

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Vacunación Libre 22

R. CASAUS

Abril 2016

Vacunación Libre

Número 22. Abril de 2016

Liga para la Libertad de Vacunación

ÍNDICE

- 3 Fin de la Inocencia / **Editorial**
- 4 Documento de Reflexión sobre las Vacunas (segunda parte). Referencias bibliográficas y breve resumen de los artículos referenciados / **Pedro Ródenas**
- 15 Informe de la Vacuna Tosferina Combinada y Embarazo (segunda parte) / **Xavier Uriarte**
- 17 Los investigadores confirman: Sarampión transmitido por los Vacunados / **Sayer Ji**
- 19 Situación legal vacunal en Alemania / **Jürgen Fridrich**
- 21 Síndrome ASIA y el profesor Yehuda Shoenfeld (primera parte) / **Eduardo Yahbes (traducción)**
- 30 VACUNA PAPILOMA HUMANO:
- 30 a) Un científico que intervino en el desarrollo de la vacuna contra el VPH admite que GARDASIL y CERVARIX son una estafa acientífica con consecuencias mortales para los niños / **David Gutiérrez**
- 31 b) Sanevax y Alicia Capilla: El Programa Africano solicita al Ministerio de Salud español la prohibición de vacunas contra el VPH / **Freda Birrell**
- 32 c) ¿La seguridad de la vacuna contra el VPH es una ilusión mantenida ocultando la ciencia? / **Norma Erickson**
- 33 d) Comunicado de Prensa AAVP – Alegaciones Dr. Lee / **Alicia Capilla**
- 34 e) AAVP informa / **Alicia Capilla**
- 37 f) Últimas noticias desde Colombia / **Mónica León del Río**
- 38 Crónica encuentro anual EFVV, Viena
- 39 Johann Loibner. Ganador Premio EFVV año 2015
- 41 Ficha de la Vacuna de la Gripe
- 42 CARTA A LOS POLÍTICOS (en gallego, vascuence, español y catalán)
- 47 Notas sobre Meningitis B y Bexsero
- 49 III Encuentro Internacional Vacunal
- 50 Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales
- 51 Red Española de Información sobre Vacunas
- 52 Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo
- 55 Comentario de libros

CONSEJO DE REDACCIÓN

Rosa Montserrat, Xavier Uriarte

COLABORADORES

Gemma Baulies, Françoise Berthoud, Lluís Botinas, Alicia Capilla, Catherine Chaplin, Enric Costa, Teresa Forcades i Vila, María Fuentes Caballero, Juan Gervás, Jesús Gil, Coro Goitia, Belen Igual, Miguel Jara, Françoise Joët, Oscar Lanza, Flora Luna Gonzáles, Eva Martín, Coral Mateo, Ana Medina, Claudia Millwisch, Joan Mora, Jean-Pau Pellet, Juan Ramón Pérez, Mari Trini Ramos, Andrea Ricci, Pedro Ródenas, Máximo Sandín, Javier Sarmiento, Ignasi Sivillà, Armand Soler, J. P. Spinosa, Lucija Tomljenovic, Anna Vallès, Eduardo Yahbes

EDITA

Liga para la Libertad de Vacunación
E-mail: info@vacunacionlibre.org
Web: www.vacunacionlibre.org

Depósito Legal: GI-931-2011

La pintura de la portada ha sido cedida por Ricardo Casaus Bohorquez.

FIN DE LA INOCENCIA

Saludos a todas y a todos. Soy madre de un niño afectado por las vacunas, diagnosticado oficialmente con el Síndrome de Asperger, y formo parte de un grupo de apoyo de padres con hijos e hijas afectadas también por vacunas. Somos un grupo numeroso, demasiado numeroso. Y también somos un grupo muy vulnerable frente a la administración sanitaria, la administración educativa y frente a cualquier administración. Demasiado vulnerable.

Nuestros hijos también, con sus dificultades comunicativas, son muy vulnerables en su entorno social, escolar, y por desgracia en su futuro laboral. Demasiado vulnerables. Todos y cada uno de ellos, a pesar de sus diferentes afectaciones (dificultades en el habla, contacto visual, rigidez motora... etc., etc.), y a pesar de sus diferentes diagnósticos, tienen algo en común... la acumulación de metales pesados en su frágil cuerpo. Aluminio y mercurio, sustancias que todos sabemos altamente tóxicas pero que incomprensiblemente son usadas como adyuvantes y conservantes de las vacunas.

Todos nosotros nos hemos visto rechazados y expulsados de los centros sanitarios públicos por los médicos y médicas que allí nos atienden. Nuestras sospechas son su hazmerreir. Otra carga más sobre nuestra vulnerabilidad. Amparándose en su castillo, su comunidad científica y alzando su bandera, su verdad científica, nos mantienen alejados, señalados y ridiculizados. Sufrimos el escarnio público para ejemplarizar a toda la comunidad de lo que ellos han decidido como correcto... vacunar masivamente.

Pues bien, vuelvo a repetir, el aluminio y el mercurio forman parte de lo correcto, eso sí difuminado y escondido bajo nombres científicos, tiomersal, timerosal, metilmercurio, sales de aluminio... pero están. Y nosotros se lo inyectamos una y otra vez en los cuerpos sanos de nuestros hijos a lo largo de su infancia. Y lentamente o de un día para otro se vuelven frágiles y sin sonrisa. Y arrastrarán a lo largo de su vida enfermedades autoinmunes diversas y unos preciosos ojos sin mirada.

Y esa comunidad de médicos y médicas se pavonean con su sabiduría científica y me obligan a mí, a mis amigos, a mis amigas, a demostrar científicamente nuestras sospechas. Y con nuestra triste carga y desde nuestra humilde

posición braceamos entre estudios científicos, investigaciones científicas y legislaciones tramposas... y ¿con qué nos encontramos?... con que su VERDAD se basa en una gran MENTIRA.

Sencillamente la seguridad de las vacunas no está avallada por ninguna investigación. sencillamente no existe. Hace 90 años del uso del aluminio como adyuvante. Nueve décadas que la comunidad científica permite su uso basándose en su efectividad y no en su seguridad. La dieron por hecho y la aceptaron como válida sin ni siquiera cuestionar. Y en base a repetir y repetir... el dogma se les convirtió en verdad.

No soy yo la que tiene que investigar como científico, no soy yo la que tiene que demostrar nada. Son ustedes, investigadores, investigadoras, médicos, médicas, farmacéuticas... Es su comunidad científica la que tiene la obligación de demostrar la seguridad y eficacia de lo que yo bajo mi única responsabilidad inyecto a mi hijo... porque al final ustedes todas no son responsables de nada.

Comunidad de científicos compórtense como científicos, recuperen la curiosidad, cuestionen lo aprendido, abandonen el dogmatismo y atrévanse a asomarse a los ojos de mi hijo, de nuestras hijas... ¿de qué tienen miedo? Sean valientes. Un simple análisis de metales englobaría a muchos niños y niñas esparcidos en diagnósticos enloquecedores.

Mi hijo perdió la sonrisa... hace muuuuuchos años. Yo a pesar de ustedes tuve que enseñarle de nuevo. Somos David contra Goliat. Todos sabemos cómo acabó. Yo de la mano de mi hijo y con su sonrisa aprendida seguiré luchando con todas mis posibilidades para que ningún padre, ninguna madre tengan que sentarse frente a sus hijos para enseñarles una mueca lo más parecida posible a un sonrisa.

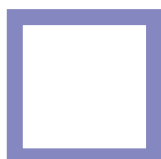
Gracias a todos y todas los/las profesionales que se cuestionan los dogmas, que miran y observan con otros ojos, que sacan a la luz lo escondido, que publican libros, estudios e investigaciones que la comunidad científica no quiere que se divulguen. Nuestra inocencia acabó. Ahora les preguntamos... ¿de qué tienen miedo?

Liga para la Libertad de Vacunación

Documento de Reflexión sobre las Vacunas

(Segunda parte)

Referencias bibliográficas y breve resumen de los artículos referenciados



Autoría: Pedro Ródenas. Médico (con la colaboración y aportaciones de otros profesionales).

Contacto: pedrorodenas55@gmail.com

Elaboración: julio de 2015.

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.
- La siguiente figura del artículo muestra la 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.

Table 1. 2009 Infant mortality rates, top 34 nations⁸

Rank	Country	IMR
1	Singapore	2.31
2	Sweden	2.75
3	Japan	2.79
4	Iceland	3.23
5	France	3.33
6	Finland	3.47
7	Norway	3.58
8	Malta	3.75
9	Andorra	3.76
10	Czech Republic	3.79
11	Germany	3.99
12	Switzerland	4.18
13	Spain	4.21
14	Israel	4.22
15	Liechtenstein	4.25
16	Slovenia	4.25
17	South Korea	4.26
18	Denmark	4.34
19	Austria	4.42
20	Belgium	4.44
21	Luxembourg	4.56
22	Netherlands	4.73
23	Australia	4.75
24	Portugal	4.78
25	United Kingdom	4.85
26	New Zealand	4.92
27	Monaco	5.00
28	Canada	5.04
29	Ireland	5.05
30	Greece	5.16
31	Italy	5.51
32	San Marino	5.53
33	Cuba	5.82
34	United States	6.22

CIA. Country comparison: infant mortality rate (2009). *The World Factbook*. www.cia.gov (Data last updated 13 April 2010).⁸

Table 2. Summary of International Immunization Schedules: vaccines recommended/required prior to one year of age in 34 nations

Nation	Vaccines prior to one year of age	Total ^b doses	Group (range of doses)
Sweden	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), Pneumo (2)	12	1 (12–14)
Japan	DTaP (3), Polio (2), BCG	12	
Iceland	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), MenC (2)	12	
Norway	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), Pneumo (2)	12	
Denmark	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), Pneumo (2)	12	
Finland	DTaP (2), Polio (2), Hib (2), Rota (3)	13	
Malta	DTaP (3), Polio (3), Hib (3)	15	2 (15–17)
Slovenia	DTaP (3), Polio (3), Hib (3)	15	
South Korea	DTaP (3), Polio (3), HepB (3)	15	
Singapore	DTaP (3), Polio (3), HepB (3), BCG, Flu	17	
New Zealand	DTaP (3), Polio (3), Hib (2), HepB (3)	17	
Germany	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (3)	18	3 (18–20)
Switzerland	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (3)	18	
Israel	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3)	18	
Liechtenstein ^a	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (3)	18	
Italy	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3)	18	
San Marino ^a	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3)	18	
France	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (2), HepB (2)	19	
Czech Republic	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), BCG	19	
Belgium	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (2)	19	
United Kingdom	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), Pneumo (2), MenC (2)	19	
Spain	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), MenC (2)	20	
Portugal	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), MenC (2), BCG	21	4 (21–23)
Luxembourg	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (2), Pneumo (3), Rota (3)	22	
Cuba	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (4), MenBC (2), BCG	22	
Andorra ^a	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), MenC (2)	23	
Austria	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), Rota (2)	23	
Ireland	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (2), MenC (2), BCG	23	
Greece	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), MenC (2)	23	
Monaco ^a	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), HepA, BCG	23	
Netherlands	DTaP (4), Polio (4), Hib (4), Pneumo (4)	24	5 (24–26)
Canada	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), MenC (2), Flu	24	
Australia	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (4), Pneumo (3), Rota (2)	24	
United States	DTaP (3), Polio (3), Hib (3), HepB (3), Pneumo (3), Rota (3), Flu (2)	26	

^a These four nations were excluded from the analysis because they had fewer than five infant deaths.

^b DTaP is administered as a single shot but contains three separate vaccines (for diphtheria, tetanus, and pertussis). Thus, DTaP given three times in infancy is equivalent to nine vaccine doses. Immunization schedules are for 2008–2009.^{9,10}

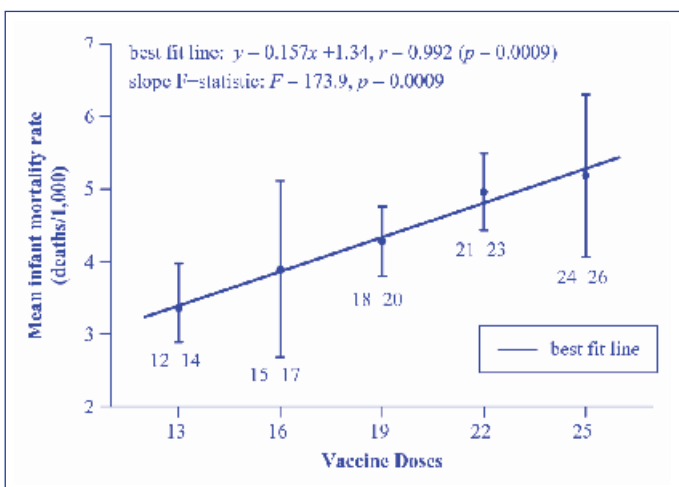


Gráfico 1

En el gráfico adjunto del artículo se muestra la regresión lineal entre el número de dosis de vacunas con la TMI.

La comparación entre estas dos tablas revela 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 entre 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 demyelination 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 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 poliomielitis parálitica asociada a la vacuna siempre y cuando la vacuna antipoliomielítica 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 poliomielitis 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 mecanismo de acción. Aquí únicamente incluye 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, Mg²⁺ Fe³⁺ se sustituyen por Al³⁺ 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, Chenard 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 y tetánicos y tos ferina (DTP) y del sarampión las paperas y la 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 hacinamiento contribuyeron de forma mayoritaria al declive en mortalidad, no las intervenciones médicas (vacunas).

19 <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=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.

Ver la tabla 3 (siguiente página).

En el gráfico 2 hemos marcado con una flecha el año de introducción (1965) de la vacunación masiva de la difteria según el mismo documento.

20 Eloë-Fadros EA, McArthur MA, Seekatz AM, Drabek EF, Rasko DA, Szein 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 atenuada 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.

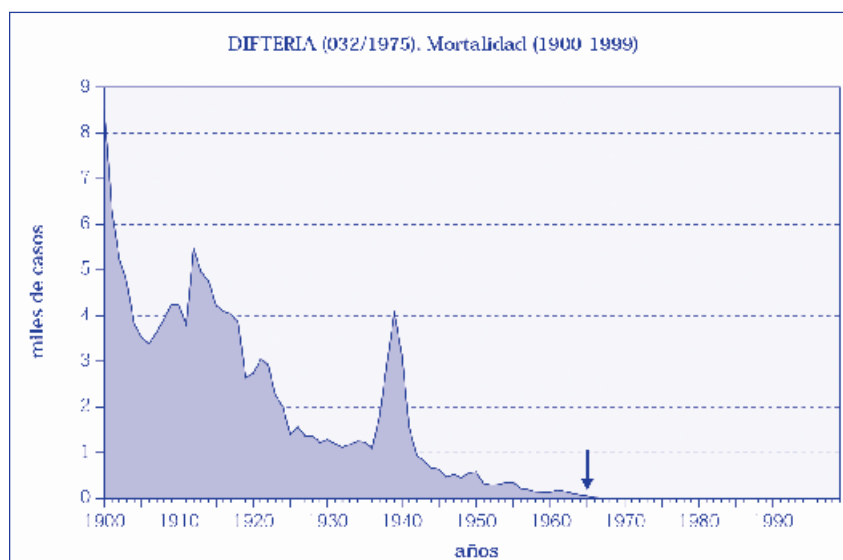
Al final del artículo, los autores comentan que sus resultados ponen de manifiesto la imprevisibilidad de las reacciones inmunes individuales a cada antígeno de una vacuna combinada. Subrayan la importancia de evaluar la inmunogenicidad de toda la vacuna en ensayos previos a la vacunación. Concluyen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

DIFTERIA (032/1975). Mortalidad (1900-1999) y Tasas/100.000 h.

Años	N.º	Tasa	Años	N.º	Tasa	Años	N.º	Tasa	Años	N.º	Tasa	Años	N.º	Tasa
1900	8.489	45,5	1920	2.732	12,8	1940	3.169	12,3	1960	139	0,5	1980	0	0
1901	6.299	37,3	1921	3.052	14,2	1941	1.563	6	1961	190	0,6	1981	0	0
1902	5.247	27,9	1922	2.937	13,6	1942	956	3,7	1962	156	0,5	1982	0	0
1903	4.721	25,1	1923	2.260	10,3	1943	816	3,1	1963	110	0,4	1983	1	X
1904	3.823	20,1	1924	2.009	9,1	1944	669	2,5	1964	81	0,2	1984	1	X
1905	3.524	18,4	1925	1.407	6,3	1945	642	2,4	1965	56	0,2	1985	0	0
1906	3.390	17,5	1926	1.576	7	1946	472	1,7	1966	24	0,1	1986	0	0
1907	3.634	18,7	1927	1.363	6	1947	533	2	1967	18	X	1987	1	X
1908	3.926	20	1928	1.377	6	1948	460	1,7	1968	14	X	1988	0	0
1909	4.256	21,6	1929	1.225	5,3	1949	550	2	1969	7	X	1989	0	0
1910	4.239	21,3	1930	1.288	5,4	1950	587	2,1	1970	5	X	1990	0	0
1911	3.799	19	1931	1.203	5,1	1951	333	1,2	1971	6	X	1991	0	0
1912	5.465	27,1	1932	1.123	4,7	1952	297	1	1972	6	X	1992	0	0
1913	4.956	24,4	1933	1.181	4,9	1953	305	1,1	1973	3	X	1993	0	0
1914	4.756	23,3	1934	1.250	5,1	1954	352	1,2	1974	4	X	1994	0	0
1915	4.231	20,6	1935	1.238	5	1955	363	1,2	1975	1	X	1995	0	0
1916	4.097	19,8	1936	1.103	4,4	1956	224	0,8	1976	4	X	1996	0	0
1917	4.044	19,4	1937	1.773	7,1	1957	199	0,7	1977	3	X	1997	0	0
1918	3.844	18,3	1938	2.930	11,6	1958	149	0,5	1978	2	X	1998		
1919	2.650	12,5	1939	4.058	15,9	1959	141	0,1	1979	1	X	1999		

Tabla 3

Gráfico 2



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.

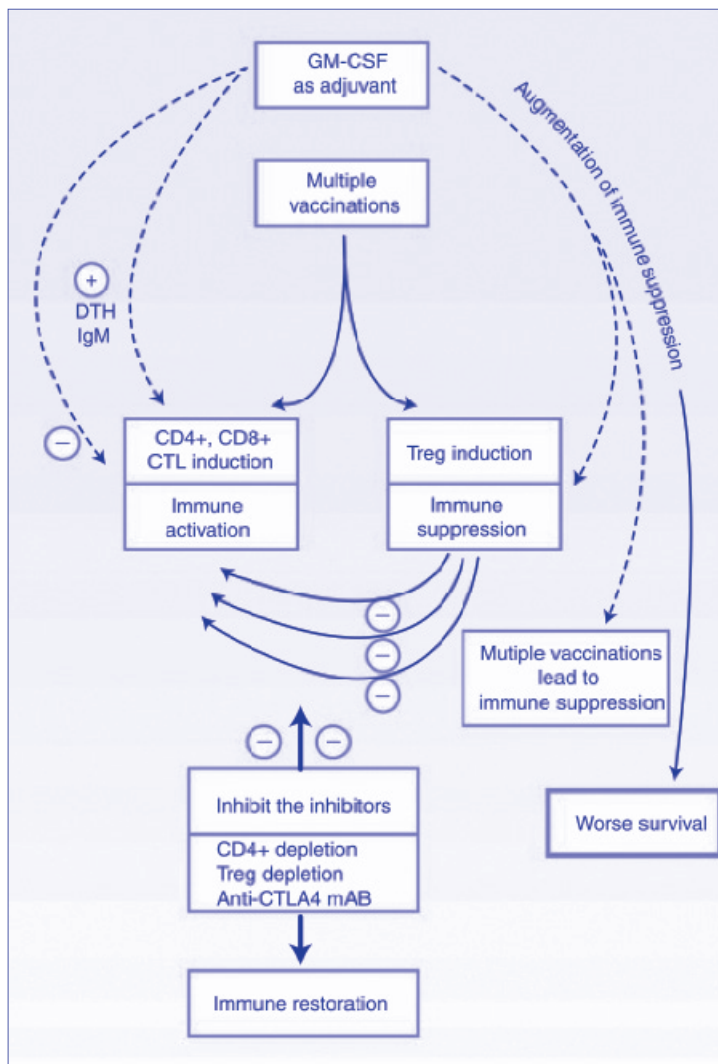


Gráfico 3

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.

