

Documentos 9

para la Reflexión

SARAMPIÓN, TRIPLE VÍRICA Y AUTISMO EN EL MUNDO (2)

Noviembre 2020



Revista internacional sobre vacunas

LIGA PARA LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN



Documentos para la Reflexión

Número 9 (2). Noviembre de 2020

Liga para la Libertad de Vacunación

ÍNDICE

- 3 Mentiras, desinformación y pánicos: ¿Es real en Europa el aumento del sarampión? / **Editorial**
- 4 ¿Llevan mercurio, timerosal o tiomersal las vacunas del calendario vacunal europeo 2020 sistémico y no sistémico? / **Xavier Uriarte**
- 6 Biografía de Stanley Alan Plotkin (1932–) / **Christian H. Ross**
- 10 Plotkin´s vaccines: al otro lado de la censura / **Nassim K. Langrudi**
- 12 El sarampión en Austria / **Claudia Millwisch**
- 16 Informe Sarampión Granada 2010 / **Joan Mora**
- 22 Historia de la obligatoriedad de la vacunación en general y del sarampión en particular en Alemania (1874–2020) / **Christof Plothe**
- 27 Casos de sarampión en el área metropolitana de Buenos Aires (Argentina) / **Eduardo Angel Yahbes**
- 28 Fracaso de la vacuna del Sarampión y de la Triple Vírica / **Children´s Health Defense**
- 31 Reacciones adversas de la vacuna Triple Vírica (rubeola, paperas, sarampión) en el Mundo y en la bibliografía internacional / **Joan Mora**
- 38 Encefalitis en niños con Autismo / **Kate Raines**
- 41 Estudio observacional de un tratamiento biológico y dietético para los trastornos del espectro autista / **Anna Vallès**
- 44 Los peligros de las vacunas de la gripe influenzae y del coronavirus / **Xavier Uriarte**
- 46 Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Posvacunales
- 47 Red Española de Información sobre Vacunas
- 48 Red Internacional de Asociaciones que Luchan por la Libertad de Vacunación en el Mundo
- 51 Bibliografía

CONSEJO DE REDACCIÓN

Andreas Duwe, Rosa Montserrat,
Vicenç Robles, Josefa Dominguez,
Jorge Arroyo, Joan Mora, Silvia
Llácer, Andrea Ricci, Xavier Uriarte.

EDITA

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

Depósito Legal: Gi-1000–2009

Mentiras, desinformación y pánicos: ¿Es real en Europa el aumento del sarampión?

Venimos asistiendo desde el 2011 a un nuevo espectáculo orquestado por los grupos de presión económico, la OMS y los medios de comunicación sobre el sarampión en los 30 países de la Comunidad Europea.

Como una oleada nos llegan datos desde Europa haciendo referencia a la morbilidad y a la mortalidad por sarampión.

Se nos dijo que en el período 2019-2020 padecieron el sarampión 13.200 personas y fallecieron 10 personas, en la franja de edades entre 0-4 años. Además se nos informó que en Essen (Alemania) en el 2017 falleció 1 persona adulta.

La cobertura vacunal europea en esta época en cuanto al sarampión osciló entre el 85% y el 94%.

Es importante destacar que de los europeos declarados de sarampión, se confirmaron 10.561 personas lo que supone el 75% de los declarados.

En España fueron 292 personas las afectadas por sarampión y en Rumania alrededor de 3.000 personas

Habitualmente sucede que de los afectados por sarampión los vacunados suponen el 50%.

Si hacemos cálculos vemos que 146 españoles y 1.500 rumanesas estaban vacunadas respectivamente.

La hospitalización en Europa por motivos de neumonía, otitis o encefalitis fue del 35%.

La letalidad del sarampión fue de 1 habitante por cada 1000 (1/1.000 o de 0'1/100).

En España no aconteció ningún fallecimiento y en Europa murieron 10 personas.

Como podemos ver a la luz de los datos vertidos no entendemos dónde está el concepto de epidemia que tanto han manejado las autoridades españolas y europeas.

Quizás tendríamos que volver a los anales de la historia de las epidemias del sarampión y recordar que la versión oficial sustentó durante décadas que la vacunación había

sido el motivo de la regresión de la epidemia.

Sin embargo, la epidemias del sarampión desoladoras en la Europa del siglo XIX comenzaron a disminuir en un 99'9% en la primera mitad del siglo XX (1900-1960) sin vacunación del sarampión.

Fue en la década de los 70 cuando se introdujo progresivamente la monovacuna del sarampión y fue en el año 1981 cuando se implantó la primera dosis de la vacuna del sarampión de manera combinada junto a la rubéola y las paperas en la denominada Triple Vírica y la segunda dosis en el año 1986.

Con la introducción de la vacuna triple vírica continuó la tendencia a la baja del sarampión.

Sin embargo, en los dos años posteriores a la 1ª y 2ª se observó un incremento significativo del sarampión en la zona europea.

El riesgo de muerte posvacunal actualmente está en 1 fallecimiento cada 250.000 dosis (1/250.000 dosis) empleadas.

Si en la Comunidad Europea se utilizaron 100.000.000 de dosis durante el susodicho período el número aproximado de muertos por la Triple Vírica llegó a ser de 400 europeos. Si el riesgo de Reacciones Adversas por las Vacunas (RAV) está reconocido actualmente de 1 persona cada 10.000 dosis (1/10.000 dosis) los nuevos enfermos originados por la vacunación Triple Vírica llegaron a ser de 10.000 en el período 2019-2020.

Son datos publicados cuya interpretación no tiene nada que ver con lo observado.

Es frecuente entre las autoridades dar a los ciudadanos los datos existentes y crear corrientes de opinión mentirosas, desinformadoras y controladoras.

Junta Directiva
Liga por la Libertad de Vacunación (LLV)

¿Llevan mercurio, timerosal o tiomersal las vacunas del calendario vacunal europeo 2020 sistémico y no sistémico?



Autor: Xavier Uriarte (Médico)
Fecha de elaboración: 15 de febrero de 2020
Contacto: xavier.uri@gmail.com

Hacia el 2004 se comienza a hablar de la presencia del tiomersal en las vacunas. A partir de 2006 se creó la opinión de la retirada absoluta del mercurio de las vacunas.

En este artículo el autor afirma que, aunque actualmente se ha reducido la cantidad de timerosal en la fabricación de las vacunas, todavía su presencia es real y tóxica para la salud.

Introducción

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

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

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

Presencia de Mercurio en Vacunas

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

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

Fue a partir de la ordenanza de la Agencia Europea del Medicamento (AEM) del 2000 cuando los diversos países europeos comenzaron a retirar el mercurio de los colirios y de los antisépticos (mercromina) y a disminuir la cantidad del etilmercurio en las vacunas tanto animales como humanas.

Desde el año 1940 se conocían las acciones de este mineral a nivel vegetal, animal y humano. Sin embargo, no interesó a los fabricantes ni a las autoridades sanitarias reconocer

la alta toxicidad que producía en los seres vivos.

Farmacodinámica del Tiomersal

La química actual considera que tanto el metil (presente en la alimentación) como el etil mercurio (presente en las vacunas) es sumamente tóxico a partir de 0 microgramos para los organismos vegetales y animales.

Su eliminación se lleva a cabo en las 6 semanas posterior a su ingesta e inoculación.

El tiempo de expulsión del organismo varía si está combinado con antibióticos, otros metales pesados, con el aluminio, con el formaldehído y el sorbitol.

Esta mezcla puede potenciar su toxicidad y su eliminación, yéndose

más allá de las 24 semanas, pudiéndose acumular progresivamente en el tejido nervioso.

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

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

Tiomersal y Patología

Desde 1956 se sabe que el mercurio puede afectar el riñón, crear reacciones alérgicas, y autoinmunes, generar encefali-

tis, desencadenar la muerte y atravesar las barreras placentaria y hematoencefálica.

Hasta el año 2006 en España y Europa las vacunas del calendario sistemático de vacunación en los 18 primeros meses de vida contenían 138,4 microgramos de mercurio.

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

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

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

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

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

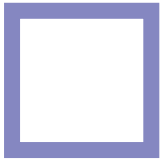
Es por este motivo que cuando consultamos los prospectos de las vacunas no encontramos referencia alguna al tiomersal.

Sólo se precisan las cantidades de mercurio cuando superan 1 microgramo.

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



Biografía de Stanley Alan Plotkin (1932–)



Autor: Christian H. Ross

Fecha de elaboración: 13 de abril de 2017

Fuente: <https://embryo.asu.edu/pages/stanley-alan-plotkin-1932>

Stanley Alan Plotkin desarrolló vacunas en los Estados Unidos entre mediados y finales del siglo XX. Plotkin comenzó su carrera investigadora en el Instituto Wistar en Filadelfia, Pensilvania, donde estudió el virus de la rubéola. En mujeres embarazadas, el virus de la rubéola causó el síndrome de rubéola congénita en el feto, lo que condujo a diversas malformaciones y defectos de nacimiento. Utilizando células WI-38, una línea de células que se originó a partir de tejidos de fetos abortados, Plotkin creó con éxito RA27/3, una cepa debilitada del virus de la rubéola, que luego utilizó para desarrollar una vacuna contra la rubéola. La vacuna contra la rubéola de Plotkin ha evitado defectos de nacimiento debido a la rubéola congénita en fetos en desarrollo y recién nacidos.

Plotkin nació el 12 de mayo de 1932 en la ciudad de Nueva York, Nueva York, sus padres Lee y Joseph Plotkin, que habían emigrado a los Estados Unidos desde Inglaterra. El padre de Plotkin trabajó como telegrafista comercial mientras que su madre cuidaba de Plotkin y su hermana menor, Brenda. Cuando era adolescente, Plotkin asistió a la Bronx High School of Science en la ciudad de Nueva York, Nueva York. Cuando Plotkin tenía quince años, leyó dos libros, *Arrowsmith*, una novela de Sinclair Lewis, y *Microbe Hunters*, un drama de ciencia no ficción de Paul de Kruif. Ambos libros contaron historias de científicos que se esfuer-

zan por descubrir las causas de las enfermedades y crear vacunas contra ellas. Plotkin más tarde acreditó esos libros como su inspiración para estudiar ciencias y medicina. Después de graduarse de la Bronx High School of Science en 1948, Plotkin se matriculó en la Universidad de Nueva York en la ciudad de Nueva York.

Plotkin se graduó con su licenciatura de la Universidad de Nueva York en 1952 y se postuló en la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Nueva York en el Centro Médico Downstate en Brooklyn, Nueva York. Mientras estaba en el Centro Médico Downstate, Plotkin trabajó en el laboratorio de Robert Austrian, quien estudió enfermedades infecciosas como la neumonía y la meningitis causadas por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*. Un compañero de clase recordó que Plotkin tenía una curiosidad insaciable y enfatizó la búsqueda de soluciones prácticas a los problemas de salud humana a través de una experimentación rigurosa, rasgos que Plotkin atribuyó más tarde a su tiempo trabajando con Austria. Después de que Plotkin recibió su título de médico de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Nueva York en 1956, se mudó a Cleveland, Ohio, donde pasó un año como pasante pediátrico en el Hospital General Metropolitano de Cleveland.

En 1957, Plotkin planeó ser voluntario para la Fuerza Aérea de los EE.UU. en lugar de ser reclutado

para el servicio militar en la Guerra de Vietnam. Según Plotkin, quería unirse a la Fuerza Aérea para aprender a volar aviones. Pero debido a su entrenamiento médico, Plotkin sirvió durante tres años en el Servicio de Inteligencia Epidémica de los Centros para el Control de Enfermedades en Atlanta, Georgia.

Como oficial del Servicio de Inteligencia Epidémica, Plotkin estudió ántrax en el Instituto Wistar. Más tarde, Plotkin reveló que solicitó esa cita específica porque esperaba trabajar con la nueva directora del Instituto Wistar, Hilary Koprowski, quien había desarrollado una vacuna oral preliminar contra la poliomielitis. La poliomielitis era una enfermedad infantil común que causaba síntomas similares a los de la gripe y a veces afectaba el sistema nervioso central, paralizando a algunos niños. Además de estudiar el ántrax, Plotkin también estudió el poliovirus en el laboratorio de Koprowski. Investigó vacunas experimentales alternativas contra la poliomielitis y probó las nuevas vacunas contra la poliomielitis en el Congo belga, más tarde llamada República Democrática del Congo.

Durante su investigación inicial en el Instituto Wistar, Plotkin enseñó en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia, Pensilvania, en 1959. Para obtener credenciales como pediatra, Plotkin trabajó como médico residente en el Hospital de Niños de Filadelfia en

Filadelfia, Pensilvania, en 1961. En 1962, dejó Filadelfia y transfirió su residencia pediátrica al Hospital para Niños Enfermos en Londres, Inglaterra. Más tarde, Plotkin declaró que disfrutaba de su residencia allí porque creía que el hospital atraía algunos de los casos médicos más difíciles y algunos de los mejores consultores pediátricos en Inglaterra. Después de obtener sus credenciales pediátricas, Plotkin regresó a Filadelfia en 1963, donde reanudó la enseñanza de pediatría como profesor asistente en la Universidad de Pensilvania. También reanudó la investigación en el Instituto Wistar con el director del instituto Koprowski.

Al regresar al Instituto Wistar en 1963, Plotkin comenzó a estudiar el virus de la rubéola. El virus de la rubéola causó una enfermedad común pero a menudo leve que causó erupciones y síntomas similares a la gripe en las personas infectadas. Sin embargo, las mujeres embarazadas infectadas con el virus de la rubéola podrían transmitir el virus a sus fetos, quienes contrajeron el síndrome de rubéola congénita. El síndrome de rubéola congénita puede provocar abortos espontáneos o defectos de nacimiento en el corazón, el cerebro, los ojos y los oídos del feto. En 1963, una epidemia de rubéola y síndrome de rubéola congénita estalló en Europa. En 1964 y 1965, la epidemia se extendió a los Estados Unidos, causando defectos de nacimiento en miles de bebés. Después de esa epidemia, muchos investigadores, incluido Plotkin, aceleraron el desarrollo de una vacuna contra la rubéola. Según Plotkin, se dio cuenta de la importancia de prevenir la rubéola en mujeres embarazadas para prevenir la rubéola congénita en sus fetos y los defectos congénitos posteriores en los bebés.

A lo largo de la década de 1960, Plotkin se esforzó por desarrollar una vacuna contra la rubéola en el Instituto Wistar. Plotkin se basó en el trabajo realizado por los virólogos Thomas

Huckle Weller y Franklin Allen Neva, así como por Paul Douglas Parkman, quienes aislaron cepas del virus de la rubéola en 1962 en los Estados Unidos. A principios de la década de 1960, los biólogos celulares Leonard Hayflick y Paul Moorhead en el Instituto Wistar desarrolló la cepa WI-38, una cepa de células humanas creada utilizando tejido fetal abortado. Las células WI-38, nombradas en honor al Instituto Wistar donde se desarrollaron, se encontraban entre las primeras células humanas no cancerosas que podían mantenerse durante largos períodos de tiempo sin degradación sustancial, lo que las hacía adecuadas para la investigación de laboratorio. Utilizando células WI-38, Plotkin cultivó una nueva cepa del virus de la rubéola llamada RA27/3, una cepa debilitada del virus de la rubéola, que él y su equipo de investigación utilizaron para crear una vacuna contra la rubéola en 1969.

Sin embargo, Plotkin no fue el único en crear una vacuna contra la rubéola. En 1968, en una conferencia de los Institutos Nacionales de Salud, varios desarrolladores de vacunas contra la rubéola debatieron cuál de las cuatro posibles vacunas era el mejor candidato para una mayor producción. De las vacunas propuestas, solo Plotkin's había usado células humanas diploides, mientras que otros laboratorios habían usado células de patos, perros y conejos. Las células humanas diploides, como las células WI-38 utilizadas por Plotkin, tienen el mismo número de pares de cromosomas que las células típicas del cuerpo humano. Plotkin argumentó que las células humanas diploides eran un mejor medio para cultivar cepas de virus debilitadas para vacunas porque representaban mejor las células humanas que se vacunarían.

La principal oposición de Plotkin en la conferencia fue Albert Sabin, quien había creado con éxito una vacuna oral contra la poliomielitis, similar a la de Koprowski, que fue

ampliamente utilizada en la Unión Soviética. Sabin objetó que las vacunas desarrolladas con células humanas, como WI-38, contaminaron las vacunas con virus que causan cáncer, una teoría común en ese momento. Plotkin respondió que no había pruebas suficientes para indicar tal peligro. Afirmó además que las objeciones de Sabin provenían de razones religiosas, no objetivas, debido a los orígenes de las células WI-38 en tejidos fetales abortados. Los argumentos de Plotkin convencieron a sus colegas de los beneficios de su vacuna contra la rubéola RA27/3, y finalmente convencieron al mismo Sabin. En 1969, Plotkin publicó sus resultados experimentales sobre su vacuna contra la rubéola, que estuvo disponible para uso público poco después.

Después de abogar por su vacuna contra la rubéola, Plotkin continuó equilibrando su estudio de virus y vacunas con su carrera médica. A fines de la década de 1960, Plotkin colaboró con Koprowski y Tadeusz Wiktor en el Instituto Wistar para crear una vacuna contra la rabia, que se autorizó para uso público a partir de 1980. Plotkin también continuó enseñando pediatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania donde permaneció como profesor hasta 1991. En 1972, Plotkin se convirtió en el director del departamento de enfermedades infecciosas, así como médico senior en pediatría en el Hospital de Niños de Filadelfia, donde permaneció durante décadas. Además de su investigación de vacunas, Plotkin se convirtió en profesor de virología en el Instituto Wistar en 1974. En 1980, Plotkin se casó con Susan, la coordinadora del Programa de SIDA pediátrico del Hospital de Niños de Filadelfia. La pareja tuvo dos hijos, Michael y Alec.

A lo largo de la década de 1980, Plotkin continuó desarrollando vacunas para enfermedades infecciosas. A principios de la década de 1980, Plotkin creó varias vacunas experi-

mentales para la varicela, causada por el virus de la varicela, aunque esas vacunas nunca llegaron a la producción pública. En 1988, Plotkin publicó la primera edición de *Vaccines*, un libro de texto que detalla la historia, la teoría y la creación de vacunas. La Fundación Nacional de las Enfermedades Infecciosas de EE.UU. En Bethesda, Maryland, consideró que *Vaccines*, en su sexta edición a partir de 2013, es el libro de texto autorizado en el campo de la vacuna. Plotkin continuó buscando nuevas vacunas, y en 1988 publicó un artículo para una vacuna preliminar contra el rotavirus, que causa diarrea severa en bebés y niños pequeños.

En 1991, una compañía privada de vacunas, Pasteur Mérieux Connaught Vaccines, le ofreció a Plotkin un puesto como director médico y científico de la compañía. Plotkin

aceptó y se mudó a París, Francia, con su familia. En 1997, regresó a los Estados Unidos como consultor para el productor multinacional de vacunas, Aventis Pasteur, más tarde llamado Sanofi Pasteur, con sede en Lyon, Francia. En 2006, Plotkin, colaboró con los investigadores de vacunas Fred Clark y Paul Offit en los EE.UU. Para crear una vacuna contra el rotavirus, a la que llamaron RotaTeq, según la investigación que Plotkin había comenzado casi veinte años antes. También ese año, a la edad de 74 años, Plotkin aprendió a pilotar un avión, cumpliendo su ambición anterior.

Plotkin recibió muchos premios por su trabajo como médico e investigador médico. Por sus contribuciones a la medicina preventiva, en 1987, el Colegio Americano de Médicos otorgó a Plotkin la Medalla Bruce, y en 1993, el Grupo Panamericano de

Diagnóstico Viral Rápido le otorgó el Premio de Virología Clínica. En 1998, Plotkin también recibió la Medalla de Honor de la Legión Francesa. Para honrar su trabajo científico en vacunas y lucha contra enfermedades infecciosas, Plotkin recibió la Medalla de la Fundación Sabin en 2002, el Premio Maxwell Finlandia en 2009 y el Premio Hamdan a la Excelencia en Investigación Médica en 2014.

