican que 7 millones de personas tengan que ser vacunadas. Si cada vacuna cuesta 7 euros (precio del 2017) estamos hablando de 49 millones de euros que pagamos entre todos. Pero esto no es lo más grave, sino los potenciales efectos secundarios de la vacuna que, como cualquier otro medicamento, sin duda tiene.

DECLARACIÓN de la médica pediatra **Lua Català** sobre la recomendación a los "cuarenta-añeros españoles" de ser vacunados del sarampión. Deberían negarse todos a una.