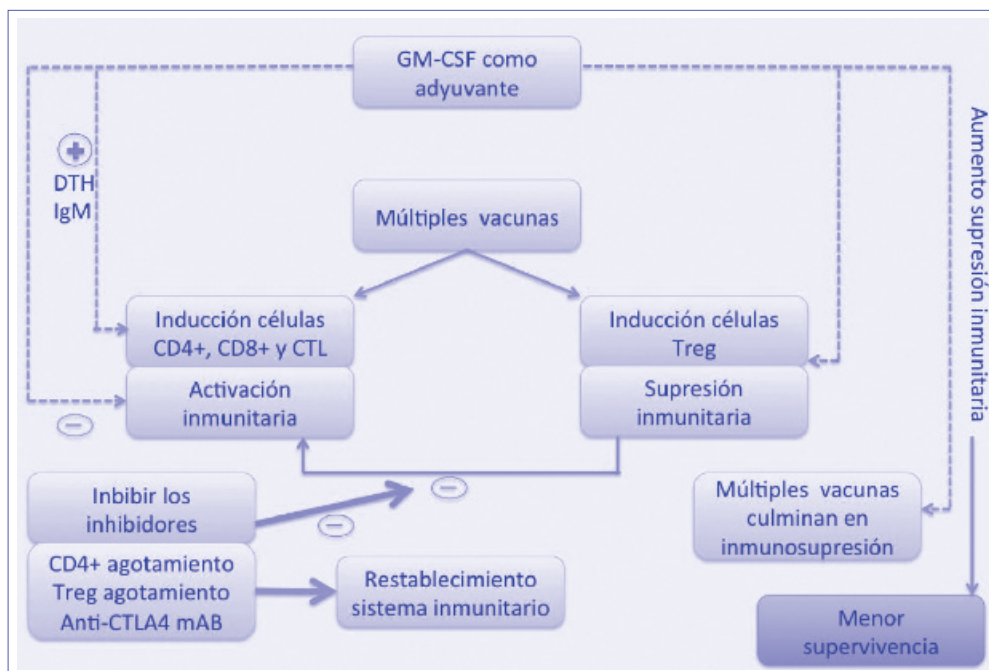


Gráfico 4

- 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 pseudomembrana.

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, Bompreszi 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 encefalomiелitis 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.

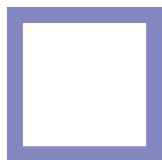
- La vacunación se considera segura generalmente en pacientes con esclerosis múltiple. Presentamos cinco pacientes con síndromes desmielinizantes multifocales o atípicos, generados 21 días después de la inmunización con la vacuna tetravalente del VPH.
- Aunque la población objetivo, mujeres jóvenes, 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 marcadores 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 adhirieron 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. ■

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



Autor: Xavier Uriarte (Médico)
Contacto: xavier.uri@gmail.com
Elaboración: 6 de diciembre de 2015

Debido a las informaciones vertidas sobre las muertes de bebés por tosferina natural en España a finales del 2015, hemos querido completar el primer Informe Tosferina publicado en nuestra revista el 11 de febrero de 2014. Esta segunda parte aporta datos sobre la mortalidad en España por Tosferina natural desde 1906 hasta la actualidad, pone tanto en actualidad los defectos propios de la vacuna y sus perjuicios como la ineficacia en la protección que confiere en la madre embarazada.

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

Mortalidad y Morbilidad Tosferina en España 1906-2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Según A. Gallart: “un aspecto interesante es que la enfermedad puede aparecer en vacunados y no

vacunados y que las diferencias entre estos grupos son escasas”.

Referencia

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

Vacuna Tosferina, Morbilidad, Eficacia y Componentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Según M. Campins: “la mitad de los vacunados desarrollan la tosferina”

“en la actualidad se considera que la toxina antipertussis (TP) es un componente esencial de cualquier vacuna antipertussis para que esta sea eficaz”.

Según J. Segura: “datos de otros estudios indican que la inmunidad de las vacunas convencionales de células enteras disminuye hasta el 50% hacia el quinto año después de la última dosis”.

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

Referencias

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

Efectos Adversos de la Vacuna Tosferina Celular y Acelular (Pw y Pa)

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

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

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

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

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

Referencias

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

Vacuna Tosferina en las embarazadas

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

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

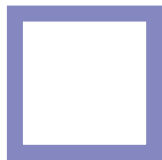
Actualmente se sabe en relación a la vacuna de la tosferina que la presencia de anticuerpos no garantiza dicha protección ni del lactante, ni de la niña, ni del joven ni de la mujer adulta.

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

Referencia

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

Los investigadores confirman: Sarampión transmitido por los Vacunados



Autor: Sayer Ji, Fundador de Greenmedinfo.com

Contacto: www.greenmedinfo.com

Publicado: 27 de enero de 2015

La moraleja de la historia es que no se puede culpar a los padres que no practican la vacunación de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades infecciosas cuando la vacunación no da lugar a inmunidad y no protege a los vacunados de infectar a otros. De hecho, los focos secundarios son una prueba de la ineficacia de la vacuna contra el sarampión en hasta el 99 % de inmunización en poblaciones compatibles llevadas a cabo durante décadas.

Un notable estudio revela que un individuo vacunado no sólo puede infectarse con el sarampión, sino que puede propagarlo a otras personas que también están vacunadas contra el mismo –así se desmiente doblemente la teoría tan ampliamente reivindicada que dos dosis de la vacuna triple viral tienen el “99 % de efectividad”.

Uno de los errores fundamentales en el pensamiento acerca de la efectividad de la vacuna contra el sarampión es que la recepción de sarampión-paperas-rubéola (MMR) equivale a una buena dosis de inmunidad contra estos patógenos. De hecho, se afirma comúnmente¹ que recibir dos dosis de la vacuna triple vírica es equivalente al “99 por ciento de efectividad en la prevención del sarampión”, a pesar de la evidencia de la epidemiología y la experiencia clínica² que lo contradice.

Esta forma de pensar errónea ha llevado al público, medios de comunicación y al gobierno por igual a atribuir el origen de los brotes de sarampión a la población no vacunada, como la que se informó recientemente

te en Disney³, a pesar de que el 18% de los casos de sarampión se produjo en los que habían sido vacunados en contra del mismo– a pesar del tan traído y llevado “99 % de efectividad”. Obvio, la poca fiabilidad de la vacuna también está indicada por el hecho de que el CDC ahora requiere dos dosis.

Pero los problemas en torno a la vacuna MMR son mucho más profundos.

En primer lugar, conllevan grandes riesgos de salud (más del 25 de los cuales hemos indexado aquí: **Peligros de la vacuna MMR**), incluyendo un mayor riesgo de autismo, según confesó **un científico senior del CDC a su agencia**.

En segundo lugar, **la vacuna MMR no logra conferir inmunidad constantemente⁴, pero los que han sido “inmunizados” con dos dosis de vacuna triple vírica todavía pueden transmitir la infección a otras personas** –un fenómeno del cual nadie informa con la prisa por culpar a los efectos mínimos o nulos de los vacunados por el brote.

Los vacunados con MMR aún

pueden transmitir el sarampión

El año pasado, un estudio pionero publicado en la revista *Clinical Infectious Diseases*, cuya autoría incluye a científicos que trabajan para el Departamento de Inmunización, Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York, y el Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias, Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC), Atlanta, GA, estudió las pruebas del brote de sarampión Nueva York 2011 que los individuos **con evidencia previa de vacunación contra el sarampión e inmunidad de la vacuna fueron ambos capaces de infectarse con el sarampión e infectar a otros con él (la transmisión secundaria)**.

Este hallazgo incluso despertó la atención de la corriente principal de transmisión de noticias, como este artículo de *Sciencemag.org* de abril 2014 titulado “Brote de sarampión y localizar la paciente para todas las vacunas para la primera vez”.⁵

Bajo el título, “Brote de sarampión entre las personas con evidencia previa

de inmunidad, en la ciudad de Nueva York en 2011”⁶, el estudio pionero reconoció que “puede ocurrir en individuos vacunados contra el sarampión, pero la transmisión secundaria a estas personas no ha sido documentada”.

Con el fin de averiguar si las personas que cumplen con la vacuna contra el sarampión son capaces de ser infectados y **transmitir la infección a otros**, evaluaron los casos y contactos expuestos durante un brote de sarampión en 2011 NYC sospecha. Se centraron en un paciente que había

epidemiológica y de laboratorio de los casos sospechosos de sarampión, independientemente del estado de vacunación”.

Nos llegaba la información de que un individuo dos veces vacunado, a partir de un brote de sarampión NYC, se encontró que ha transmitido el sarampión a cuatro de sus contactos, dos de los cuales habían recibido dos dosis de la vacuna triple vírica y tenía sarampión, presumiblemente resultado de anticuerpos protectores IgG anteriores.

Este fenómeno (la vacuna triple vírica compatible puede infectar casos compatibles con otra vacuna MMR) ha sido ignorado por los organismos de salud y los medios de comunicación. Estos datos corroboran la posibilidad de que, durante el brote de sarampión Disney los vacunados previamente (cualquiera de los 18% sabe que se han infectado) hayan podido infectarse o ya estaban superando

un sarampión de una vacuna contra el sarampión que se transmite tanto a los vacunados como a los no vacunados.

Uno de los errores fundamentales en el pensamiento acerca de la efectividad de la vacuna contra el sarampión es que la recepción de sarampión-pape-ras-rubéola (MMR) equivale a una buena dosis de inmunidad contra estos patógenos

recibido dos dosis de la vacuna contra el sarampión y encontró que, “de 88 contactos, en cuatro casos secundarios se confirmó que tenían dos dosis de vacuna antisarampionosa o un sarampión pasado, positivo de anticuerpos IgG. Todos los casos tuvieron la confirmación del laboratorio de infección por sarampión, los síntomas clínicos compatibles con el sarampión y alta avidéz IgG característica de anticuerpos como respuesta inmune secundaria”.

Su notable conclusión:

“Este es el primer reporte de la transmisión del sarampión de un individuo vacunado dos veces. La presentación y los datos clínicos de laboratorio del índice eran típicos de sarampión en un paciente no tratado. Los casos secundarios tuvieron respuestas anamnéscas de anticuerpos robustos. No hay casos terciarios y tampoco se produjeron a pesar de numerosos contactos. Este brote pone de relieve la necesidad de una minuciosa investigación

Dejar de culpar a una vacuna contra la falta de la vacunación

Los científicos del CDC de Inmunización de la ciudad de Nueva York identificaron una “necesidad” para que haya “una exhaustiva investigación epidemiológica y de laboratorio de los casos sospechosos de sarampión, independientemente del estado de vacunación”, es decir, los investigadores deben descartar la ineficacia de la vacuna y la infección en personas totalmente infectadas como contribuyentes a brotes de sarampión.

En cambio, lo que está sucediendo ahora es que en el momento en que un brote de sarampión se produce, se asume la actitud reflexiva de “culpar a la víctima”, y los medios de comunicación y/o agencias de salud informan sobre el brote como si se hubiera de-

mostrado un nivel bajo de protección o nulo completamente, a menudo, sin pruebas suficientes para apoyar estas afirmaciones.

Se hace patente la necesidad de un debate, vacuna sí o no, para examinar la situación **desde la perspectiva de la evidencia en sí**⁷ y no desde la ciencia por la proclamación o por las peticiones a la autoridad.

La mayoría de las enfermedades contra las que se vacuna a los niños son leves y contraerlas ayuda a los niños a fortalecer el sistema inmune cuando son pequeños.

El sarampión es una de las pocas que puede causar algunas complicaciones, pero hoy en día se sabe que la causa es déficit de vitamina A. De hecho, organizaciones internacionales de salud usan la **vitamina A** en países del tercer mundo en la prevención del sarampión.

Louise L. Hay (Pensamientos y alimentos), Urano Ediciones.

Referencias

- ¹ www.cdph.ca.gov/Pages/NR15-008.aspx
- ² www.greenmedinfo.com/blog/measles-and-measles-vaccines-14-things-we-consider
- ³ www.greenmedinfo.com/blog/disney-measles-outbreak-mousetrap-ignorance
- ⁴ www.greenmedinfo.com/blog/2013-measles-outbreak-failing-vaccine-not-failure-vaccine1
- ⁵ <http://news.sciencemag.org/health/2014/04/measles-outbreak-traced-fully-vaccinated-patient-first-time>
- ⁶ <http://cid.oxfordjournals.org/content/58/9/1205.long>
- ⁷ www.greenmedinfo.com/guide/health-guide-vaccine-research

Situación legal vacunal en Alemania



Autor: Jürgen Fridrich

Contacto: Lindenstr. 41, D-56290 Sevenich. Tel. 0049/6762/8556

Elaboración: 27 de enero de 2016

La vacunación es voluntaria, no existe obligación de vacunar. No hay ninguna norma legal que las haga imprescindibles para asistir a parvularios, escuelas o universidades.

Anualmente (la última vez el 24.8.2015) la Comisión Vacunal Permanente (STIKO) hace recomendaciones las cuales son puestas en práctica por los distintos ministerios de salud de cada región o land, la mayoría de las veces se aplican sin el más ligero cambio.

En determinadas situaciones el Ministerio estatal de Salud o los gobiernos regionales pueden dictar recomendaciones legales para que parte de la población más sensible o amenazada se proteja vacunalmente, cuando aparece una enfermedad contagiosa con formas graves en su proceso clínico y peligro o amenaza de una epidemia (Ley de prevención de infecciones - Infektionsschutzgesetz – IfSG - §20, 6, 7). El derecho fundamental a la integridad física se irá restringiendo a medida que aumenta el peligro.

Existe la obligación para el médico vacunador de proporcionar información antes de la vacunación. Esto asegurará que el receptor de la vacuna o los padres puedan tomar una decisión informada. El folleto o prospecto es información para los padres y los vacunados.

Hay una obligación legal de informar de varias enfermedades transmisibles o contagiosas, incluyendo aquellas contra las cuales se puede vacunar.

Igualmente ante la sospecha de la enfermedad, así como la enfermedad y la muerte (§ 6 IfSG). Hay la obligación de registrar o informar de estos casos entre otros para médicos, miembros de otras profesiones médicas o de enfermería (por ejemplo comadronas o matronas) y naturópatas.

No informar puede ser castigado con multas, en caso de dolo con penas de prisión (§73 u.74 IfSG).

También hay la obligación de declarar (§6 IfSG) ante la sospecha de que se supere la medida habitual de reacción a la vacuna con daños para la salud ("daños vacunales"); la no observancia puede ser multada de acuerdo al §73 IfSG. Las obligaciones de información las tienen aquí (en Alemania), entre otros, médicos y naturópatas.

Al reconocimiento de daños vacunales sigue una compensación económica (entre otros, § 60 u. 61 IfSG). Los miembros de los grupos profesionales mencionados tienen la obligación de informar. Todos los demás también pueden informar (por ejemplo, familiares o las mismas víctimas).

Reglamentos que se pueden incluir en el proceso de libre elección de vacunación, son entre otros los siguientes:

Si se demuestra la existencia de persona enferma, enfermedad o sospecha de contagio se puede dictar un orden de prohibición (por ejemplo, para el jardín de infancia o la escuela) (§28 IfSG).

Se puede considerar "sospechoso" quien no presenta o muestra un documento de prueba de inmunidad (por vacunación, enfermedad previa o que haya tenido contacto con una persona infectada).

Según §34,10a IfSG, los padres tienen que demostrar con un certificado haber recibido información o consejo médico vacunal antes de matricular al niño en un centro infantil de día (guardería, parvulario, etc.).

Según §23a IfSG ciertos empleadores (por ejemplo, en hospitales, consultorios médicos) pueden recoger datos sobre el estado de la vacunación y el estado serológico de los trabajadores para decidir sobre el empleo o en la forma de empleo.

Se hacen recomendaciones para las siguientes vacunas estándar (además también las hay en determinadas indicaciones, como viajes) para una inmunización básica:

Bebés a partir de 6 semanas de edad:

Rotavirus (dependiendo de la vacuna, una o dos dosis más como más pronto 4 semanas más tarde).

Bebés desde la edad de 2 meses:

Tétanos, difteria, tos ferina, Hib, polio, hepatitis B, neumococo; Repetir a partir de los 3 meses cumplidos (no neumococos) y los 4 meses, la dosis final con 11-14 meses.

Bebés con 11-14 meses:

Meningococo C (1 dosis), sarampión, paperas, rubéola, varicela (2 dosis, la

segunda después de al menos 4 semanas después de la primera).

Chica con 9-14 años:

Cáncer de cuello uterino (VPH) 2 ó 3 dosis.

Adultos:

Neumocócica una vez a partir de 60 años.

Influenza ("gripe") anualmente a partir de 60 años.

Sarampión para los que nacieron después de 1970, si el estado inmunológico no está claro.

Vacunas de recuerdo:

Los niños de 5-6 años: tétanos, difteria, tos ferina.

Los adolescentes de 9-17 años:

Tétanos, difteria, tos ferina, poliomielitis.

Adultos (mayores de 18 años):

Tétanos y difteria cada 10 años, una vez contra la tos ferina, ponerse al día de las vacunas que falten. ■



PROGRAMA BIOCULTURA

BILBO. Domingo, 2 de Octubre de 2016

12h. ¿Qué son las Vacunas y cómo funcionan?

- Sr. Karmelo Bizkarra (Médico. Navarra)

13h. ¿Qué información sobre Vacunas piden las familias ante el nacimiento del primer hijo?

- Sra. Eneka Basabe (Doula. Bizkaia)

14h. Mesa de familias que no vacunan sistemáticamente.

- Coordina: Sra. Eva Sanz (Colaboradora de la Liga. Bizkaia)

15h. ¿Son realmente necesarias las Vacunas de la Difteria, Tosferina, Polio y Papiloma Humano?

- Sr. Xavier Uriarte (Médico. Gerona)

Coordinan:

Eva Sanz y Xavier Uriarte

Organiza:

Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)

BioCultura
Feria de productos ecológicos
y consumo responsable

Síndrome ASIA y el profesor Yehuda Shoenfeld (primera parte)



Artículo traducido del italiano por el Dr. Eduardo Yahbes, Argentina, al cual le agradecemos su colaboración (www.vacunacionlibre.com.ar).

Artículo original: *ASIA–Autoimmune/Inflamatori Syndrome Induced by Adjuvants: Even and Odd*. Parricon, C et cols., *Journal of the Italian Society for Rheumatology*. Reumatismo. Vol. 63, nº 2 (2011).