Aunque retirado, en la segunda década del siglo XXI, Plotkin consultó sobre temas de vacunas y siguió involucrado en enfermedades infecciosas y en la investigación de vacunas, particularmente para el citomegalovirus, que puede causar que los bebés nazcan con anomalías. Fue profesor emérito en la Universidad de Pensilvania y en el Instituto Wistar. ■

Fuentes

- Censo de los Estados Unidos de 1940, Condado de Bronx, Nueva York, calendario de población, Distrito 7 de la Asamblea, Bronx, Ciudad de Nueva York, distrito de enumeración (ED) 3-1189, hoja 9B, familia 181, hogar de Joseph Plotkin.
http://1940census.archives.gov/search/?search.census_year=1940&search.city=&search.county=Bronx+County&search.page=2&search.result_type=image&search.state=NY&search.street=178th+E#filename=m-t0627-02490-00479.tif&name=3-1189&type=image&state=NY&searchby=location&searchmode=browse&year=1940&index=18&pages=22&bm_all_text=Bookmark (Consultado el 20 de mayo de 2016).
- Arbeter, Allan M., Stuart E. Starr y Stanley A. Plotkin. "Estudios de vacuna contra la varicela en niños y adultos sanos". *Pediatría* 78 (1986): 748–56.
- Austriaco, Robert. "Reacciones de transformación bacteriana". *Bacteriological Reviews* 16 (1952): 31–50.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC180727/pdf/bactrev00008-0036.pdf> (consultado el 23 de mayo de 2016).
- Clark, H. Fred, Frances E. Horian, Louis M. Bell, Karen Modesto, Vera Gouvea y Stanley A. Plotkin. "Efecto protector de la vacuna WC3 contra la diarrea por rotavirus en lactantes durante una temporada predominantemente de serotipo 1 de rotavirus". *Revista de enfermedades infecciosas* 158 (1988): 570–87.
- Clark, H. Fred, Paul A. Offit, Stanley A. Plotkin y Penny M. Heaton. "La nueva vacuna contra el rotavirus pentavalente compuesta de bovinos (cepa WC3) - Reordenamiento de rotavirus humano". *Pediatric Infectious Disease Journal* 25 (2006): 577–83.
- de Kruif, Paul. *Cazadores de microbios*. San Diego: Harvest, 1926.
- de Santis, Marco, Anna Franca Cavaliere, Gianluca Straface y Alessandro Caruso. "Infección por rubéola en el embarazo". *Reproductive Toxicology* 21 (2006): 390–8.
- "El Dr. Stanley A. Plotkin recibirá el Premio Hamdan a la Excelencia en Investigación Médica en el Campo de las Vacunas". El Instituto Wistar. 14 de noviembre de 2014. <http://wistar.org/news-and-media/press-releases/dr-stanley-plotkin-recipient-the-hamdan-award-medical-research-excellenc> (Consultado el 20 de mayo de 2016).

- Hayflick, Leonard. “La vida limitada in vitro de las células diploides humanas”. *Experimental Cell Research* 37 (1965): 614–36.
- Hayflick, Leonard y Paul S. Moorhead. “El cultivo en serie de cepas diploides humanas”. *Experimental Cell Research* 25 (1961): 585–621.
- Katz, Michael. “Homenaje a Stanley A. Plotkin, MD” Discurso pronunciado en el discurso de la Medalla de Oro Albert B. Sabin, Baltimore, Maryland, 7 de mayo de 2002. http://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/Plotkin_medal_speech.pdf (consultado el 20 de mayo de 2016).
- Koprowski, Hilary, Thomas W. Norton, George A. Jarvis, Thomas L. Nelson, David L. Chadwick, Doris J. Nelsen y Karl F. Meyer. “Investigaciones clínicas sobre cepas atenuadas del virus de la poliomielitis: uso como método de inmunización de niños con virus vivos”. *Revista de la Asociación Médica Americana* 160 (1956): 954–66.
- Lewis, Sinclair. *Arrowsmith*. San Diego: Harcourt Brace & Company, 1925.
- Fundación Nacional para Enfermedades Infecciosas. “Stanley A. Plotkin, MD: Ganador del Premio Maxwell Finlandia 2009 al Logro Científico”. Fundación Nacional para Enfermedades Infecciosas. <http://www.nfid.org/awards/plotkin.pdf> (Consultado el 20 de mayo de 2016).
- Parkman, Paul D., Edward L. Buescher y Malcom S. Arntstein. “Recuperación del virus de la rubéola de reclutas del ejército”. *Biología y medicina experimentales* 111 (1962): 225–30.
- “Plotkin, Stanley Alan”. *Hombres y mujeres de ciencia estadounidenses: un directorio biográfico de los líderes actuales en ciencias físicas, biológicas y relacionadas*. 5 (2007): 1147.
- Plotkin, Stanley A. “La historia de la vacunación contra la rubéola y la rubéola que conduce a la eliminación”. *Enfermedades infecciosas clínicas* 43 (2006): 164–8. http://cid.oxfordjournals.org/content/43/Supplement_3/S164.full.pdf+html (consultado el 20 de mayo de 2016).
- Plotkin, Stanley A. “Observaciones sobre la aceptación de la Medalla de Oro Albert B Sabin 2002”. Discurso pronunciado en el discurso de la Medalla de Oro Albert B. Sabin, Baltimore, Maryland, 7 de mayo de 2002. http://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/Plotkin_medal_speech.pdf (consultado el 20 de mayo de 2016).
- Plotkin, Stanley, A. y Susan L. Plotkin. “El desarrollo de vacunas: cómo el pasado condujo al futuro”. *Nature Review Microbiology* 9 (2011): 889–93.
- Plotkin, Stanley A., Walter A. Orenstein, Paul A. Offit. *Vacunas*. 6ª ed. Edimburgo: Elsevier, Inc., 2013.
- Plotkin, Stanley A., John D. Farquhar, Michael Katz y Fritz Buser. “Atenuación del virus de la rubéola RA 27/3 en células diploides humanas WI-38”. *American Journal of Diseases of Children* 118 (1969): 178–85.
- Sabin, Albert B. “Estrategias para la eliminación de la poliomielitis en diferentes partes del mundo con el uso de la vacuna oral contra el poliovirus”. *Revisión de enfermedades infecciosas* 6 (1984): S391–6.
- Salwen, Martin J. “Downstate at 150: A Celebration of Achievement Folio”. SUNY Downstate Medical Center. <http://www.downstate.edu/sesquicentennial/documents/AchievementFolio-web.pdf> (consultado el 20 de mayo de 2016).
- Weller, Thomas H. y Franklin A. Neva. “Propagación en el cultivo de tejidos de agentes citopáticos de pacientes con enfermedad similar a la rubéola”. *Biología y medicina experimentales* 111 (1962): 215–25.
- Wiktor, Tadeusz J., Stanley A. Plotkin e Hilary Koprowski. “Desarrollo y ensayos clínicos de la nueva vacuna humana contra la rabia del origen del cultivo de tejidos (células diploides humanas)”. *Desarrollos en la estandarización biológica* 40 (1978): 3–9.

Como citar

Ross, Christian H., “Stanley Alan Plotkin (1932–)”. *Embryo Project Encyclopedia* (13/04/2017). ISSN: 1940-5030 <http://embryo.asu.edu/handle/10776/11477>.

Editor

Universidad del estado de Arizona. Facultad de Ciencias de la Vida. Centro de Biología y Sociedad. *Embryo Project Encyclopedia*.

Plotkin's vaccines: al otro lado de la censura



Autoría: Nassim K. Langrudi (Corvelva. Asociación Italiana de Investigadores en Vacunas)

Fecha de elaboración: diciembre de 2019

Traducción: Rosa Montserrat

Contacto: www.corvelva.it/corvelva-papers/

Este proyecto se inició en Diciembre de 2019 en relación con el aumento de la “censura suave” que desde distintos buscadores y webs de carácter social se vienen utilizando y/o publicando. Nuestra respuesta es clara: ¡Nadie nos puede censurar!

Fuente: <https://drive.google.com/open?id=1-QJVjiSa3ikZ9XriSAAYOwlkqPAiu2By>

El 11 de Noviembre de 2019 se hizo público un explosivo artículo, dicho suavemente. Y por cierto, curiosamente ha desaparecido del Radar: Nadie habla de ello, al menos en público. Tal vez porque los efectos de estas declaraciones son dignas de atención. Como consecuencia se han oído rumores de que la OMS está más bien preocupada sobre esta confesión “blanco sobre negro” que sin lugar a dudas da luz a los problemas que desde hace largo tiempo se están informando, registrando o certificando, por parte de médicos, epidemiólogos e investigadores y por otra gran parte de la población que ha sido sometida u obligada a contribuir a extender la práctica vacunal que hoy está, como mínimo, fuertemente cuestionada.

Muy grave es el peso de estas reflexiones precisamente ahora con los notables comentarios del autor, no hablamos de ninguna manera de algún profesor de universidad o inmunólogo, sino de **Stanley A. Plotkin**, reconocido mundialmente como “Padre del pensamiento vacunal”. Él es autor del libro “Vaccines”, considerado la “Biblia” de las vacunas en general.

Plotkin en los últimos tiempos ha hecho públicas una serie de concesiones de enorme significado. Fue convocado como experto o especialista en vacunaciones obligatorias (o forzosas) en una discusión legal entre

padres (padre y madre) que no se ponían de acuerdo, si su hija había de ser vacunada o no. Aaron Siri, abogado de la madre, la cual se manifestaba en contra de vacunar a su hija, interrogó al médico el 11 de enero de 2019 en New Hope, Pennsylvania, bajo juramento. El material filmado del testimonio jurado está disponible en YouTube. El mismo Plotkin, en Noviembre 2019, publicó un artículo con el título: “Is there a Correlate of Protection for Measles Vaccine?”, el cual pone en el punto de mira, la confianza en la efectividad (con otras palabras, la revisión sobre el efecto protector o preventivo) de las vacunas del sarampión, para aclarar las recientes “Epidemias” que se han registrado en Europa y en Estados Unidos y recuperar la confianza. El artículo incluye Hechos y Deducciones que echan al traste la intención de confundir a la población con el conjunto de la gran operación de propaganda que se escenificó y a la vez desmontan el programa vacunal en su totalidad. En realidad, los padres están en su pleno derecho de manifestar sus dudas si sus reflexiones son críticas respecto a si sus hijos han de ser vacunados.

El decano de la teoría vacunal certifica exactamente, negro sobre blanco, las circunstancias que quieren saber los padres que están en contra de una vacunación obligatoria. Muchos conceptos son claros, entremos en detalle en algunos puntos, resulta que:

1. **No es posible confiar como hasta ahora en unos adecuados o suficientes títulos estimados de anticuerpos, para garantizar inmunidad. Para decirlo exactamente: “No se conoce cuál es el título de anticuerpos neutralizadores que efectivamente protege”. ¿Podemos pues considerar que las vacunas son efectivas?**
2. **No se puede decir con seguridad, que la vacuna contra el sarampión proporcione una protección duradera o de por vida, como sucede en el caso de la enfermedad natural – lo cual se ha venido manifestando sobre las vacunas: “Ciertamente la vacuna causa una leve o débil infección, y no es que el nivel de anticuerpos en el vacunado permanezca elevado de forma duradera. Esta situación actual es necesariamente responsable para la nueva valoración de la efectividad a largo plazo de la vacuna del sarampión”. Entonces... ¿qué podemos hacer? ¿Continuar vacunándose con serums vacunales vivos, sin saber cuándo y cómo estamos protegidos? ¿Y qué efectos puede tener para nuestro sistema inmunitario?**
3. **Nosotros no tenemos idea de cómo funcionan los anticuerpos protectores, que papel tienen los anticuerpos o las células en la protección frente a infecciones a los distintos niveles.**

Se sobreentiende que es imposible, hablar con seguridad de la efectividad de las vacunas, cuando ni siquiera sabemos cómo se desarrolla el proceso inmunitario... Si nosotros no conocemos este mecanismo, ¿cómo podemos mantener u observar la legislación, vacunar a todos, y hacer como si no hubiera ninguna duda en ello?

4. **Como si todo esto no fuera suficiente, finalmente se reconoce, que la circulación de nuevos genotipos del virus del sarampión (también de las paperas) inutiliza las campañas vacunales, ya que los vacunados no están inmunizados contra virus nuevos, que posiblemente pueda haber cerca o aparezcan (!!!).** ¿Han existido siempre estos genotipos o han aparecido como descendientes de la multitud de campañas vacunales que se han puesto en marcha contra el genotipo A? La respuesta ya la tenemos: Es generalmente conocido que los virus mutan, particularmente bajo presión selectiva (lo que quiere decir bajo la presión de las campañas vacunales) y por este motivo es una comedia colosal hablar sobre la idea de la erradicación del sarampión. ¿Por qué se vacuna a millares y millares de personas contra un genotipo cuando probablemente no es éste el causante de las epidemias? Pero sobre todo: ¿Por qué no se analiza o comprueba el genotipo de todas las personas a las cuales se diagnostica la enfermedad? ¿Es la protección de la salud la causa principal o el motivo por el cual se vacuna o es única y sencillamente vacunar, independientemente de la necesidad o efectividad de esta intervención?

5. **¡Finalmente expone, que los vacunados pueden expandir el virus!!!!!!!!!!!!**

¡Esta confesión es memorable! Hace muchísimos años se está mintiendo (sin prueba) sobre que esto podría pasar, la investigación ha demostrado la existencia de virus vacunales en la boca y

garganta así como en la orina de personas vacunadas; sobre esto se rieron despectivamente refiriéndose a “Sarampión exantemático no contagioso” del paciente (y continuaron echando las culpas a los no vacunados). ¡Y ahora, ante nuestros ojos aparece un riesgo real y plausible –que siempre ha estado ahí– que aclara que la infección a causa de los sujetos recientemente vacunados se expande o extiende! Plotkin escribe: **“La posibilidad de que una infección sub-clínica o un par de síntomas con virus del sarampión aparezcan entre personas vacunadas se debe tener en cuenta. A pesar de que no disponga de ninguna prueba para la excreción o expansión de virus después de la vacunación, al no ser conocidos todos los síntomas que el sarampión puede presentar, se ha de intentar aislar los virus de estos pacientes y tipificarlos”.**

El resumen o resultado de Plotkin es verdaderamente interesante:

“Las epidemias de sarampión en Europa y Estados Unidos podrían llegar a conseguir un objetivo provechoso si se obtuvieran pruebas de personas expuestas a los virus, antes de infectarse o no. La comunidad científica ha de aprovechar la circunstancia actual, la cual conduce a resistencia al serum y desconocimiento vacunal, para definir mejor el término de Inmunidad sarampiónosa”. situación, no tenemos ninguna idea si las vacunas son efectivas, no tenemos ninguna idea de cómo puede reaccionar el sistema inmunitario de un vacunado en comparación con un no vacunado por lo que hemos de aprovechar la circunstancia para Pienso que esto más o menos significa: No tenemos ninguna idea como cambiar la aclarar el entresijo de que hay individuos no vacunados y epidemias actuales. La verdadera novedad es por esto, que nosotros explotamos o nos aprovechamos de la población mundial con experimentos de masas, también a través de las leyes de obligato-

riedad vacunal, y todo esto sin tener la más mínima idea de las consecuencias que pueden resultar para la salud pública en un futuro.

Y ahora la pregunta más, tal vez, importante: ¿Cómo va a reaccionar la comunidad científica a esta reflexión? ¿Va a callar? ¿Va a hacer como si no se hubiese dicho nada? ¿Va a instaurar aún más severas medidas y emprender más masivas campañas de vacunación? ¿Cómo va a reaccionar la OMS ante este reconocimiento?

Observen ustedes una cosa: Aquí no se trata de “nuevos descubrimientos” o un único nuevo estudio publicado; estos datos están a disposición de cualquiera desde hace años, es la pura realidad, sólo que ahora ha sido preparado por una personalidad y presentado por escrito, a la cual la comunidad científica no puede escarnecer o ridiculizar pero tampoco culpar de poner en circulación “Fake News”; en el mejor caso seguramente los grandes estrategas serán capaces de ignorarlo todo, como sucede por norma si aparecen contenidos incómodos en temas relevantes ante los cuales a duras penas no son capaces de mentir de una forma creíble.

Este artículo muestra en que se basan aquellos que ponen en circulación falsas noticias confiando en dar miedo o pánico a aquellos que ignoran pruebas científicas, a aquellos que no son críticos con las vacunas, a aquellos que no cuentan con datos seguros y fiables, a aquellos que juegan con la vida de las personas, a aquellos padres que no se preocupan de la salud de sus hijos, sino que conceden gran confianza en lo que dicen la comunidad científica y los gremios internacionales que fabrican estos serums vacunales “seguros y efectivos”, sin tener la más mínima prueba científica de ello.

Observen ustedes los próximos pasos que seguirán los de arriba: Las organizaciones sanitarias se verán confrontadas desde ahora con nuevos problemas, los cuales **probablemente habrán causado las vacunas.** ■

El sarampión en Austria

Si nuestro Dios hubiese querido que nos vacunemos, nos hubiese dado un hueco en el cuerpo por donde las vacunas puedan inyectarse



Autoría: Claudia Millwisch (colaboradora de la LLV Austria)

Fecha de elaboración: diciembre de 2019

Contacto: claudi_millwisch@chello.at

Introducción

Normalmente el sarampión pasa sin complicaciones y deja inmunidad duradera de toda la vida. La enfermedad siendo un proceso de limpieza del cuerpo, muchas veces provoca un paso de desarrollo grande hacia adelante.

En caso de complicaciones muy graves, muy raras veces y muy excepcionales puede producirse un daño duradero incluso hasta la muerte. Cifras respectivas véase más abajo.

La vacuna MMR (contra el sarampión, las paperas y la rubeola)

Ya no existe la vacuna contra el sarampión, sino solamente la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubeola en conjunto. La vacuna promete una inmunidad duradera de toda la vida, pero esto nunca se ha comprobado. Pueden ocurrir eventos adversos dañinos como la enfermedad atípica del sarampión, el sarampión de los adultos, alergias, enfermedades crónicas del intestino, convulsiones, meningitis y encefalitis, SSPE, trastornos en el desarrollo tanto orgánico como psíquico

y sociales, enfermedades del sistema autoinmune como diabetes tipo 1, autismo, múltiple esclerosis y muerte.

El cuerpo está contaminado por las vacunas por un cóctel de adyuvantes como aluminio, metales pesados, antibióticos, proteínas (el virus de la vacuna producido en huevo de gallina y en células cancerígenas humanas).

El sistema de notificación de los remedios farmacéuticos en nuestro país no se usa adecuadamente, tal como debería hacerse. Sería correspondiente al VAERS de los Estados Unidos, (Vaccine Adverse Event Report System), correspondiente en Austria a un Departamento del Ministerio de Asuntos Sociales: www.sozialministerium.at

Daños causados por la vacuna

En la Ley §1/2 de la Ley Austríaca por Daños Causados por la Vacuna consta que el estado de Austria se responsabiliza por un daño causado por una vacuna según el plan estatal de vacunas.

En realidad, sin embargo, esto significa que un daño debe estar recono-

cido por un juicio de la Corte, lo cual significa una lucha tremenda.

Solamente en el caso de ganar el pleito, el estado será obligado a encargarse de los costos causados por el daño de la vacuna. Los procesos jurídicos duran muchos años y muchas veces terminan sin éxito.

Quien sufre el daño (respectivamente sus padres) tiene que comprobar que la enfermedad o el impedimento se debe a la vacuna, lo que resulta muy difícil, en vista de una ideología que piensa que “las vacunas protegen sin falta” y que “el daño debe tener otra causa y no puede resultar de la vacuna” o “esto hubiese pasado de todos modos”. Los padres no tienen ayuda en la lucha por el bienestar de sus hijos, ni tienen los recursos financieros necesarios para tal combate. En este caso normalmente tienen un niño gravemente enfermo o inmóvil que necesita cuidado durante 24 horas o los padres sufren por la pérdida de su niño.

Conocemos el caso de Rebecca, que a los 18 meses recibió la quintuple vacuna, cinco horas después estaba muerta. El daño fue reconocido por la Corte, los padres recibieron 9.000 € por la pérdida de su hija.

Conocemos el caso de un niño de 12 años de Carinthia, que ha vuelto casi completamente ciego después de la vacuna contra la hepatitis. El caso fue reconocido por la corte, pero la familia no fue indemnizada, porque el peligro de la pérdida de la vista está indicado en el folleto de la vacuna como “posible efecto adverso”.

Conocemos el caso de Noel de Baja Austria, quien recibió la vacuna contra los pneumococcos, al regresar a su casa inmediatamente tuvo convulsiones, poco después de volver al Hospital de Krems murió allí mismo. Los padres pusieron una denuncia ante la Corte. Resulta difícil para los padres comprobar si murió por la vacuna. Para los padres no puede haber otra explicación porque su hijo estaba completamente feliz y sano antes de la vacuna. La decisión de la Corte no se conoce.

Guilia de 3 años recibió la primera vacuna a los cuatro meses, siguió el ciclo de las vacunas recomendadas y después de la última vacuna quintuple casi no paró de gritar. Sufrió lo que se denomina el grito encefálico y fue ingresado en el hospital.

Conocemos el caso de Jasmin, quien falleció en su cama después de la vacuna contra el HPV. En un tribunal de Corte este caso no fue reconocido, a pesar de que los padres presentaron el documento de un experto jurado a su favor, resultó en una pelea de los expertos.

Conocemos el caso de Simon, un muchacho joven, despierto, alegre, que después de la vacuna contra las garrapatas quedó paralizado y se volvió en un joven que necesitaba 24 horas atención y que murió hace poco a sus años 20.

Conocemos el caso de Walter, ahora de aproximadamente 40 años, antes un niño feliz, alegre, activo, de mucha movilidad, que después de la vacuna se volvió en un joven que

necesita 24 horas la atención de sus padres y está a nivel de un niño de preescolar, que ni es capaz de caminar. ¿Como podrá sobrevivir un día sin la ayuda diaria de sus padres?

Conocemos el caso de un músico en Baja Austria, que a la vez es instructor de cantantes, al cual le disminuyó la capacidad auditiva después de la vacuna.

Conocemos más casos. Los casos pasan desapercibidos.

Pero también se conocen daños menos graves. Muchas enfermedades crónicas se deben a vacunas incluso en niños pequeños.

Desgraciadamente no existe un procedimiento simple comprensible sin que cause grandes esfuerzos burocráticos en nuestro país. El proceso de información a las autoridades sobre el daño, ni para padres, ni para médicos es fácil. A los médicos no les gusta informar a las autoridades. En caso de la enfermedad de sarampión los médicos tienen la obligación de informar a las autoridades, pero en caso de la vacuna y sus consecuencias no existe tal obligación.

La responsabilidad de la enfermedad o de la vacuna en todo caso la tienen los padres.

No hay vacunas obligatorias en nuestra país, pero una gran presión se ejerce a los padres para que dejen vacunar a sus hijos. A pesar de esto existe la intención de introducir la vacunación obligatoria en ciertos círculos, contra los cuales la población hizo manifestaciones en Linz (después del fallecimiento de un niño debido a las vacunas), en Viena, la capital del país, en mayo de 2017 y últimamente en la ciudad de Graz, el 14 de noviembre de este año).

La maquinaria propagandística del marketing de la industria es muy activa. Las personas que acuden a

las manifestaciones son consideradas idiotas, imbéciles, gente que abusa de los niños, hasta asesinos y ha ocurrido que personas pro-vacunación se infiltraron a las manifestaciones para molestar agitando de manera destructiva. En Austria las manifestaciones deben registrarse ante la policía y la policía acompaña y protege a los manifestantes y pide a los agitadores de no molestar, porque según los Derechos Humanos existe la Ley de Asamblea y de reunirse pacíficamente. Si no fuera así, la policía interferiría en manifestación por el bien del estado y para evitar conflictos graves. Estamos agradecidos a la policía.

Algunos acontecimientos actuales que demuestran la situación:

A comienzos de 2019 hubo el caso de un joven de 15 años quien se infectó aparentemente por sarampión. Después de visitas a médicos, los mismos médicos le mandaron al hospital. Por miedo a causar una infección a los niños, 28 bebés fueron llamados a un control a la clínica y recibieron un tratamiento preventivo, pero debido a su edad ninguna vacuna.

En el mismo año en la misma provincia hubo el caso de una enfermedad de sarampión en una escuela, por lo cual 22 niños no vacunados fueron obligados a quedarse en casa durante tres semanas.

Hace dos años en un colegio en Viena hubo alarma de sarampión, por lo cual igualmente los niños no vacunados tenían que quedarse en casa durante tres semanas. Esto fue ordenado por las autoridades. Después de un test de análisis en un laboratorio resultó que no era sarampión.

En otra región de Austria pasó lo mismo. Cerraron una escuela para volver a abrirla al día siguiente porque

un caso de sarpullido no se trataba del sarampión. Pero siempre en estos casos las autoridades reaccionan con gran temor y urgencia y emoción.

En la provincia de Carinthia hubo tres casos de sarampión. Se trata de un conductor de un autobús, de un niño de la edad de cuatro años y de una señora que trabaja en un supermercado. Debido a este acontecimiento no circulaban buses, según la APA, la agencia austríaca de prensa, para poder controlar la situación inmunológica de los conductores de bus respecto a sarampión y para desinfectar los autobuses.

En un pueblo en la provincia de Vorarlberg un joven sufrió de otitis que fue curada con antibióticos que causaron un exantema. Gran pánico resultó. El niño fue obligado a quedarse en casa, le hicieron un análisis de laboratorio y según el laboratorio no era sarampión. Pero pasó lo mismo. El niño fue obligado a quedarse en casa y después del análisis del laboratorio, resultó que se trataba de una incompatibilidad al antibiótico. Mientras tanto el colegio fue amenazado de permanecer cerrado durante semanas y muchos padres corrieron a vacunar a sus hijos al médico general del pueblo. Total: el colegio quedó cerrado un sólo día y después llegaron las vacaciones de Pascua y después de las vacaciones todo el asunto ya se había olvidado. También se exigía que las maestras se vacunen, pero no se sabe si alguna lo hizo. El edificio del colegio fue desinfectado por un equipo de cinco especialistas de desinfección angustiosos y temibles.

Ministras de Salud contra la Vacuna

Tanto la anterior Ministra de Salud, Dra Pamela Rendi-Wagner, como la anterior Ministra Dra Beate Hartinger-Klein están en contra de la vacunación obli-

gatoria. Prefieren que se informe más a la población y “autodeterminación” así como más información del personal que trabaja en el sector de la salud. Así también la especialista en sarampión, Dra. Heidemarie Holzmann, de la Universidad de Viena se pronuncia en contra de la vacunación obligatoria, porque “presión produce más presión” y personas que normalmente aceptan vacunarse, en este caso lo renunciarían. “El derecho de autodeterminación prevalece en nuestra sociedad”. Sin embargo, la vacuna de personas que trabajan en el sector médico le parece importante para proteger a los más necesitados en nuestra comunidad, los bebés muy jóvenes y viejos.

Todavía no se conoce la opinión de la nueva Ministra de Salud, Dra. Brigitte Zarfl que maneja el Ministerio Social y de Salud desde junio 2019.

A pesar de la opinión de las Ministras, la Comisión de Bioética de Austria está en favor de la introducción de la vacunación obligatoria. La Comisión tiene 25 miembros, de los cuales 12 son médicos, 6 juristas y algunos teólogos. Mientras incluso el Instituto Robert Koch de Alemania, el PEI y la Comisión de Ética de Alemania, están en contra de la vacunación obligatoria, la de Austria está a favor de la misma.

La situación de las enfermedades actual en Austria

Con fecha 13 de noviembre 2019 se notificaron 146 casos de sarampión en toda Austria, procedentes de todas las Provincias del país, en 2018 hubo un total de 77 casos de sarampión en un país que tiene una población actual de 8,8 millones de habitantes, ningún caso de muerte.

El 12% de la tasa de (77) enfermos de este año asciende a personas que trabajan en el sector de salud.

En comparación: al año 2018 en Austria hubo 46.526 heridos de accidentes de coche y 409 muertos; en 2019 hubo 72 muertes de mujeres debido a actos de violencia.

En 2018 la OMS registró más de 80.000 casos de sarampión en todo el mundo, de los cuales 72 fallecieron.

La cifra de habitantes mundiales asciende a 7,75 mil millones de personas, de los cuales 72 personas fallecieron a causa de sarampión.

En muchos casos los muertos ya han padecido alguna enfermedad anterior.

WHO <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/measles-in-europe-record-number-of-both-sick-and-immunized>

Según ECDC de Europa con una cifra de habitantes de 513 millones de personas, del 1 al 30 de noviembre de 2018 hubo 12.790 enfermos y 35 muertos debido a sarampión. ECDC <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/measles-rubella-monthly-surveillance-report-january-2019.pdf>

Vacunas recomendadas en Austria

El plan oficial de vacunas de Austria recomienda la vacuna MMR a partir de los 9 meses de vida, la segunda dosis 3 meses después. Con dos vacunas se promete una protección de por vida. La vacunación se controla antes de entrar al parvulario.

El sarampión ya aparece tan raras veces que los médicos ni siquiera re-

conocen esta enfermedad, porque lo único que aprenden los estudiantes de medicina en las Universidades, es que hay que vacunar contra esta enfermedad. Ya no aprenden nada del tratamiento de esta enfermedad.

A pesar de tan pocos casos de enfermedad hay una caza de brujería en contra de personas que están en contra de la vacunación obligatoria, tanto en los artículos de prensa, como en comentarios y como en el internet.

Austria es un país sin litoral, pero ya no es la isla de los bienaventurados, como lo llamaron antes. Es un país en el centro de Europa y consciente de lo que pasa en otras regiones del mundo. Así es que nos enteramos entre otros anuncios alarmantes de la advertencia de la Doctora Stephanie Seneff, Senior Research Scientist del Massachusetts Institut of Technology que amenaza con que, si continuásemos

con la vacunación obligatoria contra el MMR, como lo están haciendo en los EE.UU. en los últimos años, en el año 2032 el 50% de los jóvenes estarán impedidos por la vacuna, entre ellos 80% de los muchachos. Teniendo esto en cuenta, suenan las alarmas a las personas que se dedican a este tema y hacen todo lo posible para convencer a los políticos de no introducir una vacunación obligatoria. ¿Es necesario que sigamos un ejemplo desventajoso?

Otra razón para la lucha contra la vacunación obligatoria es lo que se sabe de lo que pasó en tiempos de la Segunda Guerra Mundial aquí en Austria, cuando un Gobierno ordenó experimentos médicos a niños seleccionados en Viena. Lo ordenaron bajo el pretexto de “mejorar el estado de salud de los niños”; en un gran número de casos resultó la muerte de los mismos, sacrificados en el altar

de algunos médicos sinvergüenza en el Hospital del Spiegelgrund y otros, actuando completamente en contra de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en contra del Código de Nuremberg que en realidad son la razón por lo cual éstos se formularon en el año 1948 después de la guerra. Estos reglamentos se basan en el sentido común, honradez y lógica. Esa gente, estos mismos actores, médicos y políticos, que estuvieron en el poder entre los años 1938 hasta 1945, además, actuaban por completo en contra de todas las religiones del mundo, del judaísmo, cristianismo, islam, hinduismo, budismo y en contra de todos los conceptos de moral. Queremos escuchar a todas las religiones que están presentes en nuestro país y oír que ni una de estas religiones está a favor de las vacunas por el uso de células fetales de bebés y animales abortados. ■



Informe Sarampión Granada 2010



Autores: Joan Mora (Médico), Juan Manuel Olmos (Médico), Xavier Uriarte (Médico)

Fecha de elaboración: 17 de diciembre de 2010

Contacto: xavier.uri@gmail.com

Los autores del artículo han recogido los datos existentes en el Instituto de Demografía de España sobre mortalidad por sarampión en el período prevacunal 1901–1981 y observan el descenso de la mortalidad por sarampión del 99,9% sin vacuna. Así mismo destacan el incremento de la morbilidad por sarampión tras la vacunación Triple Vírica, iniciada en España en 1982. Describen también la frecuencia y la gravedad de las Reacciones Adversas tras la vacunación.

Es evidente que frente a una epidemia infecciosa debemos servirnos de todo el conocimiento científico disponible para afrontarla. Es evidente también que no hay una sola visión ni una única manera de entender e interpretar las cosas, ya sea la manera de entender la enfermedad o la forma de interpretar unos datos epidemiológicos.

Por eso la medicina tampoco es unívoca en sus opiniones, aunque haya una corriente mayoritaria y otras corrientes minoritarias que expresan opiniones distintas e igualmente bien fundamentadas.

Este documento elaborado por el Grupo Médico Español de Reflexión sobre las Vacunas quiere de manera sencilla, directa y profunda contestar con claridad a algunos de los errores más frecuentes que a menudo son presentados a la sociedad como verdades incontestables.

El informe es un intento de aportar razones en favor de las familias no vacunadas afectadas por el brote de sarampión.

Epidemiología y Evolución Histórica del Sarampión

El sarampión es o era una enfermedad de distribución universal. Las tasas de morbimortalidad han seguido una curva claramente descendente desde finales del siglo XIX por lo que sorprende la división cronológica, entre período pre-vacunal y posvacunal, que se realiza sistemáticamente desde sectores vacunalistas, dando a entender que es desde la introducción de la vacuna cuando se han producido cambios epidemiológicos significativos. Nada más lejos de la realidad. Los datos sobre el número de muertes del Anuario Estadístico así lo confirman.

En España fallecieron 18.463 muertes a causa del sarampión en 1901. En 1931, año de proclamación de la 2ª República, los archivos hablan de 3.826 defunciones. En 1950 la cifra de muertes fue de 862. En 1970 los óbitos no llegaron al centenar y en 1981 los decesos fueron 19. Las vacunaciones masivas empezaron en 1982 aunque algunos autores la sitúan en

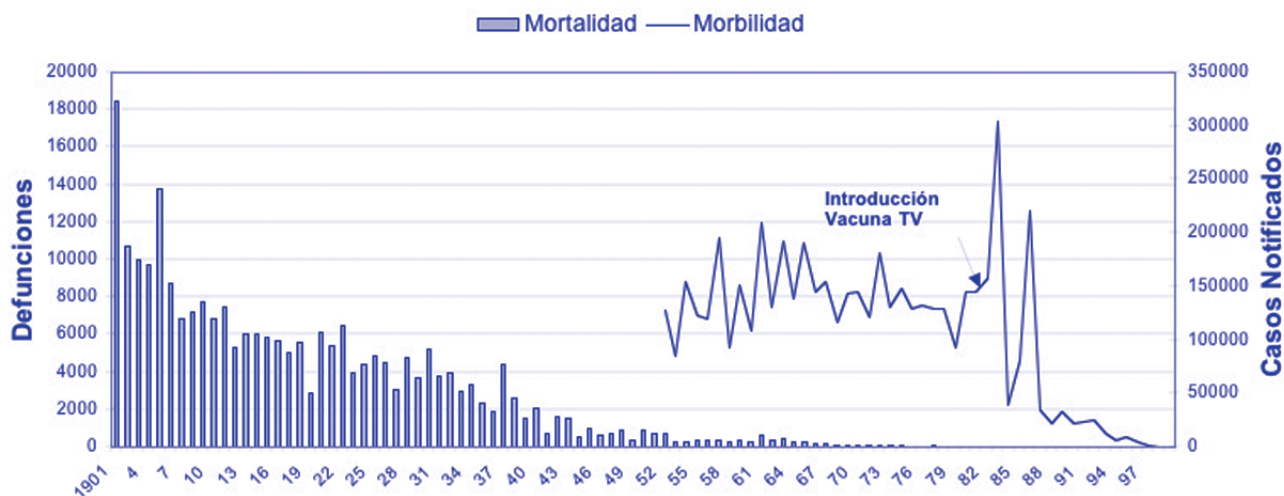
1981. En este período, y en ausencia de vacunación, la mortalidad se redujo en un 99,9%.

Los datos adquieren mayor relevancia si tenemos en cuenta que en el período 1901–1981 la población española se dobló; mientras el censo de 1901 da unas cifras de 18.616.630 habitantes de hecho, el de 1981 nos habla de 37.746.260.

Ello quiere decir también que a lo largo del siglo XX el proceso se fue haciendo benigno, reproduciendo el perfil dinámico, o si se prefiere la historia natural, de otras enfermedades infectocontagiosas.

Por su parte, la morbilidad claramente descendente desde 1972 (incluso desde los años 60 a pesar de los picos de sierra), alcanzó su máxima incidencia, tanto en cifras absolutas como relativas, en los años que siguieron a las vacunaciones masivas con la Triple Vírica. En efecto en 1983 se notificaron 304.350 casos y en 1986 el anuario fija la cifra en 220.096; estos son ítems nunca alcanzados durante el siglo XX.

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



Fuente: Elaboración propia. Datos del Anuario Estadístico de España

Los países de nuestro entorno tuvieron una experiencia similar. Las tasas de mortalidad, en Inglaterra y Gales, pasaron de 1.100 por millón en niños de hasta 15 años a 1/2 del siglo XIX a prácticamente cero en 1960¹. En Francia la mortalidad en cifras absolutas atribuible al sarampión pasó de 3.756 casos en 1906, a 20 en 1983 año en que se introdujo la triple vírica, lo que supuso un descenso del 99,5%². En Finlandia la morbilidad que en 1960 fue de unos 60.000 casos, era de unos 1.000 cuando se iniciaron las vacunaciones masivas con la Triple Vírica en los años 80³.(ver gráfico).

Con estos datos no resulta fácil entender las razones médicosanitarias que llevaron a la implementación de amplias campañas de vacunación en todo el mundo, máxime cuando en círculos médicos de un país de rancias costumbres vacunalistas como Francia al sarampión se le consideraba en 1976 una enfermedad benigna.

Sin embargo nos encontramos con afirmaciones muy poco precisas y contradictorias, y con la magnificación de los riesgos, los daños y los gastos económicos como argumento

justificadorio de campañas a gran escala.

Así en el capítulo sobre la vacuna antisarampión del libro Vacunaciones Preventivas, podemos leer que “La introducción de la vacuna del sarampión a mediados de los años sesenta cambió rápidamente el panorama en los países desarrollados.

La incidencia anual de los casos descendió rápidamente, y lo mismo ocurrió con la mortalidad”⁴.

No sabemos a que países desarrollados se están refiriendo pues, por ejemplo, en Francia el Pr. Bastin declaraba en 1977: “Será difícil vacunar sistemáticamente en nuestro país donde la enfermedad es benigna, pues sobre 100 hospitalizaciones por sarampión, la mortalidad es del 0,17”⁵. Por tanto en Francia no se vacunaba ni a mediados de los 60, ni de los 70. En España los mismos autores se contradicen al reconocer que en esas fechas la vacuna tuvo muy poca aceptación entre la población y los pediatras: “Se trataba de una vacuna viva (...) la cual al ser poco atenuada producía importantes efectos secundarios que recordaban

al sarampión natural. La aparición de algunos casos de encefalitis en niños vacunados que fueron atribuidos a la vacuna acabó de hundirla y obligó a la casa Parke Davis, que era el fabricante, a retirarla del mercado.

La introducción, a mediados de los setenta de una vacuna sobreatenuada (...) Se encontró con una actitud claramente negativa por los médicos asistenciales, por lo que tuvo muy poca difusión”⁶. En España por tanto tampoco se vacunaba en los años 60 y 70, ni en Finlandia, ni en Suecia. Pero, además, los datos aportados por EEUU son muy poco coherentes, pues se mantiene que entre 1963 y 1968 la morbilidad descendió en un 95% gracias a la vacunación. Ahora bien, que la vacuna se autorizara y comercializara en 1963 no quiere decir que su uso fuera masivo.

Los mismos autores⁷ dicen que entre 1963 y 1967 se utilizó en EEUU una vacuna inactivada porque tenía menos efectos secundarios que la atenuada (recordemos que la vacuna atenuada fue retirada en España posteriormente) pero que se dejó de recomendar porque la respuesta in-

munitaria tenía muy poca duración y porque los vacunados podían padecer la enfermedad incluso de forma más grave.

Hemos señalado reiteradamente que la magnificación de las cifras de morbimortalidad y de las secuelas de la enfermedad, es la estrategia más utilizada a la hora de implementar programas de vacunación.

En el período 1901–1981, sin vacuna, la mortalidad en España descendió un 99,9%, de 18.463 a 19 personas.