En 2011 un nuevo síndrome denominado ‘ASIA autoinmune/síndrome inflamatorio inducido por adyuvantes’ era definido apuntando a resumir por primera vez el espectro de enfermedades autoinmunes desencadenadas por un estímulo adyuvante tal como la exposición crónica a la silicona, tetrametilpentadecano, pristano, aluminio y otros adyuvantes, así como los componentes infecciosos, que pueden tener también un efecto adyuvante.

Se han encontrado factores ambientales para inducir autoinmunidad por sí mismos tanto en modelos animales y en los seres humanos: por ejemplo, silicona se asoció con siliconosis, hidróxido de aluminio después de la vacunación y síndrome miofascitis macrofágica. Varios mecanismos se han planteado de estar implicado en la aparición de autoinmunidad inducida por adyuvante; un fondo genético favorable juega un papel clave en la aparición de este tipo de enfermedades relacionadas con la vacuna y también justifica la rareza de estos fenómenos. Este documento se centrará en facetas proteicas que son parte de ASIA, centrándose en los roles y mecanismos de acción de diferentes adyuvantes que conducen a la respuesta autoinmune/inflamatoria.

Los datos de este documento ilustran el papel crítico de los factores ambientales en la inducción de la autoinmunidad.

De hecho, es la interacción de la susceptibilidad genética y el medio ambiente que es el actor principal para la iniciación de incumplimiento de la tolerancia.

El Profesor Yehuda Shoenfeld es el fundador y director del Centro Zabłudowicz de Enfermedades Autoinmunes en el Centro Médico Sheba, que está afiliado a la Facultad de Medicina Sackler de la Universidad de Tel–Aviv, Israel. Él es también el titular de la Cátedra Laura Schwarz–Kipp para la Investigación de Enfermedades Autoinmunes en la Universidad de Tel–Aviv. Sus trabajos clínicos y científicos se centran en enfermedades autoinmunes y reumáticas, y él ha sido el destinatario de múltiples premios, incluyendo el Premio Vida Contribución en medicina interna en Israel, 2012.

En los últimos años, el profesor

Shoenfeld señaló que las cuatro condiciones siliconosis, síndrome de la Guerra del Golfo (GWS), síndrome macrofagomiofascitis (MMF) y los fenómenos post-vacunación estaban vinculados con la exposición previa a un adyuvante, y que los pacientes también presentan síntomas clínicos similares. En 2011, esto condujo al Profesor Shoenfeld a sugerir que estas condiciones comparables deben ser agrupadas bajo un síndrome común titulado ‘ASIA’, por ‘síndrome autoinmune (Auto inflamatorio) inducido por adyuvantes’.

En este Q & A hablamos con el profesor Shoenfeld sobre ASIA, y discutimos sus recomendaciones con

respecto a futuras investigaciones en este campo:

¿Qué es ASIA?

ASIA es un nuevo síndrome, que se refiere a los síndromes autoinmunes inducido por adyuvantes. Incluye una serie de condiciones que no están totalmente caracterizadas como enfermedades autoinmunes como el lupus sistémico, la artritis reumatoide o la esclerodermia, pero que son inducidos por la estimulación crónica del sistema inmunológico por sustancias que pueden reaccionar como adyuvantes. Esta estimulación crónica conduce a la aparición de estos nuevos signos y sínto-

mas, que incluyen fatiga, artritis, mialgia y manifestaciones neurológicas.

¿Qué adyuvantes de uso común en la práctica médica han sido implicados en ASIA?

La idea de ASIA como un nuevo síndrome desarrollado después de algunos estudios sobre el síndrome de la Guerra del Golfo informó que los soldados que no habían sido desplegados en la zona del Golfo sufrían de síntomas como fatiga severa, deterioro cognitivo, mialgias y artralgias.

Esto plantea la cuestión de si se trataba de las vacunas administradas a los soldados que indujeron estos síndromes. Los adyuvantes más comunes son los implantes de silicona y el aluminio en las vacunas.

¿Existen otros adyuvantes asociados con ASIA?

Hay algunos adyuvantes específicos que han sido demostrados por inducir ASIA, por ejemplo, el aluminio. El aluminio es el más antiguo, el más barato y el adyuvante más eficaz hasta el momento, por lo que todavía se utiliza comúnmente en el desarrollo de vacunas.

En 2001, Romain Gherardi y sus colegas informaron que los pacientes diagnosticados con miofascitis macrofágica o MMF (una enfermedad muscular rara caracterizada por alteraciones miopatológicas específicas, primero descrito por el *Groupe d'Etudes et Recherche sur les Maladies musculaires Acquisées et Dysimmunitaires (GERMMAD)*), previamente habían sido vacunados con vacunas de hepatitis que contienen hidróxido de aluminio. Estos pacientes desarrollaron mialgia grave con manifestaciones neurológicas, deterioro cognitivo, mareos, falta de concentración y falta de sueño. Después de muchos estudios, Romain Gherardi y sus colegas fueron capaces de demostrar que el aluminio se deposita en el músculo, y luego a través de los macrófagos viaja desde los músculos a diferentes órganos

y penetra la barrera sangre-cerebro. Sobre esta base, MMF es parte del síndrome de ASIA. Otra condición se denomina “síndrome del edificio enfermo” (SBS), conduce a síntomas clínicos similares a los del síndrome de la Guerra del Golfo y se manifiesta en las personas que viven en una habitación o edificio específico. Sin embargo, una vez que se trasladan a otra habitación o a otro edificio, pueden recuperarse completamente. Se cree que, en esa habitación, hay una cierta sustancia que reacciona o se comporta como el adyuvante. Ya he mencionado que el aluminio se utiliza como adyuvante en las vacunas, también como uno de los materiales más comunes en el mundo, sus usos son aún más generalizados, ya que gran parte del equipo utilizado en nuestra vida cotidiana está hecha de aluminio.

A medida que el uso de las vacunas, los implantes de silicona, etc... están tan extendidos, ¿qué significa esto en términos de salud pública?

En primer lugar, las vacunas están muy extendidas, y me gustaría aclarar que yo definitivamente **¡no estoy en contra de las vacunas!**

Las vacunas son el mejor desarrollo de la medicina que la humanidad ha tenido en los últimos 300 años y han ayudado a la erradicación casi completa de algunas enfermedades virales. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que cuando se da a millones de personas una sustancia activa, y las vacunas son sustancias activas, a continuación, algunos pueden sufrir de efectos adversos. Después de todo, las vacunas contienen partículas virales o sintéticas emulsionadas como adyuvante, se supone que para mejorar la reacción inmune.

Por lo tanto, tenemos que identificar a las personas que están en riesgo de padecer efectos secundarios debido a la estimulación crónica de su sistema inmunológico. En primer lugar tenemos que diagnosticar a estas,

tratarlas y algunas de ellas deben ser compensadas, ya que las vacunas muy a menudo son obligatorias, ya sea por mandato del Estado, el gobierno o el empleador.

Respecto a los implantes de silicona, que es una operación estética muy común, ha habido alegaciones de que la silicona es completamente inerte, que no se escapa y viaja a través del cuerpo, que no induce granulomas, etc., pero esto es engañoso. Han habido casos recientes de implantes de **silicona** rotos, pero incluso sin haber implantes rotos, hay nano partículas de silicona que pueden viajar a través del cuerpo. Por lo tanto la silicona se puede encontrar en diferentes partes del cuerpo, como las manos, el pecho y la ingle. Aunque los implantes de silicona son bastante comunes, por suerte el síndrome en sí es raro.

Del mismo modo, enfermedades autoinmunes que son definitivamente inducidas por infecciones no son tan comunes como las propias infecciones. Esto se debe a una interacción específica entre el agente infeccioso y los componentes genéticos que está vinculada con la incidencia de enfermedades autoinmunes.

Con respecto al síndrome ASIA, la prevalencia es mayor en los sujetos que llevan el gen **HLA-DRB1**. Cabe señalar que este es el mismo HLA (antígeno leucocitario humano) que se encontró presente en aquellos que habían desarrollado una enfermedad autoinmune después de la administración de la vacuna. Así, tal vez en el futuro con nuevos avances en medicina personalizada, vamos a ser capaces de detectar a los que están en riesgo en función de su composición genética, y por lo tanto evitar la aparición de enfermedades autoinmunes, evitando la administración de vacunas que contienen adyuvantes que son conocidos por estar asociados con el síndrome de ASIA.

En los sujetos de prueba el tipo de adyuvante puede ser sustituido por uno que no pudiera estar asociado con el síndrome de ASIA. Me gustaría hacer hincapié en que en la actualidad hay nuevos adyuvantes en desarrollo

que tienen que ser probados para determinar la eficacia, pero esperamos que estos podrían tener menos efectos secundarios que el aluminio y otros adyuvantes establecidos.

¿Cuáles son los criterios actuales utilizados para el diagnóstico de ASIA?

Hemos publicado los criterios y clasificado como hacemos normalmente con diferentes enfermedades autoinmunes, es decir, en criterios principales y criterios menores. Criterios más importantes son las manifestaciones clínicas tales como fatiga severa, falta de sueño, mialgias y artralgias; los criterios menores incluyen la presencia de diversos auto anticuerpos y el HLA específico (por ejemplo, DRB1). Sin embargo, como he mencionado antes, en los últimos años muchos de estos pacientes pueden llegar a desarrollar una enfermedad autoinmune más bien definida. Por ejemplo, en caso de desarrollar esclerodermia o esclerosis sistémica, van a sufrir de piel apretada, complicaciones de los pulmones, los riñones y así sucesivamente...

¿Qué mecanismos se han establecido a través de los cuales los adyuvantes pueden causar estos efectos?

En parte, el mecanismo consiste en la estimulación crónica del sistema inmune, que puede entonces conducir a la liberación de citoquinas inflamatorias incluyendo el interferón γ , el interferón α , interleucina (IL)-1, IL-6, factor de necrosis tumoral (TNF) α y así sucesivamente. Así, en parte, este síndrome puede ser inducido por esta cascada de citocinas liberadas en respuesta a la estimulación crónica.

Esta estimulación crónica también puede implicar la apertura de la barrera sangre-cerebro, y por lo tanto la penetración de diferentes sustancias en el cerebro. **Por ejemplo, uno de los mecanismos que ha sido bien definido es que los depósitos de aluminio en el cuerpo después de la inyección**

de la vacuna, o después de la exposición a otras fuentes de aluminio, estas partículas pueden cruzar la barrera sangre-cerebro a través de los macrófagos y depositarse en el cerebro.

En el pasado, nosotros los médicos fuimos testigos de esta 'toxicidad' del aluminio en el cerebro, en los casos en que el paciente fue tratado a través de diálisis. El fluido de dializado contenía aluminio, y en realidad se difundió en el cerebro a través de la barrera sangre-cerebro que conduce a intoxicación por aluminio. En algunos casos, el paciente presentó síntomas compatibles con el síndrome ASIA.

Además, la estimulación crónica también induce diferentes auto anticuerpos. Aunque los auto anticuerpos no necesariamente indican una enfermedad autoinmune específica, podría ser una combinación de anticuerpo anti-ADN que es más clásico para el lupus eritematoso sistémico (LES), también anticuerpos anti-mitochondriales que pueden indicar la cirrosis biliar primaria. Como mencioné anteriormente, las enfermedades no definidas del tejido conectivo (UCTD) a lo largo de los años pueden desarrollar una enfermedad autoinmune específica. Por lo tanto, también creemos que la mayoría de los casos de UCTD son en realidad parte del síndrome de ASIA.

¿Hay alguna evidencia que sugiere que los factores ambientales o genéticos pueden conducir a un mayor riesgo de desarrollar ASIA?

La prevalencia real de los factores ambientales, además de los implantes de silicona y los adyuvantes en la vacuna, no se conoce todavía. Pero en base a mi experiencia y de la lectura de literatura, puedo suponer que el aluminio y otros materiales diferentes que se utilizan en la vida cotidiana

pueden estar asociados. Por ejemplo, en la década de 1980 se observó un aumento significativo de los casos de lupus en una ciudad ex-industrial en los Estados Unidos, Ferry Street East en Buffalo, Nueva York. Tras las investigaciones se encontró que el área estaba fuertemente contaminada con materiales tóxicos (como plomo, bifenilos policlorados, tricloroetileno y compuestos orgánicos volátiles).

Así, mirando esto desde un contexto más amplio, diría que se puede

Una exposición temprana a un adyuvante puede poner en marcha una cadena de acontecimientos biológicos e inmunológicos que, en individuos susceptibles, pueden en última instancia conducir al desarrollo de enfermedades autoinmunes.

considerar que los materiales tóxicos que pueden actuar como los adyuvantes pueden ser la base de lo que llamamos enfermedades autoinmunes 'idiopáticas'.

¿Qué se sabe acerca de la prevalencia de ASIA, sobre todo en cuanto a la distribución geográfica?

No hay conocimiento sobre la distribución geográfica. Sabemos que muchas de las enfermedades autoinmunes son más frecuentes en las poblaciones que viven más lejos del ecuador. Se cree que la exposición limitada al sol, y por tanto **la falta de producción de vitamina D, puede estar asociada con ASIA.** Sabemos que la vitamina D se asocia con muchas enfermedades autoinmunes. Por ejemplo, en un estudio se analizaron más de 40 enfermedades autoinmunes diferentes, y detectaron que los pacientes tenían niveles significativamente más bajos de vitamina D en comparación con la población sana dentro de la misma área geográfica. Los estudios han

surgido de las Filipinas, México, de todas partes del mundo, pero estos son sólo pequeñas series de casos. No hay grandes estudios epidemiológicos hasta la fecha que hayan sido capaces de analizar la distribución geográfica. Sin embargo, creo que con el tiempo vamos a encontrar una correlación entre el síndrome de ASIA y la distribución geográfica.

Un estudio de **Finlandia** informó de un gran aumento en los casos de **narcolepsia, que ahora se reconoce como una enfermedad autoinmune**. Los investigadores **correlacionaron** este aumento de la incidencia de narcolepsia **con las vacunas que se administraron durante la epidemia de la gripe H1N1** (gripe porcina) en esa región. Me gustaría hacer hincapié en que esta enfermedad se reconoce en Finlandia y está **estrictamente asociada con el genotipo (HLA) DQB1*0602**. Cuando la vacuna fue aplicada durante la epidemia de H1N1, hubo un aumento de narcolepsia de 13 veces en esta zona geográfica. Así que la distribución geográfica, en este caso no estaba conectada a la sustancia, sino más bien con el genotipo de las personas que viven en la zona, lo que las hizo más susceptibles a desarrollar la narcolepsia.

¿Cuáles cree usted que son las direcciones futuras de investigación en este campo?

Se deben hacer esfuerzos para entender los mecanismos que hay detrás de ASIA para desarrollar mejores adyuvantes, especialmente en las vacunas. Después de todo, muchas personas son vacunadas con regularidad, y debemos minimizar los posibles efectos secundarios.

Debemos aprender de ASIA para comprender mejor la etiología de otras enfermedades autoinmunes que se consideran actualmente como “idiopáticas” (lo que significa que somos idiotas ya que ¡nosotros no conocemos la patología y la etiología!). Me gustaría que en el futuro, no viera más la frase “enfermedades autoinmunes

tienen una etiología desconocida”, porque nos estamos acercando a una mejor comprensión de estas.

Todavía estoy preocupado por los implantes de silicona, si he de recomendar que estos deban ser explantados o no, ya que no hay garantía de plena recuperación del síndrome de ASIA al retirar/explantar los implantes de silicona. Si no es así, entonces el paciente se queda sin los implantes y sigue sufriendo el síndrome de ASIA. Dicho esto, sin embargo, hay algunos casos en los que al retirar/explantar llevaron a una recuperación completa al paciente del síndrome de ASIA. Esto requiere una mayor investigación.

Espero que mucha de la investigación que se está haciendo en todo el mundo ayude a que en el futuro vayamos a ser capaces de identificar mejor los pacientes que están en riesgo de desarrollar este síndrome, y evitarlo.

¿Cuál es su consejo a los clínicos para el manejo y tratamiento de pacientes con enfermedades autoinmunes? ¿Deben ser examinados rutinariamente de ASIA?

Como no hay marcadores de ASIA, no podemos dar garantía para esto. Mi consejo para el clínico o profesional es prestar más atención a la historia del paciente, específicamente con respecto a su historial de vacunas. En el futuro, me gustaría que los médicos puedan diagnosticar al paciente desde el principio y, además, puedan ayudar a compensarlos en cada caso; después de todo, estos pacientes sufren. Estaban completamente sanos hasta que fueron vacunados y luego desarrollaron repentinamente la enfermedad. Una mejor comprensión de los síntomas y el desarrollo de marcadores serológicos pueden ayudar a identificar los factores de riesgo como el HLA y el fondo autoinmune familiar en una fase muy temprana. La terapia para ASIA debe ser el mismo tratamiento que para enfermedades autoinmunes

y hasta que podamos entenderlo mejor, tal vez los médicos deben considerar el cambio a otros fármacos biológicos que no hayan sido asociados con ASIA, en lugar de seguir utilizando los medicamentos de siempre.

Síndrome Autoinmune/Inflamatorio inducido por Adyuvantes (ASIA):

Debido a la falta de información científica en Colombia a raíz de los casos de toxicidad inducida por la campaña de vacunación del papiloma humano en la población del Carmen de Bolívar, departamento de Bolívar, voy a anexar partes de la traducción al español del artículo del doctor Yehuda acerca del Síndrome ASIA:

En 2011 un nuevo síndrome denominado «ASIA o Síndrome Autoinmune Inflamatorio inducido por Adyuvantes» se definió y justificó por primera vez para resumir el espectro de enfermedades inmunes desencadenadas por un estímulo adyuvante tal como la exposición crónica a silicona, tetrametilpentadecano, pristano, aluminio y otros adyuvantes, así como componentes microbianos, que también pueden tener un efecto adyuvante. Todos estos factores ambientales se han encontrado que inducen autoinmunidad por ellos mismos tanto en modelos animales como en seres humanos, por ejemplo, la silicona se asoció con siliconosis, el hidróxido de aluminio con fenómenos post-vacunación y con síndrome de miofascitis macrofágica. Se han planteado varios mecanismos hipotéticos como involucrados en la autoinmunidad inducida por adyuvante, una carga genética favorable juega un papel clave en la aparición de enfermedades relacionadas con las vacunas lo que también explica la rareza de estos fenómenos. Este artículo se concentrará en los aspectos primordiales que toman parte del Síndrome ASIA, enfocándose en los mecanismos de acción de los diferentes adyuvantes, que conducen a la respuesta inflamatoria o autoin-

mune. Los datos de este documento ilustran el papel crítico de factores medioambientales en la inducción de autoinmunidad. De hecho, es la interacción de la susceptibilidad genética y el ambiente los que protagonizan el inicio de esta ruptura de la tolerancia inmunológica.

Shoenfeld y Agmon-Levin, recientemente, crearon el término "ASIA" para referirse con sus siglas en inglés al Síndrome Autoinmune/Inflamatorio inducido por Adyuvantes para describir una constelación de condiciones clínicas como siliconosis, síndrome de la Guerra del Golfo, síndrome Miofascial Macrófago, síndrome del Edificio Enfermizo y fenómenos postvacunación los cuales comparten similares signos y síntomas. Los síntomas más recientemente reportados incluyen mialgias, miositis, artralgias, manifestaciones neurológicas, fiebre, boca seca y alteraciones cognitivas. Además, muy común, es la presencia del síndrome de Fatiga Crónica, a menudo asociado con trastornos del sueño o sueño no-reparador. Estos síntomas compartidos sugieren la presencia de un común denominador el cual ha sido subsecuentemente identificado en el adyuvante.