En 1983 cuando las autoridades francesas decidieron vacunar masivamente contra el sarampión y la rubéola, el Director General de Salud Pública manifestaba que no se escatimarían medios para sensibilizar a los médicos y a la población sobre las graves consecuencias de estas enfermedades⁸. Se estaba refiriendo, entre otras, a las encefalitis y a la panencefalitis esclerosante subaguda (PES) postsarampionosa cuya incidencia era bajísima y que son precisamente uno de los posibles efectos adversos de la vacunación. ¿Cuál fue la razón del cambio de parecer si en el vecino país el descenso de la mortalidad en el periodo 1903–1983 había sido del 99,5% y en 1977 la enfermedad había sido catalogada como benigna y la vacunación sistemática desestimada, entre otras razones porque podía desplazar la edad de afectación hacia los recién nacidos y los adultos donde el proceso es potencialmente más grave?.

En España la falta de rigor en el manejo de las cifras y la distorsión de la realidad epidemiológica la constatamos cuando leemos: "...en los años anteriores a la introducción de la vacuna todavía morían en España unos 400

niños cada año como consecuencia de las complicaciones del sarampión, las cuales se presentaban con relativa frecuencia"⁹. Es obvio que en los años 70 ni los médicos, ni la población española, tenían conciencia de la supuesta gravedad de esta afección entre otras razones porque las cifras no se ajustan a la realidad.

Según los anuarios estadísticos en 1981 murieron 19 personas a causa del sarampión, en 1976 los decesos fueron 41, 66 en 1971 y 188 en 1966; incluso en la década de los 50 la cifra de muertes, si exceptuamos los picos de los años 1951–52, apenas superaban las 300 y eso que estamos hablando de un periodo de penuria económica, cuando la disponibilidad de antibióticos para combatir las bronconeumonías (principal causa de la mortalidad) era muy limitada.

Las contradicciones se hacen más evidentes cuando un poco más adelante leemos: "En España la vacuna antisarampión no produjo un impacto importante sobre la incidencia del sarampión hasta el año 1988, cuando se alcanzaron coberturas vacunales del orden del 80%"¹⁰. Si observamos la gráfica constatamos no sólo la ausencia de mortalidad, sino el descenso de la morbilidad sarampionosa desde los años 70 con picos epidémicos que coinciden con la introducción de las vacunaciones masivas con la Triple Vírica.

El baile de cifras alcanza una desproporción extrema si los datos proceden de la OMS y organismos dependientes. En 1994 según el boletín epidemiológico de este organismo morían más de 1 millón de niños al año en todo el mundo a causa del sarampión¹¹. Pero es que según el Director del Programa Especial para Vacunas e Inmunización de la Panamericana de Salud (OPS) Ciro A. de Quadros, 15 años antes, es decir a finales de los 70, morían 3 millones o más de niños lo que convertía al virus sarampionoso en "el agente más letal del mundo"¹².

A principios de los 80 las muertes eran de 2,5 millones y en 1989, según el Programa Ampliado de Inmunización (EPI), las muertes alcanzaron los 1,5 millones.

Lamentamos no estar de acuerdo con el Sr. De Quadros y con algunos informes suscritos por miembros que trabajan para la OMS. Como acertadamente señala M. Georget, este organismo parece haberse convertido en el rostro humanitario de las grandes corporaciones químico-farmacéuticas (como ha vuelto a ponerse de manifiesto con la bochornosa campaña contra la falsa pandemia de la gripe A). Esas cifras no son creíbles. Un pequeño cálculo nos permite ver el sesgo: a finales de los 70 la mortalidad por sarampión en la mayoría de países desarrollados, incluyendo la URSS y países centroeuropeos, era prácticamente inexistente.

En América Latina en esas fechas y según datos del propio De Quadros los casos notificados oscilaban alrededor de los 200.000 al año, sin que aporte cifras de mortalidad¹³.

Teniendo en cuenta que países como Argentina, Chile, Cuba y México ya tenían en aquellos tiempos infraestructuras higiénicosanitarias aceptables, la letalidad para toda el área latina en la peor de las hipótesis podría ser del 1%, lo que da unas cifras de 2.000 muertes y aún en el caso de unas tasas de letalidad del 3% estaríamos hablando de un monto global de 6.000 decesos; ¿de donde salen entonces los más de 3 millones de muertes al año?, ¿del África subsahariana y otras zonas asiáticas?.

Dadas las carencias de los servicios sanitarios y de los sistemas de vigilancia epidemiológica en esas zonas, creemos que estos datos pueden estar inflados con la doble finalidad de justificar los programas masivos de vacunación por un lado y, por otro, de garantizar el éxito estadístico de los mismos al efectuarse a posteriori

ri una aproximación epidemiológica más ajustada a la realidad; además, no deberíamos atribuir al sarampión o la tos ferina estragos y muertes que son consecuencia directa de la desnutrición y la miseria imperante en extensas áreas de Asia y África.

Como en el caso de otras enfermedades, es imposible saber la evolución que habría seguido la morbilidad sarampionosa de forma natural sin vacunaciones sistemáticas, no obstante, estudiando las gráficas cabe pensar que las curvas habrían seguido siendo descendentes, sobre todo, si tenemos en cuenta las transformaciones económicas y estructurales operadas en nuestra sociedad en los últimos 30 años.

Composición de la Vacuna Sarampión y de la Triple Vírica

La Vacuna Monovalente del Sarampión investigada inicialmente a finales de la década de los 50 y autorizada en los EE.UU. en 1959, y la vacuna Triple Vírica autorizada en 1974, han presentado diferentes componentes a lo largo de las décadas por motivos de seguridad y eficacia.

La Vacuna Monovalente del Sarampión Inactivada contenía formaldehído y aluminio entre los componentes más conocidos¹⁴.

La Vacuna del Sarampión Atenuada contiene 40.000.000 cepas del virus del sarampión, agua (0,5 ml), ácidos aminados (8 mgrs.), vitaminas, sales de Hank, gelatina hidrolizada de origen bovino (14. 500 microgramos), proteína de embrión de pollo, neomicina (25 microgramos), lactosa (32 mgrs), manitol (8 mgrs), sorbitol (6 mgrs), albúmina humana (300 microgramos), suero de feto de ternero (1 ppm), glutamato, fosfato de sodio, cloruro de sodio y etanol¹⁵.

La vacuna combinada de la Triple Vírica (sarampión, rubéola y paperas) contiene 40.000.000 cepas de de los virus atenuados del sarampión, rubéola y paperas, agua (0,7ml), ácidos aminados, vitaminas, sales de Hank (3.300 microgramos), gelatina hidrolizada de origen bovino, proteína de embrión de pollo, células diploides humanas, neomicina, lactosa, manitol, sorbitol, albúmina humana recombinada (1.000 microgramos), suero de feto de ternero, glutamato (20 microgramos), fosfato de sodio (5.300 microgramos), cloruro de sodio, etanol, bicarbonato de sodio (500 microgramos), fosfato de potasio (50 microgramos), fenosulfoneptaleína (3,4 microgramos), carbonato de sodio, Medium 199, Medium Eagle (100 microgramos) y sacarosa (1.900 microgramos).

Toda esta mezcla de productos químicos confiere a la vacuna del sarampión y a la combinada triple vírica una tal capacidad tóxica que puede afectar al neurodesarrollo, al funcionamiento respiratorio y digestivo, al despliegue inmunitario, a la reproducción celular y a la producción de las tres líneas celulares sanguíneas (hematíes, leucocitos y plaquetas).

A lo largo de los años hemos podido observar que las instituciones responsables de la aceptación de nuevos fármacos y de la implementación de los calendarios vacunales no conocen tal composición -o parecen ignorarla- y en consecuencia no informan a las familias de los riesgos que se pueden contraer con la inoculación de las vacunas.

Efectos Adversos de la Vacuna Sarampión y Triple Vírica

Desde 1963 hasta 1967 se utilizó en EE.UU. una vacuna de virus vivos inactivada en formaldehído y precipitada en aluminio.

Se administraban 3 dosis separadas por intervalos de 1 mes.

Se dejó de utilizar cuando se supo que producía una respuesta inmunitaria de corta duración (6-18 meses) y que, quienes la habían recibido, eran susceptibles de padecer la enfermedad.

La morbilidad claramente descendente desde 1972, alcanzó su máxima incidencia en los años que siguieron a las vacunaciones masivas con la Triple Vírica.

Los niños vacunados con esta vacuna podían contraer un sarampión posvacunal más grave que los no vacunados.

La frecuencia de padecer el sarampión posvacunal osciló entre el 40-80% de las personas que fueron vacunadas. Quiere esto decir que la vacuna inactivada no solamente no redujo la morbilidad por sarampión sino que la aumentó.

En el año 1963 se autorizó en USA la vacuna de virus vivos atenuada. Se escogió la cepa Edmonston y se atenuó mediante pases repetidos (de 40 a 85 pases) en células de riñón, en células amnióticas y en células de embrión de pollo.

Posteriormente se crearon nuevas cepas más atenuadas como la Moraten, Szchwarz y Shangai que se utilizan actualmente en diferentes países¹⁶.

El 50% de las personas vacunadas con la cepa Edmonston padecieron el sarampión posvacunal (fiebre y erupción).

Con la utilización de las siguientes cepas más atenuadas el padecimiento de sarampión posvacunal fue del 10%

y la frecuencia real de reacciones adversas osciló entre 0,5-4¹⁷.

No solamente las personas vacunadas del sarampión podían padecer el sarampión posvacunal sino que presentaban severas reacciones posvacunales.

Se han publicado, a lo largo de las campañas de vacunación del sarampión y de la triple vírica, los siguientes efectos graves cuantificados:

1. Muerte posvacunal¹⁸: 1 por 2.250.000 casos (1/2.250.000).
2. Encefalitis posvacunal¹⁹ (coma, epilepsia, convulsiones, alteración de la conducta, autismo, síndrome de Rett): 1 por 45.000 casos (1/45.000).
3. Meningitis Aséptica²⁰: 1 por 10.000 casos (1/10.000).

Y también efectos secundarios no cuantificados²¹ como son reacciones alérgicas (broncoespasmo, atopía), endocrinas (diabetes), colitis (alteración mucosa intestinal), trombocitopenia (púrpura), leucopenia, agranulocitosis²² y alteraciones de la coagulación (fibrinolisis) y otras alteraciones neurológicas (neuritis, mielitis) y reumatismo (artralgia).

Esta reactogenicidad conocida tanto de la vacuna monovalente del sarampión como de la combinada de la triple vírica pudo generar en España anualmente, desde 1982-1983, época de alta cobertura vacunal (por encima del 50%) y sobre un calculo aproximado de 10.000.000 de dosis/año, un total de 4 muertes y de 222 a 1.000 personas afectadas severamente con lesiones neurológicas, reacciones alérgicas, diabetes, colitis, trombocitopenia, leucopenia, agranulocitosis, fibrinolisis y artralgias.

Historia Clínica y Valoración de las Contraindicaciones de la Vacuna del Sarampión y Triple Vírica

Como todo fármaco de composición compleja y tóxica, su utilización ha de ser valorada individualmente a través de la historia clínica de cada paciente. Mediante la entrevista médica se han de recoger del lactante los antecedentes personales referentes al nacimiento pretérmino, al estado de nutrición, alergias padecidas y alergias a los componentes propios de las vacunas, reacción entre la primera dosis y las posteriores, enfermedades padecidas de tipo neurológico-degenerativas (síndrome de Rett, esclerosis en placas, epilepsia), inmunitarias (déficit inmunitario, tumores), reumáticas (artritis) y hematológicas (trombocitopenia).

Como antecedentes familiares serán valorables aquéllos relacionados con la presencia en los progenitores y familiares de reacciones alérgicas y alergias a ciertos componentes presentes en las vacunas, padecimientos de tipo asmático, neurológico-degenerativo ó neurotóxico, inmunitario, cutáneo (atopias o dermatitis), reumático y hematológico.

Si a lo largo de la vacunación del sarampión o de la triple vírica aparece alguna sintomatología nueva o se observa empeoramiento en el lactante, podrá valorarse el abandono de manera transitoria o definitiva de la vacunación.

Las contraindicaciones absolutas de la vacunación del sarampión o de la triple vírica pueden aplicarse en las personas afectadas de un proceso agudo, febril o no, en las personas con tuberculosis activa o con un tumor activo, en las embarazadas o mujeres que quieran concebir, en las personas que sufran trombocitopenia o una enfermedad neurológica degenerati-

va activa y en las personas que estén sometidas a tratamiento con inmunosupresores.

Conclusiones

Un análisis cuidadoso de los datos disponibles en los anuarios del boletín epidemiológico, permiten deducir que el sarampión era una enfermedad en franca regresión antes de la introducción de la vacuna, y que ésta ha tenido muy poca o ninguna influencia en su práctica desaparición actual.

Por tanto, no existe, como pretenden algunos, un período pre-vacunal y otro post-vacunal, por lo menos en lo concerniente a la incidencia epidemiológica de la enfermedad.

La composición de la vacuna ofrece serias dudas sobre su inocuidad, y ello sin mencionar las posibles contaminaciones con ADN de otros virus en su proceso de elaboración, como ya ha ocurrido con otras vacunas. La acumulación de coadyuvantes y estimulantes de la inmunidad es notoria si sumamos todas las vacunas del calendario vacunal, y roza niveles de toxicidad si hablamos de aluminio o mercurio, finalmente retirado después de años de reclamaciones por parte de sectores críticos, en su momento etiquetados de alarmistas, pero a los que finalmente se les esta dando la razón.

En cuanto a los efectos secundarios, a nuestro entender están claramente poco considerados. Se reconocen solamente los casos muy evidentes (meningitis, encefalitis), cuando la reacción post-vacunal ocurre durante las primeras horas o los primeros días. Sin embargo, la peculiaridad del fármaco vacuna, es su capacidad de interacción con nuestro sistema inmunológico, su capacidad de generar anticuerpos pero también de generar reacciones cruzadas (auto-inmunes) u otras reacciones inespe-

radas que se gestan en un periodo de tiempo más largo y que hace también más difícil su identificación y su relación con la inoculación de la vacuna..

La percepción de dichos efectos secundarios tiene mucho que ver con formación epistemológica del médico que observa. Si éste considera que las vacunas no tienen ningún efecto secundario, difícilmente va a observarlo en su práctica diaria. Cuando mentalmente se abre la posibilidad de interrelacionar enfermedades que aparecen inesperadamente con

la inoculación de determinadas vacunas, entonces empiezan a surgir las dudas.

Los casos recogidos por el GMERF y por el EFVV son una buena muestra de ello.

“La seguridad es una propiedad fundamental de cualquier vacuna (...) hay que tener presente que las vacunas *se administran a personas sanas* que no necesariamente contraerán la enfermedad si no se vacunan (...) en los países desarrollados el dintel de

aceptación podría estar por debajo de una complicación vacunal mortal por cada millón de vacunados en el caso de enfermedades que la población perciba que causan un impacto sanitario importante (...) *De hecho es probable que alguna de las primeras vacunas comercializadas (p. ej. la de la viruela y la BCG) nunca lo hubieran sido si se hubieran aplicado entonces los estándares de seguridad que demanda la población de los países occidentales en la actualidad* (la cursiva es nuestra)”.
Lluís Salleras Sanmartí. ■

Referencias bibliográficas

- 1 MCKEWON, T. (1979), *The Role of the Medicine-Dream, Mirage or Nemesis?*, Oxford, UK. Basil Blackwell, 105.
- 2 GEORGET, M. (2000), *Vaccinations les vérités indésirables*, Saint Jean de Braye, France, ed. Dangles, 247.
- 3 SALLERAS, LL., DOMINGUEZ A., SIERRA A., CUETO A., (1998), “Vacuna antisarampión”, en Salleras *Vacunaciones Preventivas*, Ed. Masson, Barcelona, pag. 157.
- 4 SALLERAS *et al.*, Op. cit., pag. 151.
- 5 GEORGET, M. (2000), *Vaccinations les vérités indésirables*, Saint Jean de Braye, France, ed. Dangles, 246.
- 6 SALLERAS *et al.*, Op. cit., pag. 161.
- 7 SALLERAS *et al.*, Op. cit., pag. 151-153.
- 8 GEORGET, M. (2000), *Vaccinations les vérités indésirables*, Saint Jean de Braye, France, ed. Dangles, 246-247.
- 9 SALLERAS *et al.*, Op. cit., pag. 151.
- 10 SALLERAS *et al.*, Op. cit., pag. 151.
- 11 WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994), “Expanded programme on immunization-accelerated measles strategies”. *Weekly Epid. Rec.* 69 (31): 229-234.
- 12 DE QUADROS, C.A., *et al.* (1996), “Measles Elimination in the Americas. Evolving Strategies”, *JAMA*, vol. 275, nº3, pág. 224.
- 13 DE QUADROS *et al.*, pág. 225.
- 14 SALLERAS, LL., (1998) *Vacunaciones Preventivas*, Ed. Masson, Barcelona, 8-I.
- 15 Pilette, J. *Constituants des Vaccins*. EFVV. Autoedition. 2009.
- 16 SALLERAS, LL. (1998). Vacuna antisarampión. *Vacunaciones Preventivas*, Ed. Masson.
- 17 Index Farmacològic 1984. Academia Ciències Mèdiques Catalunya i Balears. ICF. 3ª Edició. 18. Medicines and Healthcare products regulatory Authority (MHRA). Acta Libertad de Información. Sunday Time, october 2010. 40 Muertes y 2100 reacciones adversas severas tras la vacunación Triple Vírica. Período 2003-2010.
- 19 Aristegui, X. Vacunaciones en el Niño. Editorial Ciclo. Edición 2004.”≠
- 20 Cunha, S. Departamento Neuropsiquiatria Hospital Couto Maia S. Salvador. Meningitis Aséptica tras la vacunación Triple Vírica. *Atualizaçao Cientifica* Fevereiro 1998.
- 21 Cereza, G. Carta de Respuesta al GMERV. Reacciones Adversas Triple Vírica. *Targeta Grog.* Barcelona 20 de març 2000.
- 22 Sistema Español de Farmacovigilancia. Listado de Reacciones Adversas 1984-1988. Triple Vírica. Ministerio de Sanidad y Consumo 1989.

Historia de la obligatoriedad de la vacunación en general y del sarampión en particular en Alemania (1874–2020)



Autor: Christof Plothe (Osteópata. Alemania)

Fecha de elaboración: enero de 2020

Traducción: Rosa Montserrat

Contacto: plothe@ostmed.net

El autor hace una revisión histórica de la obligatoriedad general de vacunación en Alemania a partir de 1874. A partir del 2001 se observa un nivel bajo de sarampión creciente en adultos. A pesar de mantenerse el sarampión en niveles muy bajos y controlados a lo largo de todas las edades las autoridades deciden a partir del 2019 la obligación de la vacuna del sarampión.

Introducción

A pesar de una muy alta tasa de vacunación de más del 95%, hay un aumento en el número anual de casos de sarampión y, contra la opinión del Consejo de Ética de Alemania, miembros del Instituto Robert Koch (RKI) y el Comité Permanente de Vacunación (STIKO), la sociedad alemana para la Medicina general y de Familia, Médicos para la elección de Vacuna individual (AFII), abogados constitucionales y cientos de miles de ciudadanos, el Gobierno Federal de Alemania ha decidido hacer caso omiso de los derechos fundamentales de la constitución mediante la introducción de la obligación de vacunación para los niños en guarderías, escuelas, personal escolar y todos los profesionales de la salud. ¿Por qué?

Historia de la vacunación obligatoria en Alemania

Una mirada retrospectiva sobre la historia alemana revela que la vacunación forzada se ha aplicado anteriormente en este país. La primera ley alemana de vacunación fue votada en 1874, lo que resultó en la vacunación obligatoria contra la viruela. Incluso entonces, la crítica sobre la vacunación siempre fue vista como un conflicto entre el bien común y los derechos individuales, o, tal como se presenta en la prensa, un conflicto entre el progreso médico y la medicina natural. En ese momento, sin embargo, había incluso más preguntas legítimas sobre los criterios científicos para la seguridad y la eficacia, pero esto ni siquiera fue mencionado en los debates pertinentes. Después de todo, los sueros vacunales de la época venían directamente de los animales infectados con muchos otros patógenos como la sífilis y nun-

ca quedó claro si la disminución de la incidencia de la viruela era debido a la vacunación o más probablemente a una mayor higiene, como fue el caso de la peste y el cólera.