El adyuvante se define como 'cualquier sustancia que actúa para acelerar, prolongar, o aumentar la respuesta inmune antígeno-específica'. Es un agente que puede estimular la respuesta inmune e incrementar la respuesta a una vacuna, sin tener ningún efecto específico en sí mismo. Los síndromes arriba mencionados, son trastornos mediados inmunológicamente que parecen seguir una estimulación crónica del sistema inmune por agentes con características de adyuvante. La prevalencia de las condiciones mediadas inmunológicamente está en aumento en diferentes áreas geográficas y estos cambios geo-epidemiológicos pueden ser explicados por un complejo de factores genéticos y medio-ambientales. Mientras ciertas composiciones genéticas específicas pueden predisponer al surgimiento de un síndrome autoinmune o auto-

inflamatorio, la presencia de un factor externo o del medio ambiente interno recientemente llamado 'exposome', es esencial en disparar la respuesta inmune contra el mismo. La presencia de una carga genética favorable es un pre-requisito para el desarrollo de tales condiciones que explican por qué son tan raras. Esto también clarifica por qué los médicos deben estar alerta ante posibles complicaciones que pueden ocurrir en el periodo posterior a una vacunación, en estos individuos en particular. La silicona, el aluminio, el pristano y componentes infecciosos son algunos de los factores medioambientales que comprenden un efecto dependiente del adyuvante. También algunas sustancias aceitosas, algunas veces inyectadas con propósitos cosméticos, pueden tener un efecto adyuvante y ser reportadas como posibles inductores del Síndrome ASIA. Estos adyuvantes parecen ser capaces de inducir autoinmunidad tanto en modelos animales como en humanos. Los mecanismos por los cuales han sido propuestos como críticos para el síndrome ASIA son diferentes. Un ejemplo en particular es el mecanismo del MIMETISMO MOLECULAR, que se refiere al concepto por el cual la respuesta inmune, inicialmente dirigida a antígenos bacteriano o viral, puede dirigirse contra moléculas del huésped vacunado que comparten similitud en su secuencia peptídica o estructura con epítopes microbianos.

Los adyuvantes realizan esta tarea imitando conjuntos específicos de moléculas conservadas evolutivamente (liposomas, LPS, ADN desmetilado que contiene el dinucleótido CpG, etc.). Por otro lado, otros mecanismos posiblemente implicados son inducir autoinmunidad por la activación policlonal de las células B, activación de 'espectador inocente' que aumenta la producción de citoquinas y, además, induce la expansión de las células T auto-reactivas, y, finalmente, la dispersión de epítopes por el cual los antígenos nuevos aceleran la activación local de las células presentadoras de antígenos y el sobre-procesamiento

de antígenos. Se han propuesto criterios mayores y menores que pueden ayudar en el diagnóstico del síndrome de ASIA. Estos criterios fueron validados por Zafrir et al.

En este estudio sobre 93 pacientes que sufrieron de una constelación de síntomas, de naturaleza neuropsiquiátricos, fatiga, mucó-cutáneos, musculoesqueléticos y dolencias gastrointestinales con títulos elevados de auto-anticuerpos documentados en el 80% de los sueros analizados, el 86% de los pacientes cumplieron con los criterios propuestos para el síndrome ASIA. Por lo tanto, en el siguiente documento, vamos a detallar las bases más características que forman el **Síndrome ASIA**, centrándose en las funciones y mecanismos de acción de diferentes adyuvantes que llevan a tal respuesta autoinmune / inflamatoria tan particular.

Criterios principales

Exposición a un estímulo externo (infección, vacuna, silicona, adyuvantes) antes de manifestaciones clínicas.

La aparición de las manifestaciones clínicas "típicas":

- Mialgia, miositis o debilidad muscular
- Artralgias y/o artritis
- Fatiga crónica, sueño no-reparador o trastornos del sueño
- Manifestaciones neurológicas (especialmente asociados con desmielinización)
- Deterioro cognitivo, pérdida de la memoria
- Pirexia, sequedad de boca
- La eliminación del agente incitante induce mejoría
- Biopsia típica de los órganos afectados

Criterios menores

- La aparición de auto-anticuerpos o anticuerpos dirigidos al adyuvante sospechoso.
- Otras manifestaciones clínicas (es decir, síndrome de intestino irritable.).

- HLA's específicos (como **HLA DRB1, HLA DQB1**).
- Evolución a una enfermedad autoinmune (como Esclerosis Múltiple o Esclerosis Sistémica).

1. Introducción

Shoenfeld y Agmon-Levin han acuñado recientemente el término "ASIA, Síndrome inflamatorio / autoinmune inducido por adyuvantes" para describir un "paraguas" para ciertas condiciones clínicas, a saber: silicosis, síndrome de la Guerra del Golfo (GWS), síndrome miofascitis macrofágica (MMF), el síndrome del edificio enfermo (SBS) y, después de la vacunación, fenómenos que comparten signos o síntomas similares [2E6]. La mayoría de los síntomas reportados con frecuencia incluyen mialgia, miositis, artralgia, manifestaciones neurológicas, fiebre, sequedad de boca y alteraciones cognitivas. Por otra parte, muy común es la presencia de:

El síndrome de fatiga crónica (SFC), a menudo asociada con disturbios del sueño o sueño no reparador. Estos síntomas compartidos sugirieron la presencia de un denominador común que ha sido posteriormente identificado en el adyuvante. El adyuvante se define como "cualquier sustancia que actúa para acelerar, prolongar o mejorar antígenos específicos de la respuesta inmune". Es un agente que puede estimular el sistema inmune y aumentar la respuesta a una vacuna, sin tener ningún efecto antigénico específico por sí mismo. Los mencionados anteriormente síndromes, son condiciones inmunes mediadas que aparecen siguiendo una estimulación crónica del sistema inmune por los agentes con características de adyuvantes.

La prevalencia de enfermedades autoinmunes está aumentando en las diferentes áreas geográficas y estos cambios geoepidemiológicos pueden ser explicados por un complejo genético más los factores ambientales.

Mientras composiciones genéticas específicas pueden predisponer a la aparición de una enfermedad autoinmune o un síndrome auto-inflamatorio, la presencia de un factor ambiental externo, recientemente llamado "**exposome**", es esencial para la activación de la propia respuesta inmune. La presencia de un fondo genético favorable como requisito previo para el desarrollo de tales condiciones, explica por qué son tan raros.

También clarifica por qué los médicos deben ser conscientes de las posibles complicaciones que puede producirse después de la vacunación, en estos individuos específicos. Silicona, alumbre, pristano (derivado de la combustiones de petróleo) y componentes infecciosos son algunos de los factores ambientales que comprenden una respuesta auto inmune inflamatoria.

* Autor: Zabłudowicz Centro de Enfermedades Autoinmunes
Sheba Medical Center, Tel-Hashomer
52 621, Israel
Tel.: 972 3 530 8070; fax: 972 3 535 2855
E-mail: shoenfel@post.tau.ac.il (Y. Shoenfeld)

Listas de contenidos disponibles en
ScienceDirect - Diario de autoinmunidad
Web: www.elsevier.com/locate/jautimm
0896-8411 / \$ e see front matter.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2013.10.004>
Diario de autoinmunidad 47 (2013) 1E16

Efecto adyuvante

También otras sustancias del petróleo, inyectadas para fines cosméticos, a veces de manera ilegal, pueden tener un efecto adyuvante inmunológico y se presentan como posibles inductores de ASIA. Estos adyuvantes parecen ser capaces de inducir autoinmunidad tanto en modelos animales como en los seres humanos. Los mecanismos que han sido propuestos como decisivos en ASIA, son diferentes.

Un ejemplo particular es el de **mi-metismo molecular**, que se refiere al concepto de que una respuesta inmune, dirigida inicialmente a antígenos

bacterianos o virales, pueden dirigirse a las moléculas del huésped que comparten homología de secuencia o similitud estructural con epítomos microbianos. Los adyuvantes realizan esta tarea mediante la imitación de conjuntos específicos de moléculas conservadas (liposomas, LPS, no metilados, CpG-dinucleótido que contiene ADN, etc.). En la otra mano, otros mecanismos involucrados posibles que pueden inducir autoinmunidad son la **activación policlonal de las células B**, la espectador activación que aumenta la producción de citoquinas y otros induce la expansión de las células T autor reactivas y, finalmente, la propagación del epítomo por el cual los antígenos invasores aceleran la activación local de las células presentadoras de antígeno y el procesamiento de los antígenos. Se han propuesto criterios mayores y menores que pueden ayudar en la el diagnóstico del síndrome ASIA.

Estos criterios fueron validados por Zafirir et al., en este estudio sobre noventa y tres pacientes que sufrían de una constelación de síntomas, incluyendo trastornos neuropsiquiátricos, fatiga, inflamación mucocutánea, músculo esqueléticos y gastrointestinales con títulos elevados de auto anticuerpos documentados en 80% de los sueros ensayados, 86% de los pacientes cumplieron con los criterios propuestos de ASIA. Así, en el siguiente documento, vamos a detallar los aspectos proteicos que forman parte del ASIA, centrándose en las funciones y mecanismos de acción de diferentes adyuvantes que conducen a tales respuestas inflamatorias autoinmune.

2. ASIA

Un profundo conocimiento de los mecanismos de la patogénesis del síndrome de ASIA se basa en la hipótesis que una exposición temprana a un adyuvante puede poner en marcha una cadena de acontecimientos biológicos e inmunológicos que, en individuos susceptibles,

pueden en última instancia conducir al desarrollo de enfermedades autoinmunes. Estudios recientes abogan por que una red de mecanismos la base de este fenómeno, en particular, en relación al aluminio compuestos a base de (Alum) que comprenden un importante grueso de adyuvantes contemporáneos. Varias teorías han sido sugeridas para la patogénesis del síndrome de ASIA en general y para la capacidad adyuvante de alumbre, en particular.

3. Aluminio como adyuvante

En 1926, Glenny y coll. describieron por primera vez que la precipitación de un antígeno en partículas insolubles de aluminio sulfato de potasio, también conocido como ‘alumbre de potasa’, antes de la inmunización fue responsable de mejores respuestas de anticuerpos que el de antígeno soluble solo. Desde este descubrimiento y aproximadamente por 60 años, el alumbre inducía por “efecto de depósito”: resultado de la liberación lenta del antígeno a células presentadoras de antígeno durante un período prolongado de tiempo. Sin embargo, esa teoría era entonces refutada y el interés en sales de aluminio ha sido progresivamente reavivado en los últimos dos decenios. En 2002, Hogenesch investigó los mecanismos por los que los compuestos de aluminio funcionan como adyuvantes.

Informó de que las sales de aluminio inducen la activación de células dendríticas y complementan los componentes, aumentando el nivel de la secreción de citocinas en el sitio de inyección. Estos hechos fueron aún más justificados en la muestra de la investigación elaborada por Flach et al. Desde su estudio, concluyeron que sales a base de aluminio firmemente unen y alteran la estructura de los lípidos en la membrana plasmática de las células dendríticas. La alteración focal resultada de la composición de los lípidos en la fagocitosis y la entrega del antígeno soluble mezclado a través de

la membrana plasmática a través de la vía endocítica. Por lo tanto, inducir principalmente una respuesta inmune TH2 se facilita por la fuerte unión de las células dendríticas a CD4 + células T y la posterior activación de las células B. Además, es digno de mención que la señalización de TLR no es obligatoria para la inducción de alumbre asociado en la respuesta de anticuerpos. Sin embargo, aunque es una creencia común de que alumbre induce predominantemente una respuesta TH2. Recientemente Tomljenovic y Shaw sugirieron que el aluminio con respuestas TH2 inducidas pueden ser desviados hacia las respuestas TH1 en la presencia de compuestos que inducen Th1. Esto puede servir para aclarar la relación entre las vacunas y adyuvantes con base de aluminio en el desarrollo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por una excesiva Respuesta inmune TH1 en el espectro de ASIA. El NLRP3 inflammasoma es un gran complejo citoplásmico de proteínas que regula la activación proteolítica de las citocinas pro inflamatorias IL-1b e IL-18 en respuesta a los productos microbianos y estrés metabólico. El papel de la inflammasoma NLRP3 (que inician la respuesta inflamatoria) piensa que es fundamental para la capacidad adyuvante de alumbre [29e31]. Ahora bien, la evidencia reciente sugiere que la capacidad adyuvante de alumbre no es comprometida en ausencia de inflamomas, como la producción de citoquinas distintas de IL-1B (por ejemplo, TNF-a) y la superficie de co-estimuladoras reguladores (por ejemplo, CD80, CD86, CD40) están no influenciado por la pérdida de la inflammasoma. Estos datos sirven para sugerir que eventos proximales no relacionados con el inflammasoma NLRP3 son suficientes para mediar la activación de células dendríticas en respuesta a alumbre. Otro hecho relacionado con la capacidad adyuvante de compuestos de aluminio se refie-

re a su asociación con el ácido úrico. Cuando cristalizado, ácido úrico se considera una señal natural de peligro endógeno. Se cree que Alumbre promueve una respuesta inflamatoria que resulta en la liberación de ácido úrico de células necróticas. A su vez, el ácido úrico se cree que aumenta la capacidad adyuvante de alumbre con un aparente aumento de niveles en IL-4. Por lo tanto, no es sorprendente que la inhibición de la formación de ácido úrico y la facilitación de la degradación del ácido úrico da lugar a una supresión de la capacidad adyuvante de alumbre, como es evidente por una disminución en los niveles de IL-4 [32,33]. IL-4 en sí está relacionada con alumbre adyuvante como la

Después de la inyección de una vacuna, o después de la exposición a otras fuentes de aluminio, las partículas de aluminio pueden cruzar la barrera sangre-cerebro a través de los macrófagos y depositarse en el cerebro.

regulación de la superficie celular de monocitos MHC de clase II, un componente crucial en el desarrollo de la inmunidad innata, es dependiente de niveles de IL-4. Otra señal de peligro hipotético para mejorar la capacidad adyuvante de alumbre es el ADN de la célula huésped, que es liberado de las células necróticas. En individuos susceptibles, adyuvantes basados en aluminio pueden inducir la enfermedad autoinmune. Este fenómeno, aunque raro se produce de forma inesperada.

Las enfermedades Autoinmune/inflamatorias se correlacionan con las vacunas a base de alumbre y abarcan condiciones tales como artritis, diabetes de tipo I, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, síndrome de fatiga crónica, y el síndrome de la Guerra del Golfo. Además, se encontraron adyuvantes a base de aluminio que se asocia con miofascitis macrofá-

gica, formación de granulomas y reacciones alérgicas debido a un aumento en los niveles de IgE mediada por la estimulación de alumbre. Una enfermedad autoinmune típica que puede ser instigada por las vacunas de la gripe o de la poliomielitis es el síndrome Guillain Barré. Esta puede ser parcialmente debida al mimetismo molecular, un proceso en el cual hay secuencias con similitudes entre elementos “extranjeros” y auto-péptidos que son suficientes para promover la activación auto-reactiva de las células T por péptidos virales. Otro ejemplo de mimetismo molecular puede ser el posible desencadenante del síndrome antifosfolípido debido a la vacuna contra el tétanos. Esto se logró en un modelo experimental llevado a cabo por Zivkovic et al. La reactividad cruzada se define como la reacción de ‘Mecanismos de efecto por adyuvantes’.

1. El adyuvante (principalmente alumbre) puede funcionar como sistemas de entrega mediante la generación de depósitos de los antígenos en el lugar de la inyección, proporcionando lenta liberación con el fin de continuar la estimulación del sistema inmune, aumentando así la persistencia del antígeno en el sitio de inyección y aumentar el reclutamiento y la activación de células presentadoras (APCs) (efecto de depósito).
2. Otros adyuvantes, ligados esencialmente por los receptores de reconocimiento de patrones (PRR), actúan mediante la inducción de la inmunidad innata por la orientación a través de los vehículos blindados.

Los receptores tipo Toll (TLRs), receptores-NOD como (NLRs), receptores de RIG-I como (RLRs) y los receptores de tipo C lectina (CLR). Las vías de señalización corriente abajo conducen a la activación de factores de transcripción como NF- κ B e IRF3. La consecuencia es la inducción de citocinas y quimiocinas que

juegan un papel clave en el cebado, la expansión y la polarización de las respuestas inmunes.

3. La activación de los miembros de la familia NLR, tales como NLRP3 y NLRC4, desencadena la formación de la inflammasoma que conduce a la producción de las citoquinas pro inflamatorias IL-1 β e IL-18.
4. Los adyuvantes pueden dar apoyo en la presentación de antígenos por los principales complejos de histocompatibilidad (MHC).
5. Los adyuvantes son esenciales para mejorar y dirigir la respuesta inmune adaptativa a los antígenos vacunales. Esta respuesta está mediada por dos tipos principales de células linfocitos T y B. La mayoría de los antígenos activan B por células T helper activadas (células Th1 y Th2). La respuesta Th1 conduce principalmente a una respuesta celular que protege contra patógenos intracelulares. De hecho, las células Th1 secretan IFN- γ , que activa los macrófagos e induce la producción de anticuerpos opsonizantes por las células B. Los linfocitos T citotóxicos (CTL) también son inducidos permitiendo el asesinato de las células infectadas. Por otro lado, las células Th2 inducen una respuesta humoral crucial en la defensa contra los patógenos extracelulares. Las células Th2 secretan citoquinas, incluyendo IL-4, que promueven a la secreción de anticuerpos neutralizantes por las células B. Células Th17 son esenciales en la promoción de la inflamación a través de la activación de neutrófilos y fibroblastos, a través de IL-17 / IL / 23 vía. C. (*Perricone et al. / Diario de autoinmunidad 47 (2013)*) 1E16 3 entre un anticuerpo y un antígeno que es diferente del inmunógeno original. Un posible ejemplo de las vacunas relacionadas con reactividad cruzada inmunológica, es la desmielinizante autoinmune en-

fermedad esclerosis múltiple. Esta enfermedad puede surgir debido a un antecedente de vacuna contra el antígeno de superficie de la hepatitis B [39]. Experimental encefalomiélitis autoinmune, un modelo de esclerosis múltiple, es conocido por ser mejorada por la administración de toxina de Bordetella pertussis

Sin embargo, la exposición repetitiva a la toxina de B. pertussis está demostrado que ejercen propiedades de protección contra la enfermedad autoinmune sobre el SNC en ratones. Esto es, presumiblemente, debido a la regulación al alza de citoquinas anti-inflamatorias y expansión de células T periféricas reguladoras. Sin embargo, se pensó que otra enfermedad relacionada con la exposición compuesto de aluminio es la enfermedad de Alzheimer. Creciente evidencia sugiere que la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer se refiere a la acumulación y agregación de b-amiloide en la materia gris del cerebro. En un estudio realizado por Kawahara et al., se encontró que los compuestos de aluminio aceleran la polimerización de b-amiloide y formar oligómeros estables. Además, concluyeron que la administración crónica de compuestos de aluminio provoca la acumulación de beta-amiloide en varios modelos neuronales in vitro.

Además, el aluminio, el cual fue integrado en soluciones de diálisis, también se sabe que causa la encefalopatía de diálisis. Lo más interesante es que la proteína tau asociada con la demencia y la enfermedad de Alzheimer, fue encontrada acumulada en pacientes en diálisis. Otra asociación entre la vacunación y la enfermedad autoinmune fue encontrada por Miller et al., quienes describieron una asociación entre la vacuna contra el sarampión y la púrpura trombocitopénica idiopática.

4. Miofascitis macrofágica

En 1998 una condición emergente de causa desconocida caracterizada por una lesión patognomónica en la biopsia muscular llamada miofascitis macrofágica (MMF) se ha descrito. Estas lesiones, con un tamaño máximo de 1 cm, estaban en su mayoría presentes en el músculo deltoides y podría ser diferenciada de la enfermedad de Whipple y otra histiocitosis infecciosa y de difundir la fascitis disimmune y paniculitis.

La MMF fue detectada en pacientes adultos de mediana edad con mialgias difusas y fatiga. Los macrófagos fueron la célula importante descrita en la lesión, con aglomerados de nanocrisales de aluminio en el contenido citoplasmático. Sobre los hallazgos histopatológicos: típico es la presencia infiltración focal del epimisio, perimisio y perifascicular endomisio por monocitos y macrófagos, por lo general entremezclada con una población linfocítica menor. Los estudios han demostrado que las partículas de alumbre inyectadas en músculo de ratón son absorbidas por los macrófagos para formar un granuloma-MMF y una importante proporción de partículas escapan del músculo inyectado principalmente dentro de células inmunes. Estas células de partículas cargadas con alumbre con acceso a ganglios linfáticos regionales para luego llegar a órganos distantes tales como el bazo, el hígado y, con el tiempo al cerebro, especialmente si se produce la atracción de señales por las células inflamatorias o el cerebro presenta una débil barrera. La base común en pacientes con el desarrollo de MMF fue la inmunización previa con diferentes vacunas [hepatitis B (VHB), hepatitis A (HAV) o toxoide tetánico (TT)], que contenían hidróxido de aluminio como adyuvante. La MMF es ahora reconocida con una larga persistencia de alumbre en el sitio de la inyección muscular. Gherardi et al., publicó en 2003 un comentario sobre 457 adultos con MMF (70% mujeres; edad media en la biopsia de 45 años) que, en los 10

años anteriores, recibieron de 1 a 17 administraciones de vacuna con alumbre (85% de los casos HBV) "*Mecanismos específicos relativos a la capacidad adyuvante de compuestos de aluminio*".

El mecanismo de efecto depósito de alumbre indujo a consolidación del antígeno deseado en la inyección, resultando en la liberación lenta del antígeno a células presentadoras de antígenos por un período prolongado de tiempo. La activación de las células dendríticas por lípidos y sales de aluminio inducen la activación de las células dendríticas y complementa los componentes que aumentan el nivel de secreción de quimiocinas en el sitio de la inyección. Las sales de aluminio alteran la estructura de los lípidos en la membrana plasmática de las células dendríticas.

Independientemente de la activación de células dendríticas NLRP3 inflamasoma, eventos proximales no relacionados con el inflamasoma NLRP3 son suficientes para mediar la activación de células dendríticas en respuesta al alumbre. El ácido úrico aumenta el efecto adyuvante de alumbre y el ácido úrico media la regulación por incremento de MHC de clase II en monocitos a través de una IL-4 dependiente de este mecanismo.

El ADN de la célula huésped mejora la capacidad adyuvante del alumbre. Aumento de IgE dependiente del alumbre a niveles que promueve la alergia.

El alumbre promueve la formación de la placa amiloide catalizando la polimerización de b-amiloide. El alumbre puede aumentar los niveles de la proteína Tau 4 C. (*Perricone et al./Diario de autoinmunidad 47 (2013) 1E16 vacunación*). La media del tiempo transcurrido desde la última administración de la vacuna fue de 7 meses para los síntomas sistémicos iniciales y 11 meses para mialgia.

Los síntomas sufridos con mayor frecuencia fueron: Mialgias (89%), fatiga incapacitante crónica (77%), alteraciones cognitivas abiertas que afectan a la memoria y la atención (51%) y disnea (50%).

La mialgia suele iniciarse en los miembros inferiores y luego se convierte en generalizada. La debilidad muscular era rara y un aumento nivel sérico de la creatina quinasa se detectó en menos de la mitad de los pacientes.

En un estudio realizado en el año 2000 por Cherin et al., en doce casos de MMF, todos los pacientes se sometieron a una gammagrafía con galio de los músculos y ha demostrado tener una mayor captación de agente de contraste en las zonas dolorosas a lo largo de la fascia muscular de miembros inferiores y en tejidos para-articulares. Respecto del sistema nervioso central, los pacientes con frecuencia se quejaron de MMF subjetiva, deterioro de la memoria, dificultades para mantener la atención y perturbaciones del estado de ánimo. En 2003, un estudio con casos de control demostró que CFS es la condición más frecuente en los pacientes aquejados por MMF [Sesenta y cinco]. Más tarde, Exley et al., reportaron el primer caso de coincidencia de MMF, SFC y sobrecarga de aluminio en un solo individuo.

Además de CFS (Síndrome de Fatiga Crónica), 15-20% de los pacientes con MMF podría desarrollar una enfermedad autoinmune o un trastorno neuromuscular disimmune tales como: trastornos desmielinizantes como MS (EM), la tiroiditis de Hashimoto, dermatomiositis, miopatía autoinmune necrotizante, miastenia gravis y miositis por cuerpos de inclusión. Títulos bajos de diversos autoanticuerpos, aumento de los biomarcadores inflamatorios y estado anormal de hierro también se detecta comúnmente. En conclusión, la lesión en la MMF después de la vacunación es un granuloma inmunogénico caracterizado por inclusiones intracitoplasmáticas que corresponden a cristales de hidróxido aluminio. Además de mialgia generalizada, diferentes síntomas, en particular los correspondientes a complicaciones neurológicas. ■

[Publicaremos la segunda parte en una próxima publicación.]

Vacuna Papiloma Humano:

a) Un científico que intervino en el desarrollo de la vacuna contra el VPH admite que GARDASIL y CERVARIX son una estafa acientífica con consecuencias mortales para los niños

Por David Gutiérrez, Redactor NaturalNews. 19 de enero de 2016

Uno de los investigadores más destacados cuyo trabajo condujo al desarrollo de vacunas contra dos de los virus existentes del papiloma humano (VPH), advierte ahora que en la actualidad, la utilización de esas vacunas no ha sido comprobada como segura o efectiva. “Sobre ocho de cada diez mujeres que han sido sexualmente activas tendrán VPH en algún momento de su vida”, dijo la investigadora Diane Harper, de la Universidad de Louisville. “Normalmente no hay síntomas y, en el 98 por ciento de los casos se borran a sí mismos. Sin embargo, en aquellos casos en que no es así y no se hace tratamiento, puede conducir a que las células precancerosas se conviertan en cáncer cervical”.

Pero para las mujeres en el mundo occidental con acceso a la detección del cáncer de cuello de útero a través de la prueba anual de Papanicolaou, los riesgos de la vacuna son probablemente mayores que los beneficios, advierte Harper.

La vacuna, tan arriesgada como el cáncer

El factor clave, según Harper, es que las tasas de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos y otros países occidentales tienden a ser muy bajas, para empezar. Incluso si la vacuna contra el VPH no pueda prevenir el cáncer de

cuello de útero, y no sólo la infección por VPH –un resultado que nunca se ha demostrado– ya que es poco probable que tenga mucho efecto en las tasas de cáncer. Además, el cáncer de cuello uterino es altamente tratable si se detecta a tiempo, a través de una prueba de Papanicolaou anual. En contraste, dice Harper, la tasa de efectos secundarios graves a la vacuna contra el VPH es relativamente alta. Un estudio clave, realizado por la investigadora Barbara Slade del CDC, y publicado en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, encontró 3.4 efectos adversos graves –incluyendo la muerte– por cada 100.000 dosis. Sin embargo, este artículo informó de riesgos de las vacunas hasta en cinco veces, dice Harper. “Los padres y las mujeres deben saber porque se produjeron muertes”, dijo Harper. “No todas las muertes que se han reportado fueron representadas en el trabajo del Dr. Slade, un tercio de los informes de las muertes no los tenía el CDC, dejando a los padres de los adolescentes fallecidos sumergidos en la desesperación. Los riesgos de muerte que rodea a la administración de Gardasil están ahí”.

“La combinación de un riesgo vacunal es relativamente alto, y un cáncer relativamente no peligroso significa que en los países occidentales, el riesgo de la vacuna contra el VPH¹ es muy similar al riesgo del cáncer que se pretende prevenir”, ha dicho Harper. Estas advertencias no se aplican, ha

dicho, en los países pobres, donde las mujeres no tienen acceso a las pruebas regulares de Papanicolaou y a un tratamiento del cáncer de alta calidad.

La vacuna no probada, utilizada en los niños

Harper ha expresado su especial preocupación por los movimientos que barruntan la obligatoriedad de la vacunación contra el VPH para los niños. Ella señala que no se han realizado pruebas de seguridad o de eficacia en niños menores de 15 años, sin embargo, la vacuna² está siendo recomendada para niñas de nueve años. Ella también se opone a la vacunación de los niños más pequeños, ya que no hay evidencia hasta ahora de la duración de la protección vacunal. Esto significa que puede desaparecer antes de que la mujer sea sexualmente activa. “Si vacunamos a los 11 años de edad y la protección no dura... les habremos expuesto al daño de los posibles efectos secundarios, pequeños pero reales, de ningún beneficio”, dijo Harper. “El beneficio para la salud pública no existe, no hay una reducción en los cánceres de cuello uterino, que sólo se posponen, a menos que la protección dure por lo menos 15 años, y que más del 70% de todas las mujeres sexualmente activas de todas las edades sean vacunadas”. Harper también hace hincapié en que incluso las mujeres que han sido vacunadas todavía necesitan

pasar las pruebas anuales de Papanicolaou, ya que la vacuna no protege contra todas las cepas de VPH que causan cáncer. Además, una mujer ya infectada no obtendrá ningún beneficio de la vacuna. Por lo tanto, la idea generalizada de que la vacuna hace que las mujeres sean inmunes al cáncer de cuello de útero en realidad puede conducir a la caída de las tasas de detección, y un aumento máximo en las muertes por cáncer de cuello uterino.

Fuentes para este artículo:

- TheDailySheeple.com
- www.thedailysheeple.com/lead-developer-of-hpv-vaccines-comes-clean-warns-parents-young-girls-its-all-a-giant-deadly-scam_012014

¹ http://www.naturalnews.com/HPV_vaccine.html

² <http://www.naturalnews.com/vaccine.html>

b) Sanevax y Alicia Capilla: El Programa Africano solicita al Ministerio de Salud español la prohibición de vacunas contra el VPH

Por Freda Birrell, Secretario SaneVax Inc. 26 de agosto de 2014

Los representantes del Ministerio de Salud español y Alicia Capilla, presidente de la Asociación de personas afectadas por la vacuna contra el VPH, junto con Francisco Almodóvar (abogado de la firma Almodóvar y Jara) celebró una importante reunión con tres representantes del equipo de la señora Mercedes Vinuesa, directora general de Salud Pública en las instalaciones de la Secretaría española de Salud.

“Alicia Capilla afirmó que las autoridades sanitarias españolas han sido responsables de que las familias no recibieran información antes de la vacunación sobre los riesgos que sus hijas han sufrido después de recibir la vacuna contra el VPH, por lo tanto el derecho que tenemos como ciudadanos de tener el consentimiento informado terapéutico ha sido violado. Además, la atención de salud para las víctimas de los daños de la vacuna del virus del papiloma ha sido insuficiente desde 2009, cuando las primeras reacciones graves comenzaron a ocurrir”.

Por favor, lea este artículo muy informativo de nuestro colega en España –tenga en cuenta todos los puntos planteados con las autoridades sanitarias españolas.

El artículo termina muy positivamente:

“Los funcionarios que participaron en la reunión, encabezados por el Director General de Salud Pública, Mercedes Vinuesa, reconocen que deben reforzar la información proporcionada a los ciudadanos y profesionales de la salud acerca de los beneficios y riesgos del VPH y mejorar el consentimiento informado antes de la administración de vacunas contra el VPH”.

“Si algo ha quedado claro durante esta reunión, es que en el caso del VPH-vacunas el sistema sanitario español no proporcionó información adecuada antes de la vacunación contra el VPH y no pudo proporcionar una atención sanitaria adecuada a los afectados negativamente por esas vacunas”.

“Por lo tanto, el Ministerio de Salud se ha comprometido a estudiar los casos de las jóvenes afectadas, seguir su camino, y celebrar una nueva reunión con el Programa Africano en dos semanas para dar respuesta a las solicitudes AAVP’s”.

Sabemos que este encuentro ha tenido una enorme publicidad en España, que esperamos recorrer un largo camino para ayudar a las familias allí cuyos jóvenes se han visto seriamente afectados por las vacunas contra el VPH. Damos las gracias a Alicia y sus colegas por todo su trabajo duro y los esfuerzos que estamos seguros será de gran beneficio para todas **las familias de todo el mundo** cuyos hijos e hijas han sido dañados por estas vacunas.

Enlace al artículo:

<http://sanevax.org/aavp-asks-spanish-health-ministry-ban-hpv-vaccines/>

Con los mejores deseos,

Freda Birrell

c) ¿La seguridad de la vacuna contra el VPH es una ilusión mantenida ocultando la ciencia?

por Norma Erickson (Traducción comunicado SANEVAX, 15 Enero 2016)

El 14 de enero de 2016, el Dr. Sin Hang Lee ha enviado una carta abierta de queja a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Dra. Margaret Chan. En ella acusa a cargos del GACVS (Comité Asesor Global en Seguridad de las Vacunas, de la OMS), del CDC (Centros de Control de Enfermedades y de Prevención, en Estados Unidos) y del Ministerio de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social de Japón, así como a otros miembros, de manipulación de datos y de ocultar información científica con el fin de mantener la ilusión en la seguridad de la vacuna contra el VPH, frente a las evidencias válidas que contradicen esa seguridad.

Según la carta de denuncia del Dr. Lee, una serie de correos electrónicos, recientemente descubiertos a través de una solicitud a Freedom of Information (FOI, Libertad de Información) presentada en Nueva Zelanda, revelan evidencias de que el Dr. Robert Pless, presidente del Comité Asesor Global en Seguridad de las Vacunas (GACVS, de la OMS), el Dr. Nabae Koji del Ministerio de Sanidad de Japón, la Dra. Melinda Wharton del CDC en Estados Unidos, la Dra. Helen Petousis-Harris de la Universidad de Auckland, de Nueva Zelanda, y otros (incluyendo funcionarios de la OMS) pueden haber estado implicados activamente en un plan para engañar deliberadamente al Comité de Investigación de expertos de Japón sobre la seguridad de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), antes, durante y después de la audiencia pública que tuvo lugar en Tokio el 26 de febrero de 2014.

La carta de denuncia afirma que los correos electrónicos proporcionados demuestran claramente que este grupo de funcionarios de la OMS y de empleados del gobierno responsables de asesorar al comité de expertos del gobierno japonés sobre la seguridad de la vacuna contra el VPH, sabía, antes de la audiencia pública del 26 de febrero de 2014 en Tokio, que uno de sus propios expertos había mostrado evidencia científica de que la vacuna contra el VPH provoca un aumento significativo de las citoquinas, incluyendo el factor de necrosis tumoral (TNF), en el sitio de inyección en comparación con otras vacunas. No obstante, decidieron ocultar esta información en la audiencia pública.

Por supuesto, este dato científico que fue conocido por todos los miembros del grupo tampoco aparece en la Declaración sobre la seguridad de la vacuna emitida por el GACVS el 12 de marzo de 2014. Por desgracia para los ciudadanos, esta misma declaración del GACVS está siendo utilizada actualmente para asegurar a los funcionarios de sanidad, legisladores y profesionales sanitarios de todo el mundo que no hay nada preocupante en relación con la seguridad de las vacunas contra el VPH.

El Dr. Lee concluyó su carta de queja afirmando claramente que hay al menos un mecanismo de acción conocido que explica por qué se producen reacciones adversas graves con más frecuencia en personas inyectadas con vacunas contra el VPH que con otras vacunas, y por qué ciertos individuos predispuestos pueden sufrir una muerte súbita inexplicable como

resultado. Parece que esto es parte de la información que los “expertos” consideraron necesario suprimir.

El Dr. Lee en su escrito dice:

“Aquellos cuyos nombres aparecen en mi queja y cualquiera que ciegamente descarte las preocupaciones legítimas sobre la seguridad, con el fin de seguir promoviendo la vacuna contra el VPH, deberían rendir cuentas de sus actos. No hay excusa para ignorar deliberadamente la evidencia científica. No hay excusa para engañar a los legisladores mundiales de políticas de vacunación a expensas de los intereses de la salud pública. No hay excusa para una violación tan flagrante de la confianza pública.”

Nota: Documentos adicionales de apoyo disponibles a petición.

d) Comunicado de Prensa AAVP – Alegaciones Dr. Lee

AAVP

ASOCIACIÓN DE AFECTADAS POR LA VACUNA DEL PAPILOMA

email: informacion.aavp@gmail.com

web: <http://aavp.es>

Valencia, 18 de enero de 2016

El pasado 14 de enero de 2016, el Dr. Lee ha puesto en entredicho la seguridad de la vacuna contra el virus del papiloma a través de una denuncia pública. Por esta razón, la AAVP cree necesario que esta información se conozca también en nuestro país, con el fin de informar a la población de los riesgos que se asumen con la administración de esta vacuna.

En una carta abierta dirigida a la Dra. Margaret Chan –Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS)–, el Dr. Lee acusa a miembros del GACVS (Comité Asesor Global en Seguridad de las Vacunas), del CDC (Centros de Control de Enfermedades y de Prevención,

en Estados Unidos), el Ministerio japonés de Salud, Trabajo y Bienestar Social, y a otros, de la manipulación de datos y de ocultar información científica para mantener que la vacuna contra el VPH es segura, en contra de las evidencias que contradicen esa seguridad.

El Dr. Lee alega en su escrito que la documentación que le han trasladado previa solicitud, muestra que varios individuos y organizaciones se implicaron de forma activa para engañar deliberadamente a las autoridades japonesas respecto a la seguridad de las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), Gardasil® y Cervarix®, con motivo de una audiencia pública que se celebró en Tokio.

Una vez más, se evidencia que se ha ocultado información importante, no solo a la población, sino a los responsables políticos y a los profesionales sanitarios que actúan de buena fe. Por lo tanto, urge una investigación que determine si se manipuló o no la información de la que se disponía sobre la seguridad de la vacuna, para que si se demuestra que la hubo, se actúe en consecuencia y puedan adoptarse todas las medidas legales contra los responsables de lo que parece ser un gran fraude.

Atentamente,
Alicia Capilla
Presidenta Asociación de Afectadas por la Vacuna Contra el Papiloma Humano (AAVP).
Web: www.aavp.es

e) AAVP informa

AAVP

email: asociacion.aavp@gmail.com

web: <http://aavp.es>

Por Alicia Begoña Capilla Lanagrán, presidenta AAVP

La Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma reclama a Sanidad que se reconozcan los efectos adversos de esta vacuna, e investigación e información “clara y real” a las familias antes de administrarla.

AAVP es una asociación sin ánimo de lucro que tiene como fin promover la asistencia, información y organización de personas afectadas al presentar efectos adversos por las vacunas del papiloma humano (VPH). Llevamos luchando desde julio de 2009 para que se reconozcan *los efectos secundarios que esta vacuna puede provocar, para que las personas que van a recibir la vacuna reciban información sobre los riesgos que conlleva, y para que las personas afectadas reciban una atención sanitaria adecuada.*

El viernes 13 de noviembre del 2015 como presidenta de la Asociación y en representación de las afectadas por la vacuna del VPH en nuestro país, me reuní con el Director General de Salud Pública, Don José Javier Castrodeza, Doña Elena Andradás Aragonés, Doña Aurora Limia y tres técnicos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En dicho encuentro expuse que uno de los problemas con el que se han encontrado las víctimas es la falta de reconocimiento de los efectos adversos que han padecido o padecen tras la vacunación del VPH; efectos que están ya descritos en las fichas técnicas de ambas vacunas: Gardasil

y Cervarix. Esto, además de ser una contradicción, ha imposibilitado la investigación para encontrar tratamientos que curen a estas jóvenes.