En la República de Weimar, la primera democracia alemana, la resistencia a la vacunación se hizo más y más organizada, lo que resulta en el establecimiento de una asociación imperial para combatir el procedimiento, con 300.000 miembros. Quienes sin embargo se oponían a la vacunación a veces terminaban en prisión, o tenían que pagar altas multas, y la vacunación forzada todavía se llevaba a cabo. Sorprendentemente, la primera flexibilización del mandato de vacunación se produjo en el Tercer Reich. Durante la década de 1930, sólo del 60 al 70 por ciento de los alemanes fueron vacunados contra la viruela, pero la tasa de enfermos había iniciado ya su descenso.

La primera vacuna contra la difteria se introdujo al mismo tiempo, pero debido a las promociones de vacunas

y la llamada 'educación estatal' en la vacunación por la industria farmacéutica fundada recientemente, la tasa de vacunación de difteria aumentó rápidamente hasta casi el 90%. Fue durante este período que las compañías farmacéuticas ganaron una posición increíblemente fuerte. Ya era notable en la década de 1930 que la vacunación estaba siendo fuertemente comercializada para grandes ganancias.

El fondo aquí es que no sólo la educación, sino también la propaganda política y el miedo eran y siguen siendo mucho más eficaces que cualquier obligación o mandato.

Cronología de la vacunación obligatoria en Alemania

Después de la Segunda Guerra Mundial y al inicio de 1953 la vacunación es obligatoria en la República Democrática Alemana (RDA). Además de la viruela, los niños fueron vacunados contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis y la tuberculosis. A partir de 1970, se añadió vacunación contra el sarampión con el calendario obligatorio. Una tarjeta de vacunación tenía que presentarse para la admisión a los servicios de guardería y cualquier persona deliberadamente o por negligencia no vacunada podía ser castigada con una amonestación o una multa de entre 10 a 500 marcos en la RDA.

En la República Federal de Alemania (RFA), a partir de 1949 y hasta finales de 1975, había un requisito general para vacunar a todos los niños entre las edades de uno a 12 años, contra la viruela. Esto continuó hasta la década de 1980. La base jurídica para el mandato era todavía la Ley del Reich de 1874 sobre la vacunación. En la década de 1950, se planteó esta ley para su debate, ya que violó los derechos consagrados de las personas en el derecho común.

La primera vacuna contra el sarampión aprobada para su uso en Ale-

mania era una vacuna inactivada dividida, mientras que hoy en día en la vacuna contra el sarampión se usa un germen vivo atenuado y por lo general se administra dos veces. La primera vacuna contra el sarampión aprobada en los Estados Unidos en 1963 fue una vacuna viva inactivada. Las vacunas contra el sarampión individuales son raras actualmente y la protección contra el sarampión se recomienda para cualquiera la vacuna MMR, que incluye las paperas y componentes de la rubéola como parte de una vacuna triple (aprobada en los EE.UU. en 1971), o la vacunación cuádruple con la vacuna MMRV que también incluye un componente de la varicela. De acuerdo con STIKO, la vacuna triple MMR se ha utilizado en Alemania desde 1980.

Los pasos que conducen a la vacunación obligatoria contra el sarampión

En 2001, se introdujo el requisito de notificar y registrar todos los casos de infección por sarampión en Alemania. La fluctuación en el número de casos se ha producido, pero a un nivel bajo, desde 2003 (aproximadamente 120 a 2.500 casos por año). El número de casos de adultos va en aumento mientras que los casos en los niños está disminuyendo. De enero a mayo 2019, el número total de casos fue muy inferior al de 2015 y 2017 para el mismo período.

La introducción de la vacunación obligatoria se ha exigido una y otra vez, desde que el menor incremento en los casos de sarampión fue recogido, informado y ampliado por los medios de comunicación alemanes. En 2015, el Ministro Federal de Salud de Alemania Hermann Gröhe dijo que la vacunación obligatoria contra el sarampión "ya no es un tabú" para él. También en 2015, la decisión fue tomada por la CDU (partido conservador) en la Conferencia Federal del

partido con amplios mandatos de vacunación que deben ser introducidos para los niños. Se solicitó de nuevo la introducción de la obligatoriedad de la vacunación contra el sarampión en 2019. El ministro de Salud, Jens Spahn (CDU) y el Partido Socialista (SPD) con el experto en salud Karl Lauterbach pidieron introducir necesariamente la orden para elaborar un registro a la vista de los frecuentes casos de sarampión reportados en Hildesheim y los informes de UNICEF de un número cada vez mayor de estos casos en todo el mundo.

Tanto el Consejo de Ética de Alemania (junio de 2019) y el miembro de STIKO Prof. Lothar H. Wiehler, director del Instituto Robert Koch, publicaron un comunicado en el diario médico patrocinado por la industria farmacéutica Das Ärzteblatt que consideraban la vacunación obligatoria como contraproducente. La Sociedad Alemana de Medicina General y de Familia, Médicos por la elección individual de Vacunas y muchas otras sociedades médicas advirtieron de las consecuencias de un mandato vacunal. Entonces..., ¿dónde está el Ministro de Salud recibiendo su información cuando no hay emergencia vacunal, sin aumento del número de casos, ni modelos de otras partes de Europa que indican que los mandatos vacunales conducen a un menor número de casos de la enfermedad? Por el contrario, estamos viendo una tendencia en Europa y en todo el mundo en el que cuanto mayor es la tasa de vacunación, cuanto mayor es el número de casos de sarampión registrado.

El 11 de abril de 2019, el estado de Brandeburgo se convirtió en el primer estado federal al introducir la vacunación obligatoria del sarampión de los niños, de conformidad con la Sección 20 (7) IfSG (Infektionsschutzgesetz - Ley Alemana para la Protección contra las infecciones). Esto aún está sujeto a revisión y aún no se ha implementado.

Antes de la votación en el Bundestag y en el Bundesrat, todos los miembros recibieron un sinnúmero

de opiniones sobre la reforma legislativa prevista. Estas incluían cartas y correos electrónicos registrados a todos los parlamentarios a través de la EFVV.

El 14 de noviembre de 2019, el Bundestag tomó la decisión de aplicar la vacunación obligatoria contra el sarampión para los niños y el personal en instalaciones de la comunidad o de salud alemanes como guarderías y escuelas, del mismo modo que para los profesionales de la salud. El grupo AFD (ahora parte derecha) votó en contra y hubo abstenciones individuales de los miembros de los Verdes y la Izquierda. En el proceso de toma de decisiones de la comisión de

La crítica sobre la vacunación siempre fue vista como un conflicto entre el bien común y el derecho individual

salud que implica una votación nominal, 459 diputados votaron a favor de la “Ley para la Protección contra el sarampión y de Fortalecimiento de la prevención a través de las vacunas”. Sólo 89 diputados votaron en contra. 105 de los 653 votos emitidos, fueron abstenciones. La mayor parte de los movimientos adicionales propuestos por el FDP, se rechazaron los Verdes y el grupo parlamentario AFD. La Ley de protección contra el sarampión, confirmada por el Consejo Federal en diciembre de 2019, es, por tanto, que debe entrar en vigor el 1 de marzo del 2020.

El proyecto de ley establece que todos los niños deben ser vacunados contra el sarampión al entrar en la escuela o la guardería. Lo mismo se aplica a todas las personas que tienen contacto con el público en instalaciones de la comunidad. La evidencia debe ser proporcionada (31 de julio de 2020) a través de la tarjeta de vacunación. Los padres que no vacunen a sus hijos pueden esperar multas de hasta

2.500 €. Esto también se aplica a las guarderías que actualmente admiten niños no vacunados. Con el tiempo, todos los médicos –excepto los dentistas– estarán autorizados para administrar vacunas y la documentación estará disponible en formato electrónico. Una información adicional también será proporcionada por el gobierno, en la Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), un sitio web de información patrocinado por la industria farmacéutica en temas de salud.

La esencia de la Ley de protección contra el sarampión es que se aportarán pruebas para demostrar que los niños son vacunados de manera efectiva contra el sarampión antes de que sean admitidos en las guarderías y escuelas. Los médicos, naturópatas y el resto del personal médico y los empleados en las instalaciones de la comunidad también deben presentar prueba de protección de la vacunación completa de finales de julio de 2021.

Además, los registros de todos los pacientes serán electrónicos, incluyen el estado de vacunación y ser de libre acceso a todas las administraciones públicas y al personal médico. Este será un requisito legal.

El 11 de octubre de 2019, el abogado constitucionalista Prof. Rixen resumió los problemas constitucionales con el mandato, citando la Constitución alemana (GG) de la siguiente manera:

La Ley planeada de protección contra el sarampión impone “la vacunación obligatoria” (el término usado específicamente en la justificación legal), que es inconstitucional en varios aspectos, en particular, un derecho fundamental del niño a la integridad física (art. 2 párrafo 2 frase 1 GG), los derechos fundamentales de los padres (art. 6, párrafo 2 frase 1 GG) y la igualdad de derechos de los niños y los padres (art. 3 1 GG). Estos son derechos humanos básicos que se aplican a todos los ciudadanos y residentes alemanes, independientemente de su nacionalidad, los refugiados pares.

También se violan b) la libertad de profesión (artículo 12.1 GG) y los derechos a la igualdad (artículo 3.1 GG) de los médicos.

Las vacunas utilizadas en Alemania, sin embargo no son vacunas individuales contra el sarampión, las vacunas combinadas, a veces también contienen paperas, rubéola y varicela. El Consejo de Ética de Alemania también se refirió al problema de la “co-vacunación”, pero los comités del Consejo Federal también han criticado ésta: “El efecto del proyecto de ley que restringe los derechos fundamentales se extiende así a la vacunación contra ambas enfermedades, paperas y rubéola, cuando en realidad, éstos componentes de enfermedad no están incluidos en el mandato”.

Con la aprobación de esta ley, el SPD está rompiendo su propia promesa de campaña de no introducir un mandato de vacunación. En el pasado, debido a las preocupaciones constitucionales, la canciller alemana Merkel también ha hablado a favor de la educación en lugar de la vacunación obligatoria.

Las investigaciones realizadas por el grupo italiano Corvelva han revelado la contaminación en la vacuna PRIORIX TETRA, que también se utiliza en Alemania bajo este mandato. Los resultados de estos análisis fueron presentados por Hans Tolzin al Instituto Paul Ehrlich (PEI) autoridad de supervisión, el 26 de octubre el año 2019. Entre los numerosos contaminantes encontrados fue el ADN casi completo de un feto masculino. La cantidad de ADN supera el máximo recomendado por la OMS en más de 10 veces. El PEI respondió el 30 de diciembre de 2019, refiriéndose al Sr. Tolzin a la Dirección Europea para la Calidad de los Medicamentos (EDQM), para la seguridad de la calidad. No se han dado más pasos por lo que parece ser aparentemente aceptado un producto contaminado para ser utilizado para la vacunación forzada.

Los errores omitidos en las aprobaciones de vacunación contra el sarampión

Se nos dice que la tasa de mortalidad del sarampión es de 1 en 1.000. El número real en los países ricos van de 1 en 10.000 a 1 en 100.000. El principal factor de riesgo para el sarampión en los seres humanos es la deficiencia de vitamina A y la malnutrición; un suministro adecuado de vitamina A reduce el riesgo en un 80%. También se nos dice que necesitamos la inmunidad de grupo, pero la inmunidad de grupo al sarampión no se puede lograr porque las sociedades con la tasa de vacunación más alta (99%) tienen los mayores brotes de sarampión.

La tasa de muerte antes de la vacunación contra el sarampión fue la misma que hay actualmente: casi cero. La vacuna contra el sarampión es en vivo por lo que el vacunado transmite la enfermedad o la contagia. Por ejemplo, en los brotes Disneyland, los virus de la vacuna se identificaron en el 38% de los casos. Epidemias modernas sólo han ocurrido después de las campañas de vacunación (Ucrania 2018, 2019 Tonga, Samoa 2019) y muchos brotes de sarampión se producen en las poblaciones vacunadas. Las estadísticas muestran que incluso cuanto más alta es la tasa de vacunación, mayor será el número de infecciones de sarampión (esto se llama la “paradoja del sarampión”).

En 1986, el Congreso de Estados Unidos - bañado en dinero farmacéutico (la industria farmacéutica ha sido número 1 tanto en gastos políticos como en grupos de presión durante los últimos 20 años) aprobó una ley que otorga inmunidad general a los fabricantes de vacunas y los libera de toda responsabilidad por los daños vacunales. El público está por tanto obligado a confiar en los escrúpulos morales de Merck, GlaxoSmithKline, Sanofi y Pfizer pero estas compañías son indiscriminadas

y tienen una larga historia de falta de honradez. Las cuatro compañías que suministran las vacunas para todo el mercado de la vacunación forzada son en realidad, todos, criminales condenados. En total, desde 2009, han tenido que pagar más de \$ 35 millones en multas por actos fraudulentos, mentiras, sobornos a funcionarios, sobornos a médicos, falsificación de documentos y dejando un rastro de devastación de heridas leves a discapacidad y muerte causada por los productos, los peligros de los cuales no sabían, pero que no obstante venden con estipulaciones que estarían eficientemente a salvo.

¿Son las vacunas el único producto farmacéutico o médico para el que no se realizan pruebas estrictas? Para obtener una licencia de la FDA, es necesario desde hace años que las compañías farmacéuticas para llevar a cabo ensayos a doble ciego virtuales, estos ensayos se centren en la comparación del fármaco con un placebo. Y de hecho, no existe una vacuna ni nunca ha sido probada contra placebo inactivo en el CDC. De acuerdo con un informe de 2003 sobre Cochrane en la vacuna contra el sarampión, el diseño y la presentación de informes de los resultados de seguridad en estudios de la vacuna MMR-II, tanto antes como después de la salida al mercado de la vacuna, son muy insuficientes. En el caso de (MMR) la vacunación contra el sarampión, nunca ningún estudio comparativo se ha llevado a cabo entre vacunados y no vacunados.

Tampoco se nos dice que, en el 2-10% de los vacunados, la vacuna no tiene efecto. El término oficial es “no respondedores”. El nivel de anticuerpos también se reduce después de la vacunación en aproximadamente un 10% al año. Después de una década, ya no podemos hablar de protección. Las dosis adicionales de la vacuna no conducen a una mejor protección, ya que los títulos disminuyen después de 4 meses como máximo.

Supuesta baja tasa de vacunación contra el sarampión en Alemania

En 2013, el 96,7% de los niños habían sido vacunados una vez y el 92,6% dos veces contra el sarampión. En 2012, los 16 estados federales lograron una tasa de vacunación promedio de más del 95% para la primera inyección del sarampión. Desde 2010, la tasa de vacunación contra el sarampión inicial en Alemania ha sido significativamente por encima de la media de los países donde la vacunación contra el sarampión es obligatoria – Recientemente es un 2% más alto. El 97% de los padres en Alemania han optado voluntariamente por vacunación contra el sarampión durante años.

No sólo la educación sino también la propaganda política y el miedo eran y siguen siendo mucho más eficaces que cualquier obligación.

La tasa de vacunación aparentemente baja para la segunda inyección de vacuna contra el sarampión en Alemania no debe ocultar el hecho de que por el momento los niños alemanes cuando comienzan la escuela, la gran mayoría habrá recibido una primera vacuna contra el sarampión por lo que ya están protegidos contra la enfermedad y, en segundo lugar, en muchos países vecinos europeos, la segunda vacuna contra el sarampión no habría sido recomendada o administrada en ese punto en el tiempo. Esto se aplica expresamente a algunos de los países con programas de vacunación obligatoria en los que se administra la inyección vacunal, cada vez, sólo para el sarampión.

En muchos países, la segunda vacuna contra el sarampión se da realmente mucho más tarde. Este es el

caso de Bulgaria, donde se da a los 12 años, en Hungría a los 11 años, en Polonia y Eslovaquia a los 10 años. En el momento de la matrícula escolar, correctamente y ‘plenamente’ no están vacunados ya que los niños en todos estos países todavía no han recibido una segunda inyección de vacuna contra el sarampión.

Supuesta fatiga de vacunación en Alemania

Los estudios realizados por el Centro Federal de Educación para la Salud llevaron a la conclusión de exactamente lo contrario en 2016, cuando el número de partidarios de la vacuna había aumentado significativamente en comparación con los estudios anteriores de 2012 y 2014. La industria farmacéutica también publicó cifras que indican que, aparentemente, se vacunan más niños en Alemania que en otros países.

Vacunación baja y consecuencias en Alemania, en comparación con los vecinos europeos

También en este caso, una comparación de la incidencia de sarampión en los últimos años (diez por cada millón de habitantes y por año) muestra que hubo grandes brotes de sarampión en la UE, especialmente en los países con la vacunación obligatoria (Bulgaria 2009/2010: incidencia hasta casi 3.000 casos; República Checa 2015: incidencia más de 50 casos; Eslovaquia 2018: incidencia más de 100

casos), mientras que Alemania, sin mandato, tenían sólo 30 casos, incluso en 2015, el año con la incidencia más alta de los últimos 10 años (Berlín “epidemia”). En 2018, la incidencia de sarampión en Alemania, fue significativamente inferior a la media de los países en los cuales la vacunación contra el sarampión se requiere por ley.

El presunto aumento del sarampión en Alemania

Para el año 2019, el número de casos de sarampión antes del fin de la semana 18 del calendario eran menos del 50 por ciento de la media a largo plazo para el período correspondiente 2001-2018. En Alemania, la tendencia está disminuyendo: según el Instituto Robert Koch, después de registrar un poco menos de 930 casos de sarampión en 2017, sólo se informaron alrededor de 540 casos en Berlín en 2018. En la última década, cada año, entre 165 y 2.465 personas se contagiaron de sarampión en Alemania. No ha habido, sin duda, ningún aumento en los casos de sarampión en Alemania en los últimos 19 años.

La protesta continúa

Una queja constitucional se está preparando actualmente y continúan organizándose protestas y manifestaciones. En muchas de las principales ciudades alemanas las manifestaciones a gran escala no han recibido atención de los medios. La manifestación más grande hasta el momento está prevista que tenga lugar el día 21 del mes de marzo

de 2020 en Munich. Estamos esperando esta importante manifestación en la que el eminente crítico farmacéutico y abogado Robert F. Kennedy Jr. y también Sharav Vera, un sobreviviente del Holocausto, crítico farmacéutico y presidente de la Alianza para la Protección de Investigación Humana (AHRP) ofrecerán sendos parlamentos. Además, Corvelva de Italia, Vaccinatie Raad de los Países Bajos, representantes EFVV y otros invitados internacionales viajarán de Hungría, Francia, Polonia y otros países europeos, así como del Reino Unido y los EE.UU.

La manifestación comenzará a las 11.30 horas en Odeonsplatz.

La manifestación final tendrá lugar a las 2:30 pm en Marienplatz.

La manifestación finalizará a las 5:30.

Fuentes

- Declaración de DEGAM sobre el proyecto de ley de protección contra el sarampión y en el fortalecimiento de la prevención de la vacunación (Ley de Protección contra el sarampión), 2019.
- Vacunación: ¿un deber?, Dictamen del Consejo de Ética de Alemania, 27 de Junio, 2019.
- Los médicos sobre las decisiones individuales de vacunación, carta abierta al Ministro Federal de Salud Jens Spahn, así como la información a los líderes del Bundestag alemán y voceros de la política de salud para los grupos políticos, 29 de Mayo de 2019.
- EFVV, publicación sarampión, 09, 2019.
- EFVV, resumen sarampión, 12,19.
- Todas las demás fuentes se pueden encontrar en la publicación EFVV.

Casos de sarampión en el área metropolitana de Buenos Aires (Argentina)



Autor: Eduardo Angel Yahbes (Médico. Argentina)

Fecha de elaboración: 2019

Contacto: eduardo@gmail.com

El autor recoge los datos epidemiológicos de 2019 del área metropolitana de Buenos Aires en edades entre 1-65 años de los afectados de sarampión y observa mayoría de la población vacunada de triple vírica.

Como podemos apreciar la mayor proporción de casos son en menores de un año y los sumados a partir de los 10 años. Si bien algunos se han dado en niños no vacunados, la mayoría se han dado en hijos menores de un año de madres previamente vacunadas o en quienes han recibido la vacunación con anterioridad.