Los técnicos reconocen que esta vacuna, como todo medicamento, produce efectos adversos y que los ciudadanos tienen esta información en la ficha técnica o en el prospecto del producto. Pero al parecer, cuando se produce una reacción adversa no se quiere establecer una relación de causalidad con la vacuna, lo que resulta ser, a todas luces, incomprensible.

Menciono la grave situación de algunas de las afectadas de nuestra asociación:

- 31 jóvenes han padecido enfermedades neurológicas
- 4 jóvenes han sufrido enfermedades dermatológicas
- 3 casos de sospechas de muerte
- 2 casos de fallo ovárico precoz
- 1 caso de insuficiencia renal

Considero y expongo que se debería tener una precaución extrema en la investigación de enfermedades autoinmunes, ya que no siempre se producen inmediatamente tras la vacunación, sino que pueden aparecer al cabo de varios meses.

En nuestra asociación contamos con el caso de una joven que desarrolló una enfermedad autoinmune después de recibir la vacuna del VPH y murió a los cinco meses. La familia todavía no ha obtenido respuesta de Farmacovigilancia de la Comunidad Valenciana. Los padres de otra mujer que falleció

por metástasis de origen desconocido –tras ser vacunada– tampoco han recibido ninguna explicación ni respuesta de Farmacovigilancia de Cataluña.

Dos jóvenes de nuestra asociación han sido diagnosticadas de fallo ovárico precoz, y obviamente esta enfermedad tampoco se produce inmediatamente después de la vacunación, por lo que debería estudiarse y realizarse un seguimiento, ya que se trata de un efecto adverso grave.

Las reacciones adversas que han sufrido las jóvenes de nuestra Asociación y también las jóvenes de otros países guardan una gran similitud, por lo tanto creemos que es atentar contra la inteligencia humana decir que son casualidades. Sin lugar a duda, las reacciones adversas guardan relación causa-efecto con la vacuna, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Las jóvenes estaban sanas antes de vacunarse
- Muchos de los efectos adversos que se niegan al mismo tiempo se reconocen, porque se incluyen en la ficha técnica de la vacuna
- Las reacciones adversas más comunes ya están registradas en las bases de datos de la EMA, de AEMPS, de VAERS y en la literatura científica.

Por todo ello, es innegable que cuando diferentes personas, en distintos lugares, en momentos distintos y circunstancias, reaccionan de la misma manera ante determinado medicamento –vacuna en este caso–, algo tiene que ver el medicamento en cuestión.

De igual modo, traslado mi preocupación por la información que muchos médicos están dando a los ciudadanos al intentar convencerles de que esta vacuna no produce efectos adversos. Por ello, creo que es de máxima urgencia reforzar la información, para que las personas que van a vacunarse conozcan no sólo los beneficios –que dicho sea de paso, aún están por ver– sino también los riesgos que son una realidad.

Otro de los temas expuestos en dicho encuentro es la transparencia en la información que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios debe ofrecer. Los técnicos de la AEMPS informaron que están trabajando para que la información de las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos sea pública y los ciudadanos puedan acceder a ella como se hace en otros países europeos. Hasta que en España se pueda acceder a dicha información, nos facilitan la siguiente información:

Respuesta de AEMPS a la solicitud de información de la AAVP en noviembre 2015

Notificaciones hasta 14 julio 2015

VACUNAS	RECuento DE ID
Cervarix	324
Gardasil	667
Gardasil y Cervarix	1
Vacuna VPH sin especificar	32
TOTAL	1.024

Notificaciones graves: 431 (42,08% del total)

Notificaciones no graves: 593 (57,91% del total)

4 CASOS NOTIFICADOS CON DESENLACE FATAL

Hay que considerar que una notificación puede describir una o varias reacciones adversas. Por tanto, la suma total de reacciones (**un total de 3.116**) es mayor que la suma total de notificaciones.

Las reacciones más notificadas, teniendo en cuenta el tipo de órgano-sistema, son los trastornos del sistema nervioso, con 1.094 reacciones, lo que supone el 35,1% del total de reacciones.

Aunque una notificación no implica causalidad con la vacunación, hay que destacar que la mayoría de las notificaciones que aparecen en la base de datos de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) son realizadas por profesional sanitario. Además, hay una infra notificación de las reacciones adversas, ya que muchos ciudadanos desconocen que existe este sistema de notificación, y también porque muchos médicos no relacionan la reacción adversa con la vacuna, lo que supone un grave problema para que el sistema de vigilancia sea efectivo. En España, en concreto, según informan los técnicos del Ministerio de Sanidad y AEMPS, no se ha realizado ningún estudio epidemiológico. Por ello, solicito que se lleve a cabo un meta-análisis por técnicos independientes, sin conflicto de interés con la industria farmacéutica, para que realmente pueda valorarse si el balance beneficio-riesgo sigue siendo favorable como aseguran. Es difícil encontrar algo sino se busca, por lo tanto hay que empezar a investigar seriamente ya.

En dicho encuentro informo que **la AGENCIA EUROPEA DEL MEDICAMENTO (EMA) recibió en su sede en Londres en septiembre 2015 a tres asociaciones europeas –entre ellas a la AAVP– de afectadas por la vacuna del papiloma humano.** La Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma presentó un estudio de las reacciones adversas realizado desde la base de datos de la EMA. En este estudio, llama poderosamente la atención el elevado número de notificaciones (**45.222**: 32.876 Gardasil, 12.346 Cervarix), y las de desenlace fatal (311 Gardasil, 41 Cervarix), así como el número de notificaciones relacionadas con enfermedades de tipo neurológico (7.308 Gardasil, 2.848 Cervarix).

En la reunión con los técnicos del Ministerio de Sanidad y la AEMPS, comuniqué, como lo hice en Londres, que me preocupa que la mayoría de casos notificados en la base de datos de la EMA requiere investigación o seguimiento, ya que se trata de: casos cuyo resultado fue fatal, quedan sin especificar, no se han recuperado/resuelto, o se han recuperado pero presentan secuelas.

Nunca puede afirmarse que no hay causa-efecto con la vacuna, que son casualidades, si no se estudian estos casos de forma individual por expertos y con estudios epidemiológicos o meta análisis independientes. Sin este tipo de estudios, cualquier afirmación que se haga carece de seriedad y rigor científico.

Por último, solicito que, teniendo en cuenta todas las notificaciones existentes en la base de datos de la EMA, se deje de recomendar las vacunas del VPH por principio de precaución, como lo ha hecho Japón, hasta que no haya estudios independientes, epidemiológicos, que permitan volver a evaluar el beneficio riesgo de las vacunas, **considerando:**

- **Que esta vacuna se aplica a jóvenes sanas.**
- **Que España es un país con baja frecuencia y mortalidad de cáncer de cuello de útero.**
- **Que la vacuna no es efectiva contra todos los serotipos cancerígenos.**
- **Que se desconoce la inmunidad que confiere, y que la eficacia de la misma no se ha podido todavía demostrar, a causa de la historia natural de la enfermedad, que tarda de 20 a 30 años en desarrollarse.**
- **Que no existe justificación alguna para que jóvenes sanas sufran riesgos innecesarios cuando se dispone de otras medidas de prevención, eficaces y seguras.**

Las reacciones adversas parecen más frecuentes en el caso de las vacunas del VPH que con otras inmunizaciones. Un estudio llevado a cabo en la Comunidad Valenciana –**Notificación**

de reacciones adversas a la vacuna frente al virus del papiloma humano en la Comunidad Valenciana (2007-2011). Rodríguez-Galana et al. Anales de Pediatría 2014-, demostró que los efectos adversos de las vacunas del VPH notificados por profesional sanitario (médicos y enfermeras) a las Autoridades Sanitarias tenían una incidencia aproximada de 1 por 1000 inoculaciones. Esta incidencia fue diez veces mayor que las descritas con otros tipos de vacunas administradas a jóvenes de la misma edad. **El 30,2% de las reacciones adversas notificadas se clasificaron como graves.**

Las manifestaciones clínicas más comunicadas fueron mareos, cefalea y síncope. Las tasas de notificación de síncope o pérdida de conciencia y convulsiones con la vacuna frente al VPH fueron de 17 y 3,2 por 100.000 dosis administradas, respectivamente; y de 15 y 1,6, respectivamente, para síncope o pérdida de conciencia y convulsiones sincopales ocurridas el día de la vacunación. Con otras vacunas distintas de las VPH, las tasas de notificación de síncope o pérdida de conciencia y convulsiones fueron, respectivamente, de 6,4 y 0,4.

La Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma lleva más de seis años luchando para que se retire la vacuna VPH del calendario de vacunaciones de nuestro país. En junio de 2015 hemos impulsado otra iniciativa firmada por el Dr. Carlos Álvarez Dardet, Catedrático de Salud Pública, para solicitar de nuevo la exclusión de la vacuna del calendario de vacunaciones, junto a otras reivindicaciones que trasladaremos al Ministerio de Sanidad y a todas las Consejerías de Sanidad. Hasta el momento hemos recogido más de 36.000 firmas.*

A nivel judicial, estamos presentando demandas contra la administración, así como contra los laboratorios. Mencionar que los laboratorios, junto con la administración, en acciones que parecen formar parte de una estrategia legal defensiva conjunta, están negando cualquier reacción adversa leve, moderada o grave en los juzgados, si-

tuación que podría calificarse de una vulneración de derechos fundamentales de las ciudadanas afectadas.

Aunque las Autoridades sanitarias argumentan que no se ha encontrado evidencia de la asociación de reacciones adversas con la vacuna del VPH, esto no quiere decir que no exista. Simplemente creemos que no se ha investigado con suficiente rigor. El primer error ha sido negar la asociación de cualquier efecto adverso con la vacuna del VPH, a pesar de que se hayan producido efectos adversos que incluso ya están recogidos en la ficha técnica del producto.

El número de víctimas afectadas por las vacunas contra el VPH sigue creciendo en todo el mundo, con algunos países que tienen una postura más cautelosa: Austria se negó desde el principio a incluir la vacuna contra el VPH en su calendario de vacunación. En Japón, en el año 2013, bajo la presión de las víctimas, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar retiró su recomendación de la vacuna contra el VPH por un problema de Salud Pública. Creemos que ese mismo criterio de precaución debería seguirse en España y en Europa. Las Autoridades Sanitarias españolas argumentan que la decisión de evaluar el balance beneficio-riesgo de las vacunas VPH es competencia de la EMA. No obstante, es obvio, que las Autoridades Sanitarias españolas no pueden eximirse de su responsabilidad, ya que la incorporación de la vacuna en el calendario de vacunación español es responsabilidad de nuestro país, puesto que fue el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud quien decidió su inclusión en el calendario vacunal español en octubre de 2007. Tras esta recomendación, todas las Comunidades Autónomas incluyeron la vacuna del VPH en sus programas de vacunación. Por lo tanto, apelamos al compromiso y obligación que tienen con los ciudadanos para velar por su salud y opten por el mismo criterio de precaución que Japón ha seguido. Para ello, lo éticamente adecuado sería dejar de recomendar la vacuna,

para analizar y hacer un seguimiento exhaustivo.

No todas las vacunas son iguales, por ello no pueden meterse en el mismo saco. Si realmente se quiere dar información rigurosa hay que apreciar las diferencias existentes entre las distintas vacunas y también las diferencias epidemiológicas en los diversos países. No pueden compararse las necesidades existentes en países subdesarrollados con las de nuestro país, donde la incidencia de sufrir y morir de cáncer de útero es muy baja.

Puesto que las vacunas no son perfectas y se aplican a personas sanas, sería necesario promover y aceptar un debate científico para su continua mejora y resolución de dudas, así como crear un fondo de compensación de daños como existen en otros países como EEUU o Francia.

Creemos que las Autoridades Sanitarias no han actuado con responsabilidad. El hipotético beneficio que supuestamente esta vacuna pueda tener para gran parte de las jóvenes que se hayan vacunado –beneficio que está por ver–, no puede en ningún caso suponer **el abandono de las víctimas a su suerte. Por lo tanto, apelamos a la responsabilidad que tienen de velar por la salud de los ciudadanos y tengan en cuenta nuestras peticiones.** Los problemas de salud no parece que desaparezcan en muchos casos. Las Autoridades Sanitarias de nuestro país deben actuar ya, investigar qué es lo que ha ocurrido y está ocurriendo a muchas jóvenes. No solo por preservar la salud de las adolescentes que padecen las consecuencias de estas vacunas, sino también para que nuestro país no vuelva a quedarse de los últimos en la detección de medicamentos nocivos. No es lícito acusar de simulación a quienes han tenido la mala suerte de sufrir efectos adversos a la vacuna del VPH; entre otras razones, porque dichos efectos han sido incluidos en la ficha técnica de la citada vacuna. ■

* www.saludnutricionbienestar.com/peticion-virus-papiloma/firma/?xc1=XSP1R507

f) ÚLTIMAS NOTICIAS DESDE COLOMBIA

Colombia, 17 de Marzo de 2016

EN UN PRECEDENTE SIN IGUAL LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA COLOMBIANA COMO PORTAVOZ Y AUTORIDAD MÉDICA Y CIENTÍFICA DE ESTE PAÍS HA RECONOCIDO LOS EFECTOS ADVERSOS DENUNCIADOS POR CIENTOS DE MADRES Y NIÑAS ENFERMAS CON OCASIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA VACUNA DEL PAPILOMA HUMANO.

SIN LUGAR A DUDAS ESTE PRECEDENTE SERVIRÁ NO SÓLO A COLOMBIA SINO A LOS MILES DE CASOS REPORTADOS EN EL MUNDO.

¡LA UNIÓN HACE LA FUERZA Y EL DOLOR DE CIENTOS DE MADRES DEL MUNDO DEBERÁ SER RESARCIDO!

¡COMPARTO EL COMUNICADO!

CORDIALMENTE,

Mónica León del Río

Presidenta de la Asociación Reconstruyendo Esperanza de las Víctimas de la Vacuna del Papiloma Humano en Colombia

Twitter: @m1leondelrio

Tel. 3143619878



Crónica encuentro anual EFVV, Viena

Del (22) 23 al 25 de Octubre 2015 tuvo lugar el encuentro anual del EFVV en Wolkersdorf, cerca de Viena, en el barrio de Weinviertel.

Para ello alquilamos el espacio necesario en el Hotel Klaus, Julius Bitner Platz, 4 en A-2120 Wolkersdorf y la sala de actos festivos para la celebración del acto de clausura por la noche del día 24 en el palacio de Wolkersdorf.

En una acción simultánea llevada a cabo por representantes y profesionales de productos y servicios para la salud en las instalaciones del palacio hubo la posibilidad durante todo el día de presentar sus capacidades, especializaciones y productos para Well ness, Bienestar y Prevención.

Saludamos a participantes de Bélgica, Alemania, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Irlanda, Italia, Croacia, Lituania, Luxemburgo, Holanda, Rumanía, Austria, Suiza, Eslovaquia, Eslovenia, República Checa y Hungría. Todos manifestaron su deseo de informar a la población sobre los componentes de las vacunas así como sus efectos y efectos secundarios no deseados, para favorecer la posibilidad de una acertada decisión en esta importante y delicada cuestión sanitaria sin sufrir las consecuencias de un paternalismo estatal (tutela).

Además que las vacunas no siempre protegen de las enfermedades, incluso tampoco de aquellas contra las cuales se ha vacunado, no es ampliamente conocido, ya que las vacunas no ofrecen seguridad ni tampoco garantía.

La observancia de los derechos humanos de la ONU y la declaración europea de derechos humanos así como el código de Nuremberg, que dice que *“ningún tratamiento médico ha de tener lugar sin una información previa y la aceptación consciente del paciente”*, es para el EFVV un gran objetivo.

Que sucede o puede pasar si a las personas no se les permite decidir sobre su propio tratamiento médico, debería de ser bien conocido y la observancia obligatoria, ya desde final de la segunda guerra mundial, del código de Nuremberg.

¡Cuántos conciudadanos estarían aún con vida actualmente, si la situación legal de entonces fuera aún vigente!

Esto no lo hemos de olvidar nunca.

Para ello el EFVV ha iniciado una petición, más de 30.000 personas han firmado ya. Por favor, considere la suma importancia de su participación.

www.change.org/p/european-parliament-european-commission-council-of-the-european-union-respect-promote-and-protect-freedom-of-informed-vaccination-consent-throughout-europe

www.change.org

Comisión Consejo Europeo Parlamento Europeo: Respeto, Fomento y elección individual de Vacunas previa Información y acuerdo.



JOHANN LOIBNER

Ganador Premio EFVV año 2015

El Dr. JOHANN LOIBNER, médico por vocación, nacido en 1944, casado, 4 hijos, estudió su carrera en la Universidad de Graz, capital de la Provincia Federal de Estiria, Austria. Aplicó en su consultorio las enseñanzas adquiridas en tal institución consciente de su responsabilidad, con la conciencia tranquila y de buena fe. Muchos pacientes acudían a su consultorio y disfrutaron de sus conocimientos y de su ayuda. Con esto tuvo mucho éxito incluso desde el punto de vista financiero.

Además se especializó en homeopatía y medicina de Kneipp y durante ocho años fue profesor de homeopatía en la Universidad de Graz tanto para médicos como para estudiantes.

Tal como lo aprendió en aquel entonces, pensaba que las vacunas evitaban enfermedades. En ese tiempo nadie osaba dudar de las palabras de un profesor o de un médico.

¿Cómo hubiese puesto en duda el mismo su propia forma de actuar, aún más, basándose ésta en la docencia universitaria?

Pero de repente sucedió algo fuera de lo esperado. Después de haber recibido una vacuna contra la encefalitis por la picadura de una garrapata un paciente se enfermó justo por la misma encefalitis. Poco después, una estudiante murió por esta misma vacuna.

Uno se puede imaginar que difícil debió ser para él enfrentarse con esta situación. Lo sucedido reclamó respuestas. Loibner buscaba respues-

tas en la historia epidemiológica y de las vacunas. Nuevamente estudió microbiología e inmunología actual. Y finalmente tuvo que aceptar que las vacunas que antes le habían parecido buenas, no lo son y que no han salvado ni un sólo paciente de la enfermedad contra la que ha sido vacunado. Al contrario, miles de pacientes han padecido enfermedades causadas por las vacunas que les han llevado hasta la muerte.

Por eso la única respuesta para él era y es: informar a la gente no informada y no consciente de los hechos. Esto le exigía su consciencia moral y su ética profesional.

Desde 2001 hasta 2013 con ayuda de AEGIS AUSTRIA se han organizado 12 Foros sobre las Vacunas en todas las provincias de Austria. Loibner es fundador y asesor científico de AEGIS Austria, y su esposa le apoya en el trabajo diario de esta asociación.

De 2005 a 2009 tuvieron lugar los Simposios "Pathovac" para médicos, con ponentes y disertantes médicos.

De 2001 a 2014 más de 300 discursos en Austria, Alemania, Suiza, Italia, Hungría, Eslovenia y Luxemburgo.

Muchas publicaciones e incluso dos libros "Impfen, das Geschäft mit der Unwissenheit" (Vacunación, el negocio con la Ignorancia) en 2009, 4ª edición 2013 y "El mito del contagio" (2014) han salido a la luz, igualmente un artículo publicado en la revista técnica de los expertos jurados de la Corte de Justicia "Evaluación de los efectos dañinos de la vacuna" (Enero 2008).

Ha sido y es invitado a muchas charlas sobre el tema vacunal en la radio y televisión.

Todo esto hizo saltar las alarmas en los círculos convencionales médicos, hasta que el 16 de octubre 2002 en el transcurso de un proceso disciplinario, con la sentencia de la Comisión Disciplinaria del Colegio de Médicos de Estiria prohibiéndole ejercer su profesión de médico durante un año con vigilancia cautelar jurídica con condición suspensiva de tres años. El fallo fue derogado el 5 de febrero 2007 por el Senado de Apelación de la Cámara de Médicos de Austria.

El Consejo de Honor del Colegio de Médicos insistió en su prohibición de ejercer la profesión de médico haciendo examinar su fiabilidad por el Colegio de Médicos de Austria a demanda del Ministerio de Salud el 29 de abril 2009. El resultado fue la definitiva abolición de su nombre de la lista de médicos el 3 de noviembre 2009 por "informar al paciente no enterado y por ser un peligro para la salud pública". Loibner solicitó un recurso de revisión por el Tribunal Contencioso Supremo Administrativo que llevó a la abolición de la prohibición de ejercer la profesión de médico el 24 de julio de 2013 por ser antijurídica.

Su lema siempre ha sido en primer lugar no causar daño a nadie (*primum nihil nocere*). Más y más ve su tarea de informar a la gente "no informada y no enterada" incluso en los aspectos jurídicos, pues las vacunas violan los derechos humanos gravísimamente.

Ficha de la Vacuna de la Gripe

(Información de octubre de 2015)

Referencias Bibliográficas

1. Ficha CHIROFLUX. Lab. Novartis. 2014.
2. Aristegui, J. La Gripe. Vacunaciones en el niño. Edit. Ciclo. 2004.

1. Composición

Este año se utilizan en mayores de 65 años con el nombre Chiromas (Novartis) y a partir de los 6 meses Influvac (Abbot Biologics).

- Thiomersal de 2,5 a 5 microgramos.
- AS03: Polisorbato 80 (4,6 miligramos), Esqualeno (10,68 miligramos) y Tocoferol (15 microgramos).
- Gentamicina.
- Formaldehído y beta propiolactona.
- Bromuros.
- Sulfato de Bario.

2. Reacciones adversas postvacunales

Con una frecuencia entre 100–1.000–10.000 dosis 1 efecto severo acontece en forma de:

1. Choque anafiláctico y reacción anafiláctica.
2. Encefalitis (convulsiones, parálisis Guillen- Barré, meningitis, hemorragia cerebral, catalepsia y neuralgia).
3. Síndrome oculorrespiratorio (conjuntivitis + patología respiratoria).
4. Alteración autoinmune: vasculitis a nivel renal, pulmonar y neurológico.
5. Coagulopatías: hemorragias y trombocitopenia.
¡Cuidado con las personas en tratamiento con Sintrom y vacunación de la gripe!
6. Seroconversiones +: hacia hepatitis C, SIDA, etc.
Empeoramiento de la hepatitis o del síndrome inmunodeficiencia.
7. Hiperplasia Linfocitaria. Linfopatía Ganglionar.
¡Cuidado con las personas con tumores tipo Linfoma!

3. Morbilidad de la gripe y vacuna en España 1971-2003

En 1971 hubo aproximadamente 50.000 personas con gripe y hasta 1976, en que se comenzó con la vacunación de la gripe, una media de 400.000 anualmente.

A partir de 1976 se dispara la gripe de manera ascendente según aumenta la vacunación.

A partir de 1980 sube y se instaura una media de 1.000.000 por año de manera permanente.

4. Contraindicación

- Alergia familiar o personal a los componentes de las vacunas o alergia instaurada.
- Ingesta de medicamentos como anticoagulantes (sintrom), xantinas, corticoides, inmunosupresores, radioterapia y quimioterapia.
- Antecedentes de encefalitis y secuelas, autoinmunes y vasculitis, hemorrágicos reumáticos y de linfoma.

CARTA A LOS POLÍTICOS

(Idiomas: gallego, vascuence, español y catalán)

IDIOMA GALLEGO

LIGA POLA LIBERDADE DE VACINACIÓN (LLV)

É unha asociación plural de cidadáns e cidadás, profesionais e persoas usuarias da sanidade pública, preocupadas pola implantación masiva e sistemática dos programas de vacinación.

Esta asociación sen ánimo de lucro, é independente de vínculos, intereses corporativos, económicos e ideolóxicos

A traveso do traballo voluntario das e dos seus membros pretende, entre outros obxectivos, ofrecer información contrastada sobre as vacinas, os seus efectos adversos e as consecuencias que provoca sobre a poboación do estado español.

A raíz da polémica xurdida en xuño do 2015 polo desgraciado caso de difteria en Olot (Girona) os cidadáns e as cidadás deste país víronse sometidos a unha campaña implacábel sobre da conveniencia de cumprir o calendario vacinal oficial sen excepcións, obrigando ás familias a presentar a cartilla de vacinación alá onde lle fora pedida, como se esta fora un novo certificado de boa conduta imprescindible para acceder aos servizos sanitarios e de educación.

Igualmente todos os profesionais médicos críticos con esta práctica masiva e sistemática foron acusados de mala praxe dende organismos oficiais como os colexios de médicos, baixo ameazas de expulsión.

Nun tempo no que a transparencia informativa é un imperativo democrático e está na boca de todos, non quixeramos pensar que unhas vítimas pesan máis que outras e que as desgraciadas mortes de outras criaturas queden enterradas por intereses económicos inconfesábeis.

A Asociación de Afectados por Vacinas (AxV) e a Asociación de Afectadas pola Vacina do Papiloma (AAVP) poden documentar ben as mortes e danos irreparábeis, que non en poucos casos, pode provocar unha simple vacina.

A pesar que desde o ano 2008 a información sobre os compoñentes das vacinas aparece cada vez máis detallado no prospecto, non sempre chega ás mans da persoa usuaria. Xa que a administración das vacinas faise sempre desde os centros sanitarios públicos, privados e centros escolares, onde non se mostra habitualmente nin á persoa usuaria nin á familia este documento.

Observando ademais que esta información é incompleta e que rebaixa erroneamente a cantidade da composición

das substancias máis prexudiciais para a saúde, como por exemplo os metais pesados (mercurio, aluminio), antibióticos (neomicina e polimixina) e outros elementos como o formaldehído, polisorbatos, escualeno, etc...

En consecuencia, podemos dicir que actualmente as cidadás e os cidadáns toman decisións sobre a vacinación sen ningunha información e sen coñecemento dos seus graves efectos secundarios.

Actualmente a maioría das vacinas aplícanse inxectándoas directamente á corrente sanguínea, convertendo este “mecanismo de prevención” nunha intervención médica comparábel a outros actos médicos de risco como son as intervencións cirúrxicas hospitalarias ou calquera outro tratamento.

Desde a Liga pola Liberdade de Vacinación entendemos que o dereito á Saúde Pública, que todos os cidadáns e cidadás temos, vai intrinsecamente ligado ao dereito á Información clara e detallada previa á vacinación.

É por este motivo polo que pedimos a todas e todos os responsábeis políticos que inicien un debate sobre este tema co obxectivo de:

1. **Conseguir que todas as doses de vacinación vaian acompañadas dun prospecto informativo completo e claro dos seus compoñentes, coa obriga de detallar a cantidade exacta** de todos e cada un, dada a perigosidade que implican algúns deles.

Non é lóxico que esixamos un correcto etiquetado dos alimentos procesados (incluída a orixe dos seus compoñentes) e que un produto como a vacina queda á marxe da transparencia informativa.

Ademais dentro deste prospecto é necesario que se inclúan tanto a composición como os posibles efectos secundarios que poden provocar e que están sobradamente documentados pola comunidade científica.

2. Faise obrigatorio por este motivo a **entrega, previa á vacinación, dun documento de consentimento informado**, como en calquera outro acto médico. Desta maneira as cidadás e os cidadáns serán tratados co respecto que se merecen de cara a decidir libremente cal é a mellor opción para a súa saúde e a das súas fillas e fillos.

3. **Desenvolver un bon articulado da lei** para os que decidan non practicar a vacinación sistemática e, **crear** ao mesmo tempo, **un organismo público que ampare a todas aquelas persoas afectadas polas vacinas**, co obxectivo de non deixalas sen protección económica, xurídica ou social. Este organismo público debería estar **formado por representantes das persoas afectadas, da administración sanitaria e da administración educativa. E as compensacións económicas deben ir a cargo da Administración e da Industria Farmacéutica.**

Non debemos esquecer que no noso país a vacinación non é obrigatoria e que os cidadáns e as cidadás poden e deben decidir sobre a súa saúde e a da súa familia.

En ningún momento aceptaremos coaccións de ningunha administración sanitaria, educativa ou laboral para presentar cartilla de vacinacións, nin ameazas de incorrer nun delito por tomar unha decisión que a lei nos permite.

Por todo o aquí exposto, solicitamos unha entrevista para ter a oportunidade de explicar amplamente toda esta realidade.

Contacto: Patrocinio Belenguer Fos
Liga pola Liberdade de Vacinación (LLV)
www.vacunacionlibre.org

Barcelona, 27 de xaneiro do 2016.

IDIOMA VASCUENCE

TXERTAKETA LIBREAREN ALDEKO ELKARTEA— LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN (LLV)

Askotariko elkarte hau; herritarrak, profesionalak eta osasun publikoko erabiltzaileak, osatzen dugu. Azken aldian, txerto-programen ezarpen masibo eta sistematikoak arduratzen gaituen pertsonak.

Irabazi asmorik gabeko elkarte honek, lotura; interes korporatibo, ekonomiko eta ideologikotik kanpo dago.

Boluntarioen lanaren bidez, beste helburu batzuen artean, txertoen ganean egiaztatutako informazio ematea, eta horiek sortutako aurkako efektuak eta espainiar populazioan sortutako ondorioak ezagutaraztea, nahi dugu.

2015eko ekainean, Olot-en (Gironan) difteria zoritxarreko kasuagatik agertutako polemikaren ondoren, herri honetako herritarrek salbuespenik gabeko txerto-egutegi ofiziala betetzera, salbuespenik gabe, behartuak izan dira. Familia guztiei toki guztietan; osasun- eta hezkuntza-zentroetan zerbitzuak izateko eskatzen zaie, egokitasun ziurtagiria berria izango balitz bezala.

Halaber, praktika masibo eta sistematiko honekin, kritiko izan diren profesional mediko guztiak, organismo ofizialetatik, mediku elkargoak barne, praxi txarrak erabili izanaren salaketak egotzi izan diete, egozpenaren mehatxupean.

Gardetasun informatiboa agindu demokratikoa den eta guztien ahotan dagoen aro honetan, ez genuke pentsatu nahi izango biktima batzuek beste batzuek baino gutxiago izango direla eta zoritxarreko heriotza baten ondorioak interes ekonomiko aitorezinen pean lurperatuak direla.

Txertoengatik kaltetutakoak-asociación de Afectados

por Vacunas (AxV) eta Papiloma Txertoengatik kaltetutakoak-Asociación de Afectados por Vacuna del Papiloma (AAVP) txerto sinple batek eragin dezaken heriotzak eta kalte konponezinak, ez kasu gutxitan, ondo baieztatu ditzakete.

2008tik aurrera txertoen prospektuetan, osagaien gaineko informazioa zehatzagoa izan arren, ez da beti erabiltzailearen eskuetara iristen. Gehienetan, txertoak osasun-zentro publiko, pribatu edo ikastetxeetan ezartzen dira, hori dela eta, askotan dokumentu horiek ez dira erabiltzaileei edo familiei erakusten.

Informazio hau osatugabea da, eta askotan okerra. Horrela, osasunerako kaltegarriak diren substantzien konposizioaren kantitatea gutxituz, adibidez; metalak (merkurioa, aluminioa), antibiotikoak (neomicina eta polimixina) eta beste elementu batzuk, formaldehido-a, polisorbato-a, escualeno-a, etab...

Beraz, esan dezakegu gaur egun herritarrek txertoen buruz erabakiak hartzen dituztela informazio gabe eta baita zeharkako efektu larrien ezaguerarik gabe ere.

Gaur egun txertoen gehiengoa, odol-zirkulaziora zuzenean injektatuz ematen dira, horrela, “prebentzio-mekanismoa” izan behar dena, ebakuntza kirurgiko edo horrelako osasun-tratamenduak bezalako arriskua sor ditzaketenak, bihurtzen dira.

Txerto-askeen Ligatik-Liga para la Libertad de Vacunación, Osasun Publikoa izateko eskubidea, herritar guztiok izan behar duguna, txertoa jarri baino lehen informazio ar-

gia eta zehatza izateko eskubidera lotuta doalako, ulertzen dugu.

Hori dela eta, arduradun politiko guztiei eskatzen diegu, gai honi buruz eztabaida zabaltzea, hurrengo arrazoiengatik:

1. **Txerto-dosi guztiak osagaien informazio prospektu osoa eta argia eraman ditzatela, kantitate bakoitza** zehazteko behararekin, zenbaitek ekartzen duten arriskua dela eta.

Ez da normala prozesatutako elikagaien etiketatze zuzena eskatzea (bere osagaien jatorria sartuta), eta txertoa bezalako produktuak informazioa argitasunaren kanpoan geratzea.

Horrez gain, prospektu barruan beharrezkoa da, konposizio eta zeharkako efektuak zehaztea, sor ditzaketen arazoengatik, eta komunitate zientifikoak sobera dokumentatuak dituenak.

2. Horregatik, nahitaezkoa egiten da **txertoa jarri baino lehen, informatutako baimen dokumentua** ezartzea, beste mediku-ekintza batzuek bezala. Horrela, herritarrek bere osasunerako eta haien seme-alabentzako aske erabakitzeko aukera izango dute.
3. Txertatze sistematikoa praktikatu nahi ez dutenek, **legeatal onak garatzea eta hori erabaki dutenek erakun-**

de publikoa bat sortzea, non horiek babes ekonomiko, juridiko edo sozialik gabe gera ez daitezten. **Organismo publiko horretan, txertoengatik kaltetutakoak, osasun-administrazioak eta heziketa-administrazioak egon beharko liriateke. Konpentsazio ekonomikoak Administrazio eta Farmazia-industrien kargura joan beharko liriateke.**

Ez dugu ahaztu behar gure herrian txertaketa ez dela beharrezkoa eta herritarrek aske erabaki dezaketela bere osasunari eta familiari buruz.

Ez dugu inoiz onartuko txertaketa-libreta aurkeztu beharrik, inongo osasun-, heziketa-, lan-administrazioaren bortzarik, ez delituan erortzeko mehatxurik, legeak baimentzen digun aukera baliatzeagatik.

Hemen adierazitako guztiagatik, elkarrizketa bat eskatzen dugu, hemen jasotako guztia hobeto azaltzeko.

Harremanetarako: Patrocinio Belenguer Fos
Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)
www.vacunacionlibre.org

Bartzelonan, 2016ko urtarrilaren 27an

IDIOMA ESPAÑOL, CASTELLANO

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN (LLV)

Es una asociación plural de ciudadanos y ciudadanas, profesionales y usuarios de la sanidad pública, preocupados por la implantación masiva y sistemática de los programas vacunales.

Esta asociación sin ánimos de lucro, es independiente de vínculos, intereses corporativos, económicos e ideológicos.

A través del trabajo voluntario de sus miembros pretende, entre otros objetivos, ofrecer información contrastada sobre las vacunas, sus efectos adversos y las consecuencias que provoca sobre la población española.

A raíz de la polémica surgida en junio del 2015 por el desgraciado caso de difteria en Olot (Girona) los ciudadanos y ciudadanas de este país se han visto sometidos a una campaña implacable sobre la conveniencia de cumplir el calendario vacunal oficial sin excepciones, obligando a las familias a presentar la cartilla vacunal allá donde se les pida, como si ésta fuese un nuevo certificado de buena conducta imprescindible para acceder a los servicios sanitarios y de educación.

Igualmente todos los profesionales médicos críticos con esta práctica masiva y sistemática han sido acusados de mala

praxis desde los organismos oficiales cómo los colegios de médicos, bajo amenazas de expulsión.

En un tiempo en que la transparencia informativa es un imperativo democrático y está en boca de todos, no querríamos pensar que unas víctimas pesan más que otras y que la desgraciada muerte de otras criaturas queden enterradas por intereses económicos inconfesables.

La asociación de Afectados por Vacunas (AxV) y la Asociación de Afectadas por Vacuna del Papiloma (AAVP) bien que pueden documentar las muertes y daños irreparables, que no en pocos casos, pueden provocar una simple vacuna.

A pesar que desde el año 2008 la información sobre los componentes de las vacunas viene cada vez más detallada en el prospecto, no siempre llega a manos del usuario. Ya que la administración de las vacunas se hace desde los centros sanitarios públicos, privados y centros escolares, donde no se muestra habitualmente ni al usuario ni a la familia este documento.

Observando además que esta información es incompleta

y erróneamente rebaja la cantidad de la composición de las sustancias más perjudiciales para la salud, como por ejemplo los metales (mercurio, aluminio), antibióticos (neomicina y polimixina) y otros elementos como el formaldehído, polisorbatos, escualeno, etc...

En consecuencia, podemos decir que actualmente las ciudadanas y ciudadanos toman decisiones sobre la vacunación sin ninguna información y sin conocimiento de sus graves efectos secundarios.

Actualmente la mayoría de las vacunas se aplican inyectándose directamente a la corriente sanguínea, convirtiendo este “mecanismo de prevención” en una intervención médica comparable a otros actos médicos de riesgo como son las intervenciones quirúrgicas hospitalarias o cualquier otro tratamiento.

Desde la Liga por la Libertad de Vacunación entendemos que el derecho a la Salud Pública, que todos los ciudadanos y ciudadanas tenemos, va intrínsecamente ligado al derecho a la Información clara y detallada previa a la vacunación.

Es por este motivo que pedimos a todos los responsables políticos iniciar un debate sobre este tema con el objetivo de:

1. **Conseguir que todas las dosis vacunales vayan acompañadas de un prospecto informativo completo y claro de sus componentes**, con la obligación de detallar la **cantidad exacta** de todos y cada uno, dada la peligrosidad que conllevan algunos de ellos.

No es de lógica que exijamos un correcto etiquetado de los alimentos procesados (incluido el origen de sus componentes) y que un producto como la vacuna quede al margen de la transparencia informativa.

Además dentro de este prospecto es necesario que se incluyan tanto la composición como los posibles efectos secundarios que pueden provocar y que están sobradamente documentados por la comunidad científica.

2. Se hace obligatoria, por este motivo la **entrega, previa a la vacunación, de un documento de consentimiento informado**, como en cualquier otro acto médico. De esta manera las ciudadanas y ciudadanos serán tratados con el respeto que se merecen de cara a decidir libremente cual es la mejor opción para su salud y la de sus hijas e hijos.
3. **Desarrollar un buen articulado de la ley** para los que decidan no practicar la vacunación sistemática y crear al mismo tiempo **un organismo público que ampare a todos aquellos afectados por las vacunas**, con el objetivo de no dejarles sin protección económica, jurídica o social. Este organismo público debería estar formado por **representantes de los afectados, de la administración sanitaria y de la administración educativa. Las compensaciones económicas deberán ir a cargo de la Administración y de la Industria Farmacéutica.**

No debemos olvidar que en nuestro país la vacunación no es obligatoria y que los ciudadanos y ciudadanas libremente pueden y deben decidir sobre su salud y la de su familia.