Confirmando la denominada falla primaria de los vacunados, 5 a 10% no responden inmunológicamente o esta respuesta se reduce con los años (falla secundaria). Confirmando la aseveración de Gregory Poland de la paradoja de que el sarampión se ha convertido en una enfermedad de los vacunados, y por lo que se ve es utópica su desaparición mientras se continúe vacunando.

El área de Salud de la Nación aconseja actualmente vacunar a partir de los 6 meses y lograr una doble vacunación entre los 13 meses y 4 años. Olvidando la advertencia del investigador senior del CDC (Centro de Control de Enfermedades de USA), William Thompson con relación al mayor riesgo del desarrollo de Autismo Regresivo si se vacuna con la vacuna SPR (MMR II) o triple viral a menor edad.

En los primeros cinco meses del año en Estados Unidos se denuncia-

ron cerca de 900 casos de sarampión sin ninguna muerte y en ese mismo lapso se denunciaron 26000 nuevos casos de Autismo

Es necesario recordar que los vacunados con virus atenuados pueden permanecer eliminando virus que pueden contagiar a convivientes, incluidos embarazadas e inmunocomprometidos. Para el sarampión esta eliminación puede llegar hasta cerca de 3 años, conllevando también el riesgo de activarse a virus salvaje. Como según parece aconteció en Samoa, luego de una vacunación masiva según la propia manifestación del Mi-

nistro de Salud Dr. Take Naseri.

Por otra parte, se continúa demonizando al sarampión cuando está constatada su baja mortalidad producida antes del comienzo de la vacunación y que la complicación del mismo obedece a patologías que afectan la inmunidad o fallas nutritivas que también la afectan: falta de proteínas, vitamina C y D3.

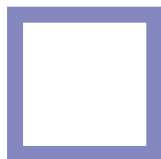
Para los factores de poder sólo importa el germen y el "sistema vacunatorio", olvidando de la importancia de los factores que hacen a una salud integral teniendo en cuenta los factores medioambientales y nutritivos.

Casos confirmados de sarampión y Tasa de incidencia por 100 mil habitantes según grupos de edad. Acumulados a la SE47 de 2019. Argentina



Fuente: Elaboración del Área de Vigilancia de la Salud de la DNE en base a información proveniente del SNVS²⁰

Fracaso de la vacuna del Sarampión y de la Triple Vírica



Autoría: Children's Health Defense

Fecha de elaboración: Enero de 2020

Fuente: <https://vaccineimpact.com/2020/measles-vaccine-failure-the-glaring-problem-officials-are-ignoring/>

Este artículo elaborado por el grupo norteamericano Children's Health Defense en el año 2020, desarrolla 5 puntos desde donde argumenta críticamente el valor real y actual de la vacuna triple vírica.

Introducción

El esfuerzo coordinado e intensificado para eliminar las exenciones de vacunas e imponer nuevos mandatos de vacunas fue, sin duda, una de las principales historias de 2019, tanto a nivel nacional como internacional. Una de las armas principales en el arsenal de elección contra la vacuna fue la historia del sarampión, impulsada por un medio parcial predispuesto dispuesto a usar puntos de conversación falsos para demonizar a los no vacunados mientras ignora o pasa por alto el historial defectuoso de la vacuna contra el sarampión. A medida que nos preparamos para más bombo de sarampión en 2020, Children's Health Defense cree que es importante seguir llamando la atención sobre los hechos reales sobre los fracasos de la vacunación masiva contra el sarampión.

Los fallos primarios y secundarios de la vacuna contra el sarampión son comunes

No es raro que las vacunas, incluidas las vacunas contra el sarampión, las paperas, la rubéola (MMR) y la MMR-plus-

varicela (MMRV) utilizadas en los Estados Unidos, no cumplan con sus promesas en los libros de texto. A partir de 2019, de hecho, los principales científicos de vacunas admitieron que

“La capacidad de la vacuna contra el sarampión actual para mantener la inmunidad protectora a largo plazo y la inmunidad adecuada del rebaño en entornos sin exposición al virus de tipo salvaje es todavía un tema de debate”.

Justo en la puerta de salida, del 2% al 12% de los niños que reciben su primera vacuna que contiene sarampión exhiben “falla primaria de la vacuna”, definida como falta de respuesta a la vacuna. Por razones en gran parte desconocidas, este subconjunto de niños (y también adultos) no logra montar la respuesta de anticuerpos esperada después de una vacuna inicial o una vacuna de refuerzo.

Incluso en aquellos para quienes la vacuna parece “tomar”, los individuos vacunados “tienen niveles más bajos de anticuerpos específicos contra el sarampión que aquellos con inmunidad derivada de la exposición al virus del sarampión de tipo salvaje”.

El fracaso secundario de la vacuna (inmunidad menguante) también es una característica incorporada de las vacunas contra el sarampión (y otras), y se reconoce que la eficacia de la vacuna es “más baja y no duradera en

comparación con la infección por el virus de tipo salvaje”.

Los estudios muestran que los niveles de anticuerpos contra el sarampión disminuyen progresivamente con el aumento del tiempo desde la vacunación. Además, los refuerzos adicionales no resuelven el problema. En un estudio de los CDC en jóvenes de 18 a 28 años que recibieron una tercera dosis de la vacuna MMR, la protección desapareció en menos de un año, un hecho que obligó a los autores del estudio a argumentar en contra de una tercera dosis de rutina.

El fracaso de la vacuna preocupó entre 1970-1980, pero desde la década de 1990 la discusión entró en un profundo silencio.

Algunos científicos de vacunas, asombrados por el “número sorprendentemente alto de fracaso de la vacuna entre los receptores de una y dos dosis de la vacuna que contiene sarampión”, piden un monitoreo a largo plazo de la inmunidad inducida por la vacuna después de la primera y segunda dosis así como datos más granulares sobre la eficacia de la vacuna, la inmunogenicidad y la epidemiología del sarampión.

Las madres vacunadas contra el sarampión no transmiten inmunidad adecuada a sus bebés, por lo tanto, es el grupo de edad más vulnerable es el sarampión

Los estudios han confirmado que los anticuerpos maternos producidos por la vacuna contra el sarampión (a diferencia de la inmunidad de por vida proporcionada por la infección natural por sarampión) son incapaces de proporcionar a los bebés una protección materna adecuada en el primer año de vida.

Como resultado, una proporción significativa de quienes contraen sarampión son bebés. Ya en 1999, los científicos de vacunas ya sabían que la vacunación estaba aumentando la vulnerabilidad de los bebés nacidos en los Estados Unidos al sarampión.

Un estudio publicado ese año en *Pediatría*, titulado *Aumento de la susceptibilidad al sarampión en bebés en los Estados Unidos*, informó que los bebés nacidos de madres vacunadas tenían una "tasa de ataque de sarampión" casi el triple que la de los bebés nacidos de madres no vacunadas: 33% versus 12%.

En los primeros cuatro meses de 2019, cuando ya se había informado aproximadamente el 70% de los casos de sarampión en los EE.UU. En el año, una cuarta parte de los casos correspondieron a niños menores de 15 meses.

Un análisis de los casos de sarampión en EE.UU. Desde 2001 hasta 2008 también encontró que el 24% estaba en menores de 15 meses, y un estudio de los CDC de casos de sarampión desde 2001 hasta 2015 encontró que la incidencia por millón de población "fue más alta en bebés de 6 a 11 meses... y niños pequeños de 12 a 15 meses".

Como Children's Health Defense ha señalado con frecuencia, los bebés tienen un riesgo mucho mayor de complicaciones y muerte relacionadas

con el sarampión en comparación con los niños de primaria mayores de cinco años (el grupo de edad que experimentó el sarampión principalmente y sin incidentes en la era previa a la vacuna).

Las personas vacunadas contraen sarampión, probablemente con más frecuencia de lo que muestran los recuentos oficiales

El fracaso primario de la vacuna y la disminución de la inmunidad inducida por la vacuna abren la puerta al sarampión en individuos vacunados, y especialmente en adultos vacunados, otro grupo con mayor riesgo de complicaciones por sarampión.

- Los datos disponibles de los CDC para parte de 2019 indican que al menos el 13% de los casos de sarampión en los EE.UU. Con estado de vacunación conocido (76/579) habían recibido previamente una o más dosis de vacuna contra el sarampión; el estado de vacunación era desconocido para un 18% adicional de casos (125/704). Los adultos de 20 años o más representaron el 23% del total de casos (165/704). Los CDC no informaron el estado de vacunación por grupo de edad.
- Cuando los CDC analizaron quince años de casos de sarampión (2001-2015), informaron los mismos porcentajes; los vacunados representaron aproximadamente el 13% de los casos de sarampión, y el 65% de los casos vacunados fueron en adultos de al menos 18 años de edad. En el 18% de los casos para los que se desconocía el estado de vacunación, el 87% eran adultos.
- Un estudio de casos de sarampión en California, también desde 2000 hasta 2015, informó que el 20% de las personas con sarampión confirmado y estado de vacunación verifi-

cado habían recibido una o más dosis de la vacuna contra el sarampión.

- Estudios de todo el mundo cuentan la misma historia, informando sarampión, por ejemplo, en adultos rusos completamente vacunados, viajeros aéreos australianos y residentes de la República de las Islas Marshall.

Los datos oficiales sobre el sarampión seguramente subestiman la extensión del sarampión en los vacunados. Esto se debe a que la vacuna contra el sarampión a veces "modula" la presentación clínica del sarampión, produciendo una imagen de síntomas diferente.

El estudio de California de los casos de sarampión 2000-2015 encontró que las personas que habían recibido dos o más dosis de la vacuna que contiene sarampión a menudo estaban "menos enfermas" que sus contrapartes de una dosis o no vacunadas; Sin embargo, lo importante es que todavía eran capaces de transmitir el sarampión y "requerían la misma cantidad de esfuerzo de salud pública para localizar contactos".

En 2009, dos médicos estadounidenses que habían sido completamente vacunados con más de dos dosis de MMR contrajeron sarampión, pero "continuaron atendiendo pacientes, porque ninguno de los dos consideró que pudieran tener sarampión".

Un estudio de 1990 sobre el sarampión "modificado con vacuna" sero-confirmado encontró que alrededor del 16% de los pacientes vacunados no cumplían con la definición de caso clínico de sarampión de los CDC o no tenían inmunoglobulina M (IgM) detectable específica del sarampión. Una respuesta de IgM ausente o débil hace que sea más difícil diagnosticar y confirmar el sarampión en el laboratorio.

Los investigadores han concluido que estos factores pueden estar conduciendo a un "sub-registro de casos de sarampión y... sobreestimación de la eficacia de la vacuna en poblaciones altamente vacunadas".

Las personas vacunadas contraen el sarampión de la vacuna y transmiten la cepa de la vacuna a otros

Investigaciones recientes de los CDC indican que los casos de sarampión en individuos que experimentan un fracaso primario de la vacuna “podrían ser tan transmisibles como los casos de sarampión en individuos no vacunados”.

Además, las técnicas modernas de genotipado están demostrando que es la cepa de la vacuna contra el sarampión la que causa el sarampión en una proporción considerable de casos, tanto en individuos vacunados como en personas con quienes las vacunas entran en contacto.

Los CDC han sabido sobre el potencial de la eliminación del virus de las vacunas contra el sarampión desde al menos la década de 1990, cuando el sarampión de la cepa vacunal lesionó y mató a un estudiante universitario de 21 años.

En 2015, la secuencia de 194 casos de sarampión en EE. UU. Mostró que casi dos de cada cinco (38%) fueron el resultado de la cepa de la vacuna en lugar del virus del sarampión de tipo salvaje.

En un estudio de 2016 publicado en el *Journal of Clinical Microbiology*, los CDC y otros investigadores explicaron la importancia, durante las investigaciones de brotes, de diferenciar entre el sarampión de tipo salvaje y el sarampión de la cepa de la vacuna (que llamaron “reacciones a la vacuna contra el sarampión”).

Sin embargo, en 2019, los CDC secuenciaron solo un tercio de los casos de sarampión. Esta falta de información exhaustiva sobre las cepas de sarampión para todos los casos no solo contribuye a la subestimación de la enfermedad del sarampión entre los vacunados, sino que puede conducir a “intervenciones innecesarias de salud pública”.

Los funcionarios de Nueva York que el año pasado excluyeron a los

niños no vacunados de los espacios públicos e impusieron los mandatos de las vacunas contra el sarampión en todos los códigos postales, no mencionaron el tema del sarampión por cepa de vacuna.

Aunque los científicos de la vacuna detestan admitir que los individuos vacunados pueden funcionar como vectores de transmisión del sarampión a otros, los estudios dispersos muestran que este es el caso.

Además, la investigación reciente de los CDC informada en *JAMA Pediatrics* indica que los casos primarios de sarampión en individuos vacunados tienen la misma probabilidad de infectar a otros individuos vacunados que propagar el sarampión a individuos no vacunados.

En 2011, los funcionarios de salud pública de la ciudad de Nueva York informaron cinco casos de sarampión, todos los cuales “tenían evidencia previa de inmunidad contra el sarampión”, ya sea de dos dosis de vacuna que contiene sarampión o de un título anterior positivo para anticuerpos contra el sarampión.

Lo que los investigadores encontraron particularmente notable fue el hecho de que el paciente índice “demostró ser capaz de transmitir la enfermedad a otras personas” a pesar de haber recibido dos dosis de MMR y de una inmunidad similar en los otros cuatro casos.

A fines de 2019, investigadores japoneses informaron la transmisión del sarampión de un individuo vacunado dos veces a tres personas no vacunadas; la cadena de transmisión continuó luego a otras seis personas, todas completamente vacunadas. (Japón prohibió la vacuna MMR en 1993 y en su lugar usa una vacuna contra el sarampión y la rubéola).

Sin especificar cómo lograr tal objetivo, los investigadores concluyeron que “Para prevenir la transmisión y el brote de sarampión, particularmente en países donde el sarampión fue casi eliminado, los pacientes con [falla secundaria de la vacuna] para el sarampión deben ser monitoreados con precaución”.

Los investigadores de los CDC, que también escribieron a fines de 2019, coinciden en que “se justifica el monitoreo continuo del sarampión entre las personas vacunadas”.

Los fallos de vacunación no se limitan a las vacunas que contienen sarampión; el fallo es inherente a todas las vacunas

Los científicos han sabido sobre el fracaso de la vacuna durante años. En 2006, investigadores canadienses admitieron que

“La inmunidad que brindan las vacunas [imperfectas] no está completa y puede disminuir con el tiempo, lo que lleva a un resurgimiento y brotes epidémicos a pesar de los altos niveles de vacunación primaria”.

Resumiendo el enigma que enfrentan los programas de vacunación, los investigadores canadienses señalaron que, por un lado, “si la vacuna solo proporciona inmunidad temporal, entonces la infección generalmente no puede ser erradicada por un solo episodio de vacunación”, pero por otro lado, “tener un el programa de refuerzo tampoco garantiza necesariamente el control de una enfermedad”.

Las agencias y los funcionarios de salud pública continúan eludiendo esta información inmensamente consecuente, en lugar de optar por aplastar a los ciudadanos con sarampión y propaganda de vacunas objetivamente incorrectas para justificar una mayor revocación de exenciones.

Sin embargo, un programa de vacunación que aumente los riesgos graves en los más vulnerables, produzca brotes continuos y transmita cepas vacunales de la enfermedad a los vacunados y no vacunados por igual, difícilmente puede considerarse un éxito. ■

Reacciones adversas de la vacuna Triple Vírica (rubeola, paperas, sarampión) en el Mundo y en la bibliografía internacional



Autor: Joan Mora (Médico homeópata y acupuntor. Girona. España)

Fecha de elaboración: Enero de 2020

Contacto: joanmorabrugues@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas a la vacuna Triple Vírica probablemente estén subestimadas, dado que en la mente del médico generalista o del pediatra se parte de la base de que éstas son raras y de carácter leve.

Este marco mental contribuye sobremanera que no se correlacionen las reacciones o enfermedades que aparecen en los días consecutivos a la vacunación con la propia vacunación.

Puesto que la vacuna es un fármaco biológico que interacciona con nuestro sistema inmunitario, los tiempos de las reacciones adversas que se contemplan para los fármacos no biológicos (que tienen su período de absorción, metabolización y excreción), no son válidos aquí, y cualquier enfermedad de tipo alérgico, autoinmune o neurológico que se desarrolle en los meses posteriores a la vacunación, debería entrar en la consideración de posible reacción adversa, especialmente si no hay antecedentes familiares de dicha patología o ninguna otra etiología plausible.

En este sentido, Xavier Uriarte y Joan Mora, ya propusimos una adaptación de los algoritmos de Karch-Lasagna (para determinar la relación de una reacción adversa con un determinado fármaco) adaptados al fármaco vacuna (Xavier Uriarte, Joan Mora.

Algoritmos de Karch-Lasagna aplicados a vacunas).

Es de especial importancia decir que la vacuna Triple Vírica son virus vivos atenuados y las cepas varían de vez en cuando en el proceso de fabricación, lo cual significa que la inmunidad a una cepa no confiere necesariamente inmunidad al virus salvaje ni a virus futuros.

Por otra parte se sabe que los bebés amantados de madres vacunadas corren un riesgo casi tres veces mayor de infección del sarampión que los de madres con inmunidad natural, dado que de la leche materna de madres inmunocompetentes que han superado el sarampión pasan linfocitos T activados necesarios para el adecuado desarrollo del bebé.

Como es habitual, no se han realizado estudios sistemáticos sobre los efectos adversos de la vacuna Triple Vírica. Las reacciones descritas en los textos académicos coinciden, en gran parte, con las enumeradas en el prospecto que edita el laboratorio que produce la vacuna.

Presentamos aquí una revisión bibliográfica de los efectos adversos a la triple vírica, recogidos de las revistas médicas, que siguen un criterio mucho más restrictivo que el expuesto anteriormente.

Esta es la relación de patologías detectadas con mayor frecuencia.

CONVULSIONES

Convulsiones no febriles después de la vacuna, con detección del virus vacunal en orina

- Clin Vaccine Immunol. 2013 Jul; 20(7): 1094–1096.

Riesgo de convulsiones febriles después de la vacuna sarampión-paperas-rubéola-varicela: una revisión sistemática y meta-análisis.

- Vaccine ;Volume 33, Issue 31, 17 July 2015, pages 3636–3649.
- “Se encontró aumento de 2 veces en el riesgo de ataque o convulsión febril durante 7-10 días o 5-12 días después de la vacunación con MMRV entre los niños de 10 a 24 meses, aunque la mayor incidencia de convulsiones era todavía inferior a 2,95 %.”

Vacuna combinada de sarampión, paperas, rubéola y varicela y el riesgo de convulsiones febriles

- Pediatrics. 2010 Jul;126(1): e1-8. doi: 10.1542/peds.2010-0665. Epub 2010 Jun 29.
- Los receptores de la vacuna MMRV (83,107) se compararon con los receptores de las vacunas MMR + varicela (376,354). Las convulsiones y la fiebre se agruparon significativamente de 7 a 10 días después de la vacunación con todas las vacunas que contienen sarampión, pero no después de la vacuna contra la varicela sola. El riesgo de convulsiones durante los días 7 a 10 fue mayor después de MMRV que después de la vacuna MMR + varicela (riesgo relativo: 1.98 [intervalo de confianza del 95%: 1.43-2.73]). Los análisis complementarios arrojaron resultados similares. El exceso de riesgo de convulsiones febriles de 7 a 10 días después de MMRV en comparación con la vacunación separada de MMR + varicela fue de 4.3 por 10,000 dosis (intervalo de confianza del 95%: 2.6-5.6).

Aumento del riesgo de convulsiones febriles después de la vacuna del sarampión

- Pediatrics. 2010 Jul ;126(1): e1-8. Epub 2010 Jun 29. PMID: 20587679.

Convulsiones febriles durante la recuperación después de la anestesia en un bebé con antecedentes de vacunación MMR : reporte de un caso

- Las convulsiones son raras durante el período perioperatorio; En la mayoría de los casos, hay antecedentes de epilepsia o convulsiones asociadas a cirugía. Pueden producirse convulsiones febriles cuando la temperatura corporal sube por encima de 38° C; Esta es la causa más común de convulsiones en los niños. Las convulsiones febriles

después de la anestesia general en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) sin antecedentes familiares o pasados son poco frecuentes. Algunas revisiones sugieren que, dado que la anestesia cambia la inmunidad, la cirugía electiva debe posponerse tres semanas después de la vacunación viva.

Vacuna combinada de sarampión, paperas, rubéola y varicela y el riesgo de convulsiones febriles

- Pediatrics. 2010 Jul;126(1):e1-8. doi: 10.1542/peds.2010-0665. Epub 2010 Jun 29.
- J Pediatr. 2011 Jan;158(1):170. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.09.075.

Riesgo de enfermedad neurológica grave después de la inmunización de niños pequeños en Gran Bretaña e Irlanda

- Pediatrics. 2007 Aug;120(2): 314-21.
- Intentamos investigar el riesgo de enfermedad neurológica grave después de la inmunización en la primera infancia.
- Un total de 157 episodios de enfermedad de 155 niños cumplieron con la definición analítica de casos. Hubo 11 casos de encefalitis herpética simple y 23 casos de infección primaria por virus herpes humano 6 y / o 7. No hubo evidencia de una incidencia relativa elevada de enfermedad neurológica grave en ninguno de los períodos de riesgo especificados, con la excepción de una incidencia relativa elevada de 5.68 en los 6-11 días después de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.
- De seis a 11 días después de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola, existe un mayor riesgo de fiebre y convulsiones que duran más de 30 minutos. Los 6 episodios relacionados temporalmente

con la inmunización cumplieron los criterios de convulsiones febriles complejas. El riesgo atribuible estimado de enfermedad neurológica grave fue similar al encontrado previamente para la vacuna contra el sarampión.

MENINGITIS / ENCEFALITIS

Brote de meningitis aséptica y paperas después de la vacunación masiva con la vacuna MMR utilizando la cepa de paperas Leningrado-Zagreb

- Vaccine , Volume 20, Issues 7-8, 15 January 2002, Pages 1106-1112.
- Los datos de la vigilancia de rutina durante dos campañas de inmunización masiva (MIC) con la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) con la cepa de paperas Leningrado-Zagreb en dos estados de Brasil se analizaron para estimar el riesgo de meningitis y paperas relacionadas con la vacuna. Se observó un aumento en la incidencia de las dos enfermedades en ambos estados, 3 semanas después de las campañas de vacunación. El número estimado de dosis aplicadas por caso de meningitis relacionada con la vacuna varió de 6199 (IC del 95%: 4854-8058) a 19,247 (IC del 95%: 12,648-29,513) según los criterios de diagnóstico utilizados y el estado. Fue de 300 dosis (IC 95%: 286-317) para cada caso de paperas. Se discuten las implicaciones para la política de vacunación.

Encefalopatía aguda seguida de lesión cerebral permanente o muerte asociada con otras vacunas atenuadas contra el sarampión: una revisión de las reclamaciones presentadas al Programa Nacional de Com-

pensación de Lesiones por Vacunas

- Pediatrics. 1998 Mar;101(3 Pt 1): 383-7.
- Para determinar si hay evidencia de una relación causal entre la encefalopatía aguda seguida de una lesión cerebral permanente o la muerte asociada con la administración de vacunas atenuadas adicionales contra el sarampión o la vacuna combinada contra el sarampión, las paperas y la rubéola el autor principal revisó los reclamos presentados al Programa Nacional de Compensación de Lesiones por Vacuna.
 - Un total de 48 niños, de 10 a 49 meses de edad, cumplieron con los criterios de inclusión después de recibir la vacuna contra el sarampión, solos o en combinación. Ocho niños murieron, y el resto tuvo regresión mental y retraso, convulsiones crónicas, deficiencias motoras y sensoriales y trastornos del movimiento. La aparición de signos o síntomas neurológicos se produjo con una distribución no aleatoria y estadísticamente significativa de los casos en los días 8 y 9. No se identificaron casos después de la administración de las paperas monovalentes o la vacuna contra la rubéola.
 - Este agrupamiento sugiere que puede existir una relación causal entre la vacuna contra el sarampión y la encefalopatía como una complicación rara de la inmunización contra el sarampión.

Carácter cambiante de la panencefalitis esclerosante subaguda en los Estados Unidos

- Pediatr Neurol. 1989 Nov-Dec;5 (6):339-41.
- Analizamos los datos del Registro Nacional de 575 pacientes con pa-

nencefalitis esclerosante subaguda (SSPE) en los Estados Unidos para evaluar los cambios en las características de los pacientes y la epidemiología del SSPE.

- La característica más llamativa de los datos es la rápida disminución de la incidencia de SSPE. A esta disminución corresponde un aumento en la proporción de casos después de la vacunación contra el sarampión. También hay un período de incubación más corto para el SSPE después de la vacunación que después de la infección por sarampión.

Riesgo de meningitis aséptica después de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola en niños del Reino Unido

- Lancet. 1993 Apr 17; 341(8851): 979-82.

Se buscaron casos de meningitis aséptica asociada con la vacuna contra el sarampión / paperas / rubéola en trece distritos de salud del Reino Unido después de un grupo reportado en Nottingham que sugirió un riesgo de 1 en 4000 dosis, sustancialmente mayor que las estimaciones previas basadas en casos reportados por pediatras (4 por millón) Los casos se determinaron mediante la obtención de registros de vacunación de niños con meningitis aséptica diagnosticados a partir de muestras de líquido cefalorraquídeo enviadas a Laboratorios de Salud Pública o datos de alta del hospital con un diagnóstico de meningitis viral. Ambos métodos identificaron la vacunación 15-35 días antes del inicio como un factor de riesgo significativo y, por lo tanto, indicativo de una asociación causal. Con ambos, la mitad de los casos de meningitis aséptica identificados en niños de 12 a 24

meses de edad se asociaron con la vacuna y comenzaron 15 a 35 días después de la vacuna. El estudio confirmó que el verdadero riesgo era sustancialmente mayor que el sugerido por los informes de casos de los pediatras, probablemente alrededor de 1 de cada 11,000 dosis. Sin embargo, la posibilidad de que la meningitis aséptica inducida por la vacuna fuera en gran medida asintomática y no se pudo descartar un posible hallazgo de laboratorio en niños investigados por otras afecciones clínicas, particularmente convulsiones febriles.

Brote de meningitis aséptica y paperas después de la vacunación masiva con la vacuna MMR utilizando la cepa de paperas Leningrado-Zagreb

- Vaccine, 01 Jan 2002, 20(7-8): 1106-1112.

Los datos de la vigilancia de rutina durante dos campañas de inmunización masiva (MIC) con la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) con la cepa de paperas Leningrado-Zagreb en dos estados de Brasil se analizaron para estimar el riesgo de meningitis y paperas relacionadas con la vacuna. Se observó un aumento en la incidencia de las dos enfermedades en ambos estados, 3 semanas después de las campañas de vacunación. El número estimado de dosis aplicadas por caso de meningitis relacionada con la vacuna varió de 6199 (IC del 95%: 4854-8058) a 19,247 (IC del 95%: 12,648-29,513) según los criterios de diagnóstico utilizados y el estado. Fue de 300 dosis (IC 95%: 286-317) para cada caso de paperas. Se discuten las implicaciones para la política de vacunación.

Encefalopatía aguda seguida de lesión cerebral permanente o muerte asociada con otras vacunas atenuadas contra el sarampión: una revisión de las reclamaciones presentadas al Programa Nacional de Compensación de Lesiones por Vacunas

- Pediatrics. 1998 Mar;101(3 Pt 1):383-7.
- Para determinar si hay evidencia de una relación causal entre la encefalopatía aguda seguida de una lesión cerebral permanente o la muerte asociada con la administración de vacunas atenuadas adicionales contra el sarampión (Attenuvax o Lirugen, Hoechst Marion Roussel, Kansas City, MO), vacuna contra las paperas (Mumpsvax, Merck y Co, Inc, West Point, PA), o vacunas contra la rubéola (Meruvax o Meruvax II, Merck and Co, Inc, West Point, PA), vacunas combinadas contra el sarampión y la rubéola (MR-Vax o MR-Vax II, Merck y Co, Inc., West Point, PA), o la vacuna combinada contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR o MMR II, Merck and Co, Inc, West Point, PA), el autor principal revisó los reclamos presentados al Programa Nacional de Compensación de Lesiones por Vacuna.
- Un total de 48 niños, de 10 a 49 meses de edad, cumplieron con los criterios de inclusión después de recibir la vacuna contra el sarampión, solos o en combinación. Ocho niños murieron, y el resto tuvo regresión mental y retraso, convulsiones crónicas, deficiencias motoras y sensoriales y trastornos del movimiento. La aparición de signos o síntomas neurológicos se produjo con una distribución no aleatoria y estadísticamente significativa de los casos en los días 8 y 9. No se identificaron casos después de la administración de las paperas monovalentes o la vacuna contra la rubéola.
- Este agrupamiento sugiere que

puede existir una relación causal entre la vacuna contra el sarampión y la encefalopatía como una complicación rara de la inmunización contra el sarampión.

Mielitis transversa autoinmune asociada a vacunas

- Lupus. 2009 Nov;18(13):1198-204. PMID: 19880568.
- Se analizaron 37 casos de mielitis transversa asociada a diferentes vacunas que incluían las de la hepatitis B, triple vírica, DTP y otras, dadas tanto a niños como a adultos.
- La asociación de diferentes vacunas con este fenómeno autoinmune alude a la idea de un común denominador en estas vacunas, es decir, los adyuvantes podrían ser el desencadenante del síndrome.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Potencial mecanismo patogénico viral para la nueva variante de la enfermedad inflamatoria intestinal

- Mol Pathol. 2002 Apr;55(2):84-90.
- Setenta y cinco de 91 pacientes con un diagnóstico confirmado histológicamente de hiperplasia linfocitaria ileal y enterocolitis fueron positivos para el virus del sarampión en su tejido intestinal en comparación con cinco de 70 pacientes de control. El virus del sarampión se identificó dentro de las células dendríticas foliculares y algunos linfocitos en focos de hiperplasia folicular reactiva. El número de copias del virus del sarampión varió de uno a 300,00 copias / ng de ARN total.
- los datos confirman una asociación entre la presencia del virus del sarampión y la patología intestinal en niños con trastorno del desarrollo.

Detección y secuenciación del virus del sarampión de células mononucleares periféricas de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y autismo

- Dig Dis Sci. 2000 Apr;45(4):723-9.
- Se ha informado que el virus del sarampión puede estar presente en el intestino de pacientes con enfermedad de Crohn. Además, se ha informado un nuevo síndrome en niños con autismo que mostraron regresión del desarrollo y síntomas gastrointestinales (enterocolitis autista), en algunos casos poco después de la vacuna MMR. No se sabe si el virus, si se confirma que está presente en estos pacientes, deriva de cepas salvajes o cepas vacunales. Para caracterizar las cepas que pueden estar presentes, hemos llevado a cabo la detección de ARN genómico del sarampión en células mononucleares periféricas (PBMC) en ocho pacientes con enfermedad de Crohn, tres pacientes con colitis ulcerosa y nueve niños con enterocolitis autista. Como controles, examinamos niños sanos y pacientes con SSPE, LES, VIH-1 (un total de ocho casos).
- Las secuencias obtenidas de los pacientes con colitis ulcerosa y niños con autismo fueron consistentes con las cepas de vacuna. Los resultados fueron concordantes con el historial de exposición de los pacientes.

Detección de la reacción en cadena de la polimerasa del gen de la hemaglutinina de una cepa atenuada de la vacuna contra el sarampión en las células mononucleares periféricas de niños con hepatitis autoinmune

- Archives of Virology volume 141, pages877-884(1996).

- Nuestros resultados demostraron que los niños con hepatitis autoinmune pueden tener persistencia de la cepa de la vacuna in vivo durante muchos años después de la vacunación.

AUTISMO

Anticuerpos anormales de sarampión, paperas, rubéola y autoinmunidad del SNC en niños con autismo

- J Biomed Sci. 2002 Jul-Aug;9(4): 359-64.
- La autoinmunidad al sistema nervioso central (SNC), especialmente a la proteína básica de mielina (MBP), puede desempeñar un papel causal en el autismo, un trastorno del desarrollo neurológico. Debido a que muchos niños autistas tienen niveles elevados de anticuerpos contra el sarampión, realizamos un estudio serológico de autoanticuerpos contra sarampión, paperas, rubéola (MMR) y MBP.
- Utilizando muestras de suero de 125 niños autistas y 92 niños de control, los anticuerpos se analizaron mediante ELISA o métodos de inmunotransferencia. El análisis ELISA mostró un aumento significativo en el nivel de anticuerpos MMR en niños autistas. El análisis de inmunotransferencia reveló la presencia de un anticuerpo MMR inusual en 75 de 125 sueros autistas (60%) pero no en sueros control.
- Así, el anticuerpo MMR en sueros autistas detectó la proteína HA del sarampión, que es exclusiva de la subunidad del sarampión de la vacuna.
- Además, más del 90% de los sueros autistas con anticuerpos MMR positivos también fueron positivos para los autoanticuerpos MBP, lo que sugiere una fuerte asociación entre la autoinmunidad MMR y CNS en el autismo. A partir de esta

evidencia, sugerimos que una respuesta de anticuerpos inapropiada a MMR, específicamente el componente de sarampión del mismo, podría estar relacionada con la patogénesis del autismo.

- A partir de esta evidencia, sugerimos que una respuesta de anticuerpos inapropiada a MMR, específicamente el componente de sarampión del mismo, podría estar relacionada con la patogénesis del autismo.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12145534>

Niveles elevados de anticuerpos contra el sarampión en niños con autismo

- Pediatr Neurol. 2003 Apr;28 (4): 292-4.
- La autoinmunidad inducida por virus puede desempeñar un papel causal en el autismo. Para examinar el vínculo etiológico de los virus en este trastorno cerebral, realizamos un estudio serológico del virus del sarampión, el virus de las paperas y el virus de la rubéola. Los anticuerpos virales se midieron mediante un ensayo inmunosorbente ligado a enzimas en el suero de niños autistas, niños normales y hermanos de niños autistas. El nivel de anticuerpos contra el sarampión, pero no de paperas o anticuerpos contra la rubéola, fue significativamente mayor en niños autistas en comparación con niños normales ($P = 0.003$) o hermanos de niños autistas ($P < 0 = 0.0001$). Además, la inmunotransferencia del virus de la vacuna contra el sarampión reveló que el anticuerpo estaba dirigido contra una proteína de aproximadamente 74 kd de peso molecular. El anticuerpo contra este antígeno se encontró en el 83% de los niños autistas, pero no en niños normales o hermanos de niños autistas.

Todos los niños diagnosticados de autismo después de la Triple vírica presentaban anomalías intestinales

- Lancet. 1998 02 28; 351(9103): 637-41. PMID: 9500320
- Se trata de la famosa publicación del Dr Wakefield en Lancet:
 - El inicio de los problemas de conducta se asoció según los padres, con la vacuna Triple vírica en 8 de los 12 niños estudiados, otro caso se asoció con la propia infección del sarampión y otro con otitis aguda.
 - Los 12 casos presentaban anomalías intestinales que iban desde hiperplasia linfática nodular hasta ulceración aftosa. La histología presentaba un patrón de inflamación crónica en el colon de 11 niños y una reacción de hiperplasia linfocítica reactiva en 7 de los niños. Los trastornos de la conducta incluían autismo (9 casos) psicosis desintegrativa (1 caso) y dos casos de posible encefalitis viral postvacunal.
 - Identificamos una asociación entre la enfermedad intestinal y los trastornos de regresión en el desarrollo en un grupo de niños previamente normales.

NEURITIS ÓPTICA

La primera aparición de neuritis óptica rápida después de la vacunación contra el sarampión y la rubéola

- Vaccine. 2004 Sep 3;22 (25-26): 3240-2.
- “Se supone que debemos reportar el primer caso de neuritis óptica de inicio rápido en el que la complicación surgió justo a pocas horas en un muchacho de 16 años de edad.”

Parálisis oculomotora parcial recurrente, después de vacuna triple vírica en un niño sano

- Ital J Pediatr. 2010 Sep 10 ;36:59. Epub 2010 Sep 10.
- Reporte de un caso de parálisis oculomotora asociada a síntomas sistémicos después de la vacunación triple vírica en un joven previamente sano. La parálisis no se recuperó durante el tiempo de seguimiento.

SORDERA SÚBITA

Sordera súbita profunda tras administración de vacuna triple vírica

- Rev Asoc Esp Espec Med Trab vol.25 no.2 Madrid mar. 2016.
- Trabajadora sanitaria sin protección frente al virus de la parotiditis a la que se administra la primera dosis de la vacuna triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis). Tres semanas después acude al servicio de Otorrinolaringología (ORL) por sensación de taponamiento súbito y tinnitus en oído izquierdo de varias horas de evolución, diagnosticándose sordera súbita. Es ingresada con tratamiento intravenoso de corticoides y, tras agotar posibilidades terapéuticas, es dada de alta sin recuperación de la audición. Acude al Servicio de Prevención del hospital para notificar lo ocurrido. Desde este Servicio se intenta establecer el nexo causal entre la administración de la vacuna y la hipoacusia, informando y asesorando a la trabajadora de los trámites legales y administrativos en relación al caso.

44 casos identificados de pérdida auditiva neurosensorial idiopática después de la vacuna

- Vaccine. 2008 Feb 26 ;26(9):1166-72. Epub 2008 Jan 22. PMID: 18255204.
- Una revisión del VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting) en EEUU, identificó 44 casos de pérdida auditiva neurosensorial idiopática después de la Triple vírica. El inicio de la enfermedad era coherente con los periodos de incubación de los virus del sarampión y las paperas.

9 casos de pérdida auditiva neurosensorial después de la triple vírica

- Arch Dis Child. 1993 Jul; 69(1): 153-4. PMID: 8024302.
- Se describen 9 casos registrados de pérdida auditiva neurosensorial después de la vacuna triple vírica. En 3 casos se estimó que no había relación entre la sordera y la vacuna. En los otros 6 casos, la causa era desconocida pero la vacuna se estimó como una posible etiología.

PURPURA TROMBOCITOPÉNICA AGUDA

Púrpura trombocitopénica aguda después de la vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola. Un informe sobre 23 pacientes

- Acta Paediatr. 1993 Mar; 82(3): 267-70.
- Una púrpura trombocitopénica aguda se desarrolló poco después de la vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola en 23 de aproximadamente 700,000 niños inmunizados durante un período de siete años. El intervalo medio desde la inoculación hasta el inicio de la púrpura fue de 19 días.

- Los hallazgos son compatibles con un mecanismo autoinmune desencadenado por la respuesta inmune a la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola. Según lo evaluado por el curso clínico y la presencia de AAb, la púrpura trombocitopénica posvacunal parece ser indistinguible de la púrpura trombocitopénica idiopática aguda infantil.

Otro trabajo realizado en Suecia, publicado en el British Medical Journal en 1987, estimaba que el riesgo de púrpura era 1/37.000 vacunaciones y en otro, de origen danés publicado en 1996, se afirmaba que, en el periodo 1986-1991, el 11% de los casos de trombocitopenias fueron de origen vacunal, calificándose a la vacuna TV como droga de alto riesgo en relación a esta patología

- NIEMINEN, U. et al.. (1993), “Acute thrombocytopenic purpura following measles, mumps and rubella vaccination. A report on 23 patients”, Acta Paediatr, t. 82, 267-270.

El Instituto de Medicina (Institute of Medicine, National Academy of Sciences, Washington) determina que las vacunaciones rutinarias en la infancia están relacionadas con un determinado numero de efectos adversos

- JAMA. 1994 May 25; 271(20):1602-5. PMID: 8182813.
- En Septiembre de 1993, El Institute of Medicine publicó un estudio titulado “Adverse Events associated with childhood vaccines: Evidence

bearing on causality”. El comité estuvo 18 meses revisando todas las pruebas científicas disponibles y los casos clínicos registrados.

- Estimo una evidencia de relación causal entre la vacuna de la triple vírica y la trombocitopenia y la anafilaxis.

Michel Georget refiere un estudio publicado en 1997 sobre efectos secundarios graves en los EEUU en el periodo 1979-1996. El autor del estudio los considera muy poco frecuentes pero consigna, entre otros, 43 muertes, 88 trombocitopenias, 27 anafilaxias, 46 encefalomielititis, 18 meningitis y 11 encefalitis

- GEORGET, M. (2000), Vaccinations les vérités indésirables, Saint Jean de Braye, Francia, ed. Dangles, 149.

REACCIONES ALÉRGICAS

Reacciones anafilácticas en niños con alergia al huevo y a la leche de vaca, después de la vacuna triple vírica

- Acta Paediatr. 2011 Aug; 100(8): e94-6. Epub 2011 Feb 25. PMID: 21244488.
- Reacciones anafilácticas a la vacuna triple vírica en 3 niños con alergia al huevo y a la leche de vaca.

Pancreatitis aguda después de la Triple vírica

- Pancreas. 1991 Jul ;6(4):489-90. PMID: 1876605.

- La pancreatitis aguda puede ser el resultado de infecciones víricas que incluyen a la parotiditis, el virus Cosackie B, el Epstein-Barr y la varicela. Sin embargo, no se había registrado ningún caso después de una vacuna vírica.
- Se reporta el caso de un adulto con pancreatitis aguda que había recibido la vacuna triple vírica.

INEFICACIA DE LA VACUNA

Gran brote de sarampión en una comunidad con alta cobertura de vacunación

- Clinical Infectious Disease 2008.

Brote de Sarampión entre Estudiantes de Secundaria Vacunados

- CDC, June 22, 1984/33(24);349-51.
- Este brote demuestra que la transmisión del sarampión puede ocurrir dentro de una población escolar con un nivel de inmunización documentada de 100%. Este nivel fue validado durante la investigación del brote.

Brote de sarampión entre las personas con evidencia previa de inmunidad, Ciudad de Nueva York, 2011

- Clinical Infectious Diseases, Volume 58, Issue 9, 1 May 2014, Pages 1205-1210.

Mayor epidemia de sarampión en América del Norte en una década – Quebec, Canadá, 2011: la contribución de la susceptibilidad, serendipia, y eventos de superextensión.

- J Infect Dis. 2013 Mar 15;207(6):990-8. doi: 10.1093/infdis/jis923. Epub 2012 Dec 21.

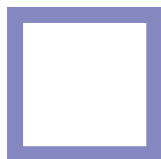
- La epidemia de sarampión más grande de América del Norte en la última década, se produjo en 2011 en Quebec, Canadá, donde las tasas de cobertura de la vacuna de 1 y 2 dosis en niños de 3 años de edad fueron 95% – 97% y 90%, respectivamente, con 3% – 5% no vacunados.”

LA ENFERMEDAD DEL SARAPIÓN Y LA VACUNA

La infección por el virus del sarampión sin erupción en la infancia está relacionada con la enfermedad en la vida adulta.

- Lancet. 1985 Jan 5;1(8419):1-5.
- La asociación entre un historial negativo de sarampión en la infancia y ciertas enfermedades más adelante en la vida se investigó mediante un método prospectivo histórico, basado en registros de salud escolar combinados con autoinforme en la edad adulta, y pruebas de anticuerpos específicos contra el sarampión IgG. Hubo evidencia de asociación entre antecedentes negativos de sarampión, exposición en la vida temprana (posiblemente inyección de inmunoglobulina sérica después de la exposición) y desarrollo de enfermedades inmunorreactivas, enfermedades sebáceas de la piel, enfermedades degenerativas de huesos y cartílagos y ciertos tumores. ■

Encefalitis en niños con Autismo



Autora: Kate Raines (EE.UU.)

Fecha de elaboración: octubre de 2019

Fuente: <https://thevaccinereaction.org/2019/10/scientists-find-chronic-brain-inflammation-in-children-with-autism>

La autora afirma que la base fisiopatológica del espectro autista radica en la inflamación del sistema nervioso central. También observa la presencia de la inflamación intestinal relacionada con la encefalitis.

Destacados de la historia

Un nuevo estudio de la Universidad de Tufts sugiere que la inflamación puede ser el “principal impulsor” en el desarrollo del trastorno del espectro autista (TEA).

La inflamación crónica, del cerebro y el intestino, se ha reconocido desde hace mucho tiempo que desempeña un papel en el TEA, aunque las relaciones desempeñadas por cada uno siguen sin resolverse.

ASD, junto con muchos otros trastornos autoinmunes y neurológicos asociados con la inflamación, han aumentado dramáticamente en este país, ya que las altas tasas de vacunación han reemplazado las enfermedades infecciosas con enfermedades crónicas.

Un estudio reciente del Centro Médico de la Universidad de Tufts en Boston ha llegado a la conclusión de que “la inflamación puede ser el principal impulsor de autismo.” Como se informó en las Actas de la Academia Nacional de Ciencias, los investigadores compararon los cerebros de 16 hombres fallecidos, niños caucásicos entre las edades de tres y 14 años. Ocho de los niños tenían trastorno

del espectro autista (TEA) y ocho no. El estudio determinó que todos los niños con TEA habían aumentado los niveles de interleucina-18 (IL-18), una proteína conocida por desencadenar una respuesta inflamatoria grave.

Las áreas del cerebro más afectadas fueron la amígdala, responsable del procesamiento de emociones como el miedo, la ira y el placer; y la corteza prefrontal dorsolateral, que desempeña un papel en una serie de funciones cognitivas del cerebro, incluido el mantenimiento de la memoria, atención, modificación del comportamiento y evaluación de recompensas. El daño a esta área del cerebro puede producir un déficit en la cognición social, control de los impulsos y la integración multisensorial.

Los investigadores también encontraron mayores niveles de la proteína antiinflamatoria IL-37 en los niños con TEA en comparación con el grupo de control, aunque las diferencias no fueron tan dramáticas como las de las proteínas inflamatorias. Los investigadores declararon que “ASD no tiene una patogénesis distinta o un tratamiento efectivo. El aumento de la evidencia apoya la presencia de disfunción inmune y la inflamación en el cerebro de los niños con TEA.” Ellos especularon que el

tratamiento con fármacos que se dirigen IL-37 puede ser un enfoque terapéutico prometedor para disminuir la cantidad de IL-18 en el cerebro.

Respuesta inmune dirigida a las células cerebrales en el autismo

En otro estudio publicado en *Annals of Neurology* el 8 de octubre de 2019, investigadores del Centro Médico Beth Israel Deaconess que examinan cerebros donados a Autism BrainNet, un banco de tejidos sin fines de lucro, informaron haber encontrado evidencia que sugiere que una respuesta inmune dirigida a células especializadas en el cerebro resultó en inflamación crónica en dos tercios de los cerebros autistas analizados post mortem. Los investigadores especularon que el autismo, como la esclerosis múltiple, podría ser un trastorno autoinmune que involucra una respuesta inmune anormal dirigida a las células cerebrales. Al explicar el propósito de su estudio, los investigadores dijeron:

“El trastorno del espectro autista (TEA) afecta a 1 de cada 59 niños todavía, excepto por causas genéticas raras, la etiología en la mayoría de los

TEA sigue siendo desconocida. En el cerebro con TEA, la citocina inflamatoria y el perfil de transcripción muestran una mayor expresión de genes que codifican mediadores de la respuesta inmune innata. Evaluamos el tejido cerebral post mortem en busca de células inmunes adaptativas y daños citotóxicos mediados por células inmunes que podrían impulsar esta respuesta inmune innata en el cerebro ASD”.

Llegaron a la conclusión de que:

“De acuerdo con la lesión mediada por células inmunes multifocales en las barreras perivasculares del LCR-cerebro, un subconjunto de vasos de sustancia blanca ha aumentado el espacio perivascular (con contornos irregulares) y colágeno en ASD en comparación con los cerebros de control. La patología de la barrera cerebral del LCR también es evidente en las superficies endoteliales pial y ventricular de la corteza cerebral en los TEA... Estos hallazgos sugieren que la inmunidad celular desregulada daña los astrocitos en los focos a lo largo de la barrera cerebral del LCR en los TEA.”

La inflamación crónica es un sello distintivo de ASD reconocido desde hace mucho tiempo

El concepto de que la inflamación crónica es una de las características de ASD no es nuevo. En 2013, la *Revista de la neuroinflamación* publicó un artículo declarado que, “aumento de la evidencia indica que la inflamación del cerebro está implicada en la patogénesis de las enfermedades neuropsiquiátricas”, incluyendo TEA. Tras señalar que muchos niños con ASD regresión “en alrededor de 3 años de edad, a menudo después de un evento específico, como reacción a la vacunación, infección, trauma, exposiciones tóxicas o estrés”, los autores de ese artículo continúan discutiendo la creciente evidencia de disfunción / inflamación inmune en ASD y detallan

múltiples marcadores de inflamación en el cerebro y líquido cefalorraquídeo de niños con TEA.

Otra evidencia del vínculo entre la inflamación crónica y el TEA se presenta en un estudio colaborativo entre Johns Hopkins y la Universidad de Alabama que se publicó en 2014. Los investigadores que realizaron ese estudio cuestionaron si la inflamación cerebral era una “causa raíz” o una “corriente abajo” consecuencia “de ASD. Observaron que en los cerebros autistas las células microgliales, “que controlan el cerebro en busca de patógenos y otras amenazas... parecían activarse perpetuamente, con sus genes para las respuestas de inflamación activadas”.

La inflamación intestinal y cerebral van de la mano

Más recientemente, los científicos han informado de que, “A pesar de las precisas fisiopatología subyacente ASD no están claros, la evidencia creciente apoya un papel para la neuroinflamación mal regulada.” Tomando nota de que la investigación sobre el papel desempeñado por la inflamación en ASD también se extiende a la interacción potencial entre el intestino y el cerebro:

“El eje intestino-cerebro que involucra la conversación cruzada microbiana-inmune-neuronal es también un área creciente de investigación de neuroinflamación. Una mayor comprensión de estas interacciones bajo condiciones patológicas / fisiológicas y la identificación de anomalías consistentes en el perfil inmune pueden conducir a medidas de diagnóstico y tratamientos más confiables en ASD.”

La relación entre la inflamación intestinal y el TEA ha sido reconocida por mucho tiempo. Según un es-

tudio reciente a gran escala, los niños con TEA tienen un 67 por ciento más de probabilidades de ser diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que sus compañeros sin TEA. Esos investigadores sugieren que las variables genéticas y trastornos en microbioma intestinal podría ser un factor común en ambas TEA y la EII, y llegaron a la conclusión de que la posibilidad de que ambos trastornos comparten bases biológicas méritos exploración.

Descubrir las conexiones precisas entre la inflamación crónica y el desarrollo de ASD es un desafío, pero una gran cantidad de datos respaldan que la inflamación es un jugador importante. Múltiples factores pueden conducir a la inflamación del cerebro y el intestino.

La inflamación cerebral puede estar relacionada con la encefalitis después de la vacunación, la placenta defectuosa o la respuesta inmune materna a la infección, la barrera hematoencefálica inmadura, el parto prematuro y las toxinas ambientales. La inflamación del intestino puede ser causada por un desequilibrio en el microbioma causado por factores como el parto por cesárea o un microbioma materno anormal, fórmula infantil o alimentos procesados, entre muchos otros.

La inflamación del cerebro inducida por la vacuna y el autismo se informaron por primera vez en 1985

La asociación entre la vacunación y el autismo fue reportada por primera vez por el historiador médico Harris L. Coulter y Barbara Loe Fisher, cofundadora del Centro Nacional de Información sobre Vacunas, en su libro de 1985 *DPT: A Shot in the Dark* (Harcourt Brace Jovanovich). Entre las descripciones del historial de casos de lesiones y muerte por la vacuna DPT se

encuentran casos de niños sanos que sufrieron inflamación cerebral y daño cerebral después de las vacunas DPT y fueron diagnosticados con autismo.

En el año 2000, Loe Fisher escribió un informe especial para el boletín *The Vaccine Reaction* publicado por el Centro Nacional de Información sobre Vacunas (NVIC). Ella dijo:

“La incidencia del autismo, como la de las discapacidades de aprendizaje, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el asma, la diabetes, la artritis, el síndrome de fatiga crónica, la enfermedad inflamatoria intestinal y otros trastornos autoinmunes y neurológicos, ha aumentado dramáticamente en los EE. UU. Y otros países tecnológicamente avanzados, mientras que las altas tasas de vacunación han provocado que la

incidencia de enfermedades infecciosas infantiles disminuya tan dramáticamente en estos países. En lugar de epidemias de enfermedades infecciosas, ahora hay epidemias de enfermedades crónicas.”

En 2008, Loe Fisher publicó *Vacunas, autismo e inflamación crónica: la nueva epidemia*, que proporcionó un análisis y un resumen de los estudios en la literatura médica que documentan las complicaciones de las enfermedades infecciosas y las vacunas que producen inflamación crónica en el cuerpo. Ella observó:

“Una revisión de más de un siglo de literatura médica revela una amplia evidencia de que la disfunción del sistema inmunológico y neurológico causada por enfermedades infecciosas a menudo es idéntica a la disfunción

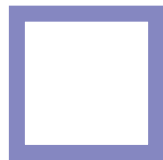
del sistema inmunológico y neurológico causada por las vacunas creadas con los mismos virus y bacterias. Una interacción huésped / enfermedad o huésped / vacuna causa inflamación, que es aguda al principio, y se vuelve crónica en lugar de resolverse y dejar al huésped con buena salud. En ambos casos, el resultado final es una inflamación no resuelta que conduce a una disfunción cerebral mediada por el sistema inmune de diversos grados de gravedad, que es el mismo perfil que muchos han observado en niños con trastornos del espectro autista.”

Referencias

Para consultar las referencias ver el artículo original en su web.



Estudio observacional de un tratamiento biológico y dietético para los trastornos del espectro autista



Autora: Dra. Anna Vallès. Médica homeópata. Barcelona. España

Fecha de elaboración: año 2007

Contacto: anna.valles.r@gmail.com

Este estudio fue realizado en el año 2007 por la Dra. Anna Vallès, con la colaboración de la Dra. Montserrat Pérez Pàmies, quien realizó las evaluaciones psicopedagógicas, y con el patrocinio de la Federació Catalana pro Persones amb Discapacitat Intel·lectual (APPS) y del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

1. OBJETIVO

El objetivo del estudio era evaluar la eficacia de un tratamiento biológico y dietético, previamente definido, para atenuar los síntomas autistas en una muestra de este colectivo.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1995 se formó en EE.UU. la Asociación DAN “Defeat Autism Now” con el objetivo de empezar a aplicar ampliamente, a la vez que profundizar en su desarrollo e investigación, un protocolo de tratamiento biológico y dietético para tratar los Trastornos del Espectro Autista. Por un lado su efectividad en una parte importante de este colectivo, y por otro lado el hecho de no provocar efectos indeseables, han determinado que actualmente lo estén aplicando un número cada vez mayor de médicos y en muchos países del mundo.

3. INTRODUCCIÓN

En 1943 Leo Kanner describió por primera vez el autismo. Poco después, en 1944, Hans Asperger describió un cuadro parecido, que actualmente lleva su mismo nombre. En 1992, a partir de las aportaciones de Lorna Wing, se incorpora el término de Trastornos del Espectro Autista (TEA), que, de una forma más amplia, incluye los dos anteriores y refleja la gran variabilidad que existe en la expresión de este trastorno.

Actualmente, aunque en algunos casos la sospecha puede aparecer hacia los 12 meses, en la mayoría de los casos el diagnóstico se suele realizar entre los 30 y los 36 meses. Se presenta en 4 niños por 1 niña, y su prevalencia, que ha aumentado mucho en los últimos veinte años, se estima actualmente en 1 de cada 170 nacimientos¹.

Sus rasgos característicos son:

- Alteraciones cualitativas en la interacción social.
- Alteraciones cualitativas en la comunicación.
- Patrones restringidos de compor-

tamientos, intereses y actividades, con la aparición en muchos casos de movimientos corporales estereotipados.

4. MARCO DE REFERENCIA

El tratamiento que se siguió en este estudio se basa en tres pilares fundamentales:

- **La teoría del exceso de péptidos opiáceos**, formulada por Shattock², según la cual un déficit de enzimas endopeptidasas provoca que la digestión del gluten y la caseína en el tracto digestivo resulte incompleta como consecuencia de ello una cantidad anormalmente alta de estos péptidos, llamados gluteomorfinas y caseomorfinas, son absorbidos y a través de la sangre llegan al cerebro, donde se vuelven biológicamente activos, provocando interferencias y alteraciones en la transmisión de las informaciones cerebrales.

El hecho que la mayoría de niños diagnosticados de TEA sufran una enfermedad inflamatoria intestinal

subaguda, tal como concluyen Wakefield y sus colaboradores^{3,4}, les produce una disfunción intestinal con un doble efecto:

Por un lado un aumento de la permeabilidad intestinal que favorece la absorción de estos péptidos de cadena corta.

Por otro lado una disminución en la absorción de los micronutrientes (vitaminas y minerales), y en consecuencia alteraciones diversas en su metabolismo.

- **La teoría de la colonización de levaduras en el intestino**, del Dr. Shaw, según la cual se produce en el intestino de las personas autistas una colonización invasiva de levaduras, en especial de la *Cándida Albicans*⁵, hecho que conlleva dos consecuencias principales:
 - Una elevada producción de neurotoxinas.
 - Una agravación de la permeabilidad intestinal.

- **La teoría de la insuficiente eliminación de componentes sulfúricos debido a una deficiencia de la enzima fenolsulfurtransferasa**, de la Dra. Waring⁶. Esta teoría explica la dificultad que tienen las personas autistas para eliminar los tóxicos de su organismo y, por lo tanto, su tendencia a la intoxicación.

5. MÉTODO

Inicialmente se partió de una muestra de 20 sujetos (muestra inicial). El número total de sujetos que han completado el estudio es de 13 (muestra efectiva), de los cuales 10 son de sexo masculino y 3 de sexo femenino, todos ellos comprendidos entre los 3 y los 13 años. De los 7 que abandonaron, 4 lo hicieron después de la primera visita por motivos personales, 2 abandonaron porque los síntomas se agravaron durante el drenaje y 1 también por agravación de los síntomas con la introducción de los suplementos.

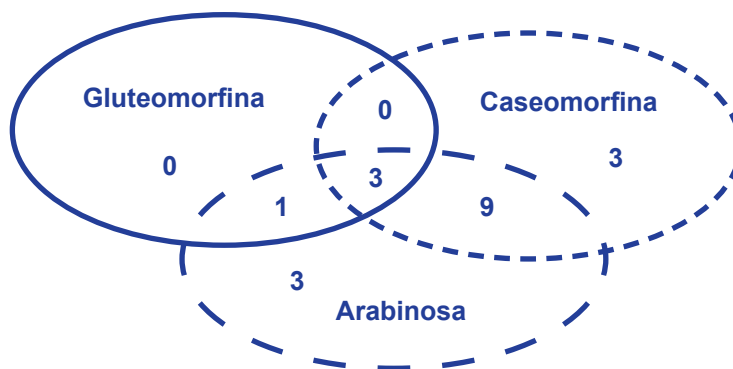
El estudio duró seis meses y se

realizaron seis visitas. En La primera se pasó el cuestionario DSM IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*), American Psychiatric Association, con el fin de confirmar el diagnóstico. Para medir el grado de afectación se utilizó el test CARS, (*The Childhood Autism Rating Scale*) de Eric Schopler, Ph.D., Robert J. Reichler, M.D., and Barbara Rothen Renner, Ph.D. Se recogieron exhaustivamente los datos de la his-

6. RESULTADOS

6.1. Resultados de los primeros análisis de orina (muestra inicial)

Los valores de los morfopéptidos en orina miden la dificultad para digerir el gluten y la caseína, y el valor de la arabinosa la existencia de colonización invasiva de *Cándida Albicans* u otras levaduras.



| Variable | Total | Gluteomorfinas | Caseomorfinas | Arabinosa | Los tres |
|-------------------------|-------|----------------|---------------|-----------|----------|
| Gluteomorfinas (gluten) | 4 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| Caseomorfinas (leche) | 15 | 0 | 3 | 9 | 3 |
| Arabinosa | 16 | 1 | 9 | 3 | 3 |

toria clínica y se pidieron los análisis de orina para determinar los valores de los morfopéptidos y de los marcadores de la colonización intestinal de levaduras. Se prescribió drenaje con homeospagyria, para desintoxicar al organismo y Algatrium Plus (un suplemento de DHA).

En la segunda visita, en función de los resultados de los análisis de orina de cada sujeto, se prescribió dieta sin gluten y/o sin lácticos y/o tratamiento antifúngico. En las visitas 3^a, 4^a y 5^a se fueron introduciendo gradualmente los otros suplementos dietéticos