En ningún momento aceptaremos coacciones de ninguna administración sanitaria, educativa o laboral a presentar la cartilla de vacunaciones, ni amenazas de incurrir en un delito por tomar una decisión que la ley nos permite.

Por todos estos puntos expuestos, solicitamos una entrevista para tener la oportunidad de explicar ampliamente toda esta realidad.

Contacto: Patrocinio Belenguer Fos
Liga para la Libertad de Vacunación (LLV)
www.vacunacionlibre.org

Barcelona, 27 de enero del 2016

IDIOMA CATALÁN

LLIGA PER A LA LLIBERTAT DE VACUNACIÓ (LLV)

Som una associació plural de ciutadans i ciutadanes, professionals i usuaris de la sanitat preocupats per la implantació massiva i sistemàtica dels programes vacunals.

Som una associació sense ànims de lucre, independent de vincles i interessos corporatius, econòmics i ideològics.

Mitjançant el treball voluntari dels seus membres pretén, entre d'altres objectius, donar tan una informació contrastada sobre les vacunes i els seus efectes adversos

sobre la població espanyola com també les conseqüències que provoca.

Arran de la polèmica sorgida el juny del 2015, pel desgraciat cas de diftèria a Olot (Girona), els ciutadans i ciutadanes d'aquest país s'han vist sotmesos a una campanya implacable sobre la conveniència d'acomplir el calendari vacunal oficial sense excepcions, obligant a les famílies a presentar la cartilla vacunal allà on els la demanen,

com si aquesta fos un nou certificat de bona conducta imprescindible per accedir als serveis sanitaris i d'educació.

Igualment tots aquells professionals mèdics crítics amb aquesta pràctica masiva i sistemàtica han estat acusats pels organismes oficials, com ara els col·legis de metges, d'expulsió per al·legada mala praxis.

En un temps en que la transparència informativa és un imperatiu democràtic, està en boca de tots, no voldríem pensar que unes víctimes pesen més que d'altres i que la desgraciada mort d'altres criatures queden soterrades per interessos econòmics inconfessables.

És el cas de l'Associació d'Afectades per la Vacuna del Papiloma (AAVP) i de l'Asociación de Afectados por Vacunas (AxV) ben bé que poden documentar les morts i els danys irreparables que, en no pocs casos, pot provocar una simple vacunació.

No totes les vacunacions arriben als usuaris amb una informació detallada de tots els components, encara de que sí ho indica al prospecte. Des d'el 2008 la informació sobre les vacunes que es descriu als prospectes és cada vegada més completa.

Tanmateix aquesta descripció és incompleta i sovint observem una 'errònia' rebaixa de la quantitat de la composició dels elements més perjudicials per a la salut, com ara metalls (mercuri i alumini), antibiòtics (neomicina i polimixina) i d'altres com el formaldehid, polisorbats, esqualè, etc.

Tenint en compte que l'administració de les vacunes es fa des de centres sanitaris públics, privats i centres escolars on no es mostra habitualment a la família ni al pacient aquesta informació.

En conseqüència, podem dir actualment que les ciutadanes i els ciutadans prenen decisions sobre la vacunació sense cap informació i sense conèixer els seus greus efectes secundaris.

Actualment totes les vacunes s'apliquen injectant-se directament al corrent sanguini, convertint aquest "mecanisme de prevenció" en una intervenció mèdica comparable a altres actes mèdics de risc com son les operacions quirúrgiques hospitalàries o qualsevol altre tractament.

Des de la Lliga per a la Llibertat de Vacunació entenem que el dret a la Salut Pública, que tots els ciutadans i ciutadanes tenim, va intrínsecament lligat al dret a la Informació clara i detallada previa a la vacunació.

És per aquest motiu que demanem als responsables polítics encetar un debat sobre aquest tema amb els objectius de:

1. Aconseguir que totes **les dosis vacunals vagin acompanyades d'un prospecte informatiu complet i clar dels seus components**, amb l'obligació de detallar la quantitat exacta de tots i cadascun, donada la perillositat que comporten alguns d'ells.

No és de lògica que exigim un correcte etiquetatge als aliments processats industrialment (fins i tot la procedència) i que un producte com la vacuna quedi al marge de la transparència informativa.

A més, dins d'aquest prospecte **cal que s'inclouin tota la composició coneguda i tots els possibles efectes secundaris** que poden provocar i que estan abastament documentats a la comunitat científica.

2. Fent-se obligatori per aquest mateix motiu la **entrega, prèvia a la vacunació, d'un document de consentiment informat**, com en qualsevol altre acte mèdic. D'aquesta manera els ciutadans i ciutadanes seran tractats amb el respecte que es mereixen de cara a decidir lliurement quin és la millor opció per a la seva salut i la dels seus propis fills i filles.

3. **Desenvolupar un bon articulat de la llei** pels que decideixen no practicar la vacunació sistemàtica i **crear al mateix temps un organisme públic que doni empar a tots aquells afectats per les vacunes**, per tal de no deixar les víctimes de la vacunació desamparades, ni socialment, ni jurídicament, ni econòmicament. En aquest organisme públic **hi haurà representació dels afectats, de l'administració sanitària i de l'administració educativa. Les compensacions econòmiques seran cobertes per l'Administració i per la Indústria farmacèutica.**

No hem d'oblidar que en el nostre país la vacunació no és obligatòria i que els ciutadans lliurement poden i deuen decidir sobre la seua salut i la de la seua família.

En cap moment acceptarem coaccions des de cap administració sigui sanitària, educativa o laboral per presentar la cartilla de vacunacions. Ni d'incórrer en un delictes per prendre una decisió que la llei els permet.

Degut a tots els punts exposats demanem una entrevista per poder explicar ampliament aquesta realitat.

Patrocini Belenguer i Fos
Lliga per a la Llibertat de Vacunació (LLV)
www.vacunacionlibre.org

Barcelona, 27 de gener 2016

Notas sobre Meningitis B y Bexsero

De principio como ya ocurrió con la introducción de la Vacuna Meningococo C en España y en el mundo en el año 1999 sale a la opinión pública con mínima información y máximo miedo.

Entre la información que tenemos destacamos:

1. La incidencia de la Meningitis B en España es del 0,7/100.000. En edades inferiores a 5 años es 8/100.000.
2. La letalidad es del 5–10%.
3. Las secuelas son del 20%.
En España en el 2011 se dieron 304 personas afectadas de Meningitis B.
La Meningitis B supone actualmente el 70% de todas las Meningitis bacterianas.
Actualmente en el 2016 en España se considera que existe una baja incidencia de la Meningitis B.
4. La Vacuna BEXSERO que sale al mercado sin estudios clínicos y sólo de inmunogenicidad ha sido diseñada por Vacunología Inversa.
Sistema virtual que tras el análisis bioinformático de las secuencias del genoma se han identificado 4 probables Antígenos de los 1.000 posibles en forma de proteína de la membrana del meningococo B.
Es la Escherichia Colli el vehículo sobre el que se fabrican por ingeniería genética las proteínas que forman parte de la nueva vacuna.
Toda la información que tenemos sobre la Vacuna procede del Laboratorio Novartis productor de la vacuna.
5. En la composición de esta vacuna aparecen 50 microgramos de 4 proteínas seleccionadas+ 1,5 mgrs. o 1.500 microgramos de Hidróxido de Aluminio + 3.250 microgramos de Cloruro sódico + Toxina diftérica.
6. Entre los Efectos Adversos cabe destacar: meningitis y encefalitis postvacunal (1 persona cada 8.000 dosis), muerte postvacunal (1 persona cada 2.000.000 de dosis), alteraciones cardíacas (1 persona cada 10.000 dosis), reacciones anafilácticas (1 persona cada 9.000 dosis), mononucleosis infecciosa (1 persona por 8.000 dosis), púrpura y trombocitopenia (1 persona cada 10.000 dosis), fatiga crónica y diabetes (1 persona cada 10.000 dosis).
7. La duración de la Memoria es cortísima. Se mantendría entre 1–2 años después de todas las vacunaciones realizadas.
8. Esta memoria no es inducida por los componentes biológicos de la vacuna sino por la presencia en altas cantidades de hidróxido de aluminio.
9. El coste social por la secuela postvacunal llega a ser de 3.219.653 euros.
10. Las Campaña de la Meningitis C ha hecho disminuir la meningitis C pero ha aumentado la gravedad de las meningitis C que se producen y actualmente la Campaña de la Meningitis B, si se lleva a cabo, hará disminuir la meningitis B pero aumentará su gravedad.
11. Ni la AEMPS ni el Grupo de Trabajo de Registro de Vacunas han aceptado la utilización de la Vacuna en España.
12. Toda la Campaña de la Vacunación Bexsero ha sido orquestada por la Asociación Española de Pediatría.
13. La Vacuna produce la Enfermedad Autoinmune de Kawasaki o Periartritis Infantil. Consiste en una Vasculitis posvacunal que afecta a las coronarias, a los vasos en general, a los ganglios linfáticos, al aparato respiratorio, al aparato digestivo, a las articulaciones y a la función nerviosa.
De alta frecuencia. Aparece 1 persona por 1.000 dosis vacunal.
La mortalidad es del 1–2%.

Elaboración: 2 de Marzo de 2016



III Encuentro Internacional Vacunal Biocultura – Barcelona

Conferencia Europea Difteria – Barcelona Conferència Europea Diftèria – Mayo/Maig 2016

Sábado/Dissabte 7 de Mayo/Maig 2016

Programa

12–13h.

Presentación de la Carta a los políticos y Presentación de la investigación sobre Vacunas/Presentació de la Carta als polítics i Presentació de la investigació sobre Vacunes.

Sra. Patrocinio Belenguer (Socia LLV. En català)
Sr Pedro Ródenas (Médico/Metge. Ponencia en castellano/Ponència en castellà)

13–14h.

La Difteria en Alemania y en los Países de la URSS 1990
La Diftèria a Alemanya i als Països de la URSS 1990.

Sra. Ortrud Lindeman (Médica/Metgessa. Ponencia en castellano. Ponència en castellà)
Sr. Ignasi Sivillà (Ingeniero/Enginyer. Ponencia en catalán/Ponència en català)

14–15h.

Difteria en los Países Francófonos.

La Diftèria als Països Francòfons.

Sra. Françoise Berthoud (Médica/Metgessa. Ponencia en castellano/Ponència en castellà)

15–16h.

Historia de la Vacuna de la Difteria en España.

Història de la Vacuna de la Diftèria a Espanya.

Sr. Xavier Uriarte (Médico/Metge. Ponencia en castellano/Ponència en castellà)

16–17h.

Propuestas sobre Vacunas a la Salud Pública y a los Colegios de Médicos.

Propostes sobre Vacunes a la Salut Pública i als Col·legis de Metges.

Sr. Lluís Botinas (Investigador Independent. Ponencia en catalán/Ponència en català)

Sra. Mercè Messeguer (Médica/Metgessa. Ponencia en castellano/Ponència en castellà)

Coordinación/Coordinació

Sr. Armand Soler, Sr. Xavier Uriarte

Organización/Organització

Liga para la Libertad de Vacunación

Lliga per a la Llibertat de Vacunació (LLV)

Promoción/Promoció

European Forum for Vaccin Vigilance (EFVV)



redes



Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Postvacunales

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
Tel. 945 175 905. Vitoria
Tel. 944213499. Bilbao

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

Dr. Juan Manuel Marín
Tel. 932 457 575
Barcelona. Albacete

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
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

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
E-mail: contacto@ama2.org

Asociación Titània-Tascó
c/ Llibertat, 47, baixos. Barcelona
Tel. 934266559
E-mail: pepidominguez_8@hotmail.com

Barco, Sónsoles
c/ Bolonia, 4 entlo. Dcha. 50008
Zaragoza

Baulies, Gemma
c/ Cartellà, 79 esc. A entlo. 4ª. 08031
Barcelona
Tel. 933400652
E-mail: gemmabaulies@gmail.com

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.

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

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

Fuentes, María
Apdo. Correos, 268. 11630. Arcos de la
Frontera. Tel. 956231211
E-mail: mariafuentes3@yahoo.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

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

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

Lérida, Gema
Murcia
Tel. 647797990
E-mail: gemalerida@yahoo.es

Lladó Sánchez, María José
(Psicopedagoga. Psicoterapeuta)
c/ Buen Suceso 32. 2º C (zona Arguelles)
Madrid. Tel. 677726207
www.acimut.org

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

Marenostrom
c/ Fontanella, 16. pral. 08010. Barcelona
E-mail: marenostrom@comb.es

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

Martínez, Jose
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

Morales, Carlos
E-mail: carlosaugustomorales@hotmail.com

Moreno, Almudena
Los Madroños. 12594. Castellón
Tels. 974760658. 646308307

Nuñez, Juan José (Médico)
Vigo. Pontevedra.
Tels. 986424152. 669126040

Paulin, Gunda (Homeópata)
Zamora (capital).
Tel. 622292629
E-mail: esenciamia@gmail.com

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

Peleteiro, Joaquín
c/ Poador, 53. 07340. Alaró
Tel. 971208766
E-mail: joaquinramonpe@yahoo.es

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

Ursa, Andrés (Médico)
Valladolid (capital)
Tel. 983308314

Villavicencio, Begoña
Tenerife
E-mail: hecate69@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

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

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

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

ARGENTINA

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

Eduardo YAHBES
www.librevacunacion.com.ar
E-mail: info@librevacunacion.com.ar
E-mail: eduardoyahbes@gmail.com

AUSTRALIA

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

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

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

AUSTRIA

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

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

BELGICA

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

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

Infor Vie Saine
R. ACMANNE
127, rue de Fernemont
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 pacijenata (Croatian Association for the Promotion of Patients' Rights)
Čajkovskog 5, SPLIT, CROATIA
Mail: suzana_pesa@yahoo.com
FB community Cijepljenje – pravo izbora
https://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
VRHNIKA
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@aaavp.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 (Association Liberté Information Santé)
Françoise JOËT
19, rue de l'Argentière. 63200 Riom
E-mail: info@alis.asso.fr
www.alis.asso.fr

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

GRAN BRETAÑA

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

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

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

GRECIA

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

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

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

HUNGRIA

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

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
Association
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

NORUEGA

Anette NEUMANN-TINGULSTAD
Britanimatorget
Storgt. 27
1440 Drobak

Karen SUNDØY
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
Prikken)
www.nvkp.nl

Stichting Vaccinatieschade
www.vaccinatieschade.nl

PERÚ

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

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

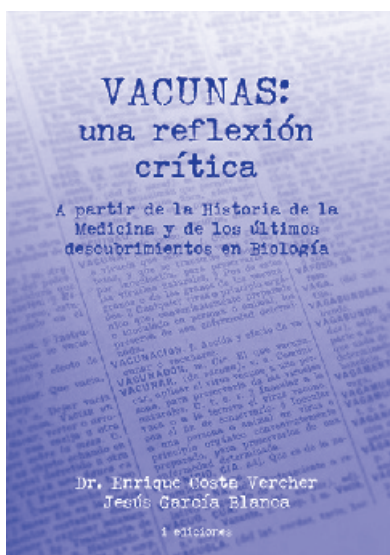
SUIZA

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



VACUNAS: Una Reflexión Crítica

A partir de la Historia de la Medicina y de los últimos descubrimientos en Biología

Autores: Jesús García Blanca y Enrique Porta Vercher

Editorial: Ediciones i (versión castellana), Llibres de l'Índex (versión catalana)

Año de edición: Diciembre de 2015

“Los autores de este libro cruzamos nuestros caminos por primera vez hace más de veinte años y ya entonces una de nuestras preocupaciones eran las vacunas y los problemas de salud que estaban creando a través del miedo y la ignorancia que sus defensores se encargan de promover.

En aquel entonces, nuestras inquietudes profesionales o intelectuales nos ayudaron a estar despiertos ante conocimientos a contracorriente.

Ahora, pacientes y alumnos, pero muy especialmente los hijos de los que hemos tenido el privilegio de conocer, nos han confirmado nuestras razones de la cabeza con razones del corazón: la vida se impulsa a sí misma, la naturaleza es sabia si no nos entrometemos, los mamíferos humanos compartimos con el resto de los seres vivos capacidades aún por conocer y comprender, y la guerra contra los microbios —incluidas las guerras preventivas— son, como dice el gran biólogo, maestro y amigo Máximo Sandín, autodestructivas, y ello por la simple aunque misteriosa razón de que todos estamos integrados en la red de la vida.

De modo que no es extraño que —tras seguir nuestros propios derroteros en el arte de la medicina y la educación respectivamente— ahora nos hayamos reencontrado para unir nuestras fuerzas en una batalla crucial contra la bestia, contra el sistema, contra los de Arriba, contra los poderosos, contra la industria... cada cual podrá darle el nombre que le parezca mejor, en definitiva, una batalla por la vida”.

Jesús García Blanca es educador, escritor e investigador independiente. Forma parte del equipo didáctico de la Escuela Española de Terapia Reichiana y desde 1995 colabora con diferentes colectivos impartiendo conferencias, cursos y talleres sobre temas de salud, educación y ecología, siempre desde una aproximación crítica y holística.



LA ILUSIÓN VACUNAL

Los hechos silenciados sobre enfermedades infecciosas y vacunas

Autores: Dra. Suzanne Humphries y Roman Bystryanyk

Editor: Kopp Verlag

Idioma: Alemán

¿Por qué nos lo creemos? Porque otros también lo creen... Porque nuestra familia y entorno más directo lo creen... Porque nos han influenciado y por esto nos lo creemos... Porque nos han hecho un lavado de coco en la escuela... en los medios de comunicación... porque hace tanto tiempo que nos dicen que es bueno...

Pero... ¿Qué pasaría si todo esto que creemos sólo fuera una ilusión, una mentira disfrazada de verdad, un engaño, un negocio...?

Lea este libro y lo sabrá exactamente.



LA PROBLEMÁTICA VACUNAL EN LOS NIÑOS

Autoría: Heidi Brand entrevista al Dr. Friedrich Graf
Editorial: Narayana Verlag
Idioma: Alemán
Formato: DVD
Año: 2013

El conocido medico homeópata Dr. Friedrich Graf en esta entrevista se manifiesta muy crítico con el tema vacunal. Su posición al respecto, según dice, no es solamente a la vista de los problemas de salud y efectos secundarios que van apareciendo como resultado de la práctica vacunal, como son la tendencia a infecciones, alergias así como otras enfermedades crónicas.

Otros puntos que se han de considerar en su sistema de trabajo y en sus opiniones: Anamnesis en niños, el acompañamiento en el embarazo y el rol del mundo de la información moderna en los pacientes en contra de la influencia o presión que se ejerce a padres o familias.

Su forma de ser, simpática y empática, e impresionante su manera pragmática y afectuosa en su trato con los pequeños y mayores.



VENCER EL AUTISMO

Una guía para prevenir y revertir los trastornos del espectro autista

Autor: Bruce Fife
Editorial: Sirio
Páginas: 504
Año: Septiembre de 2015

Gracias al aceite de coco, un diagnóstico de autismo ya no es una sentencia de cadena perpetua. Su cura es posible. Este nuevo enfoque ha demostrado ser muy eficaz para detener la progresión de la enfermedad y de manera significativa la mejoría de los síntomas y, en muchos casos, incluso lograr una recuperación completa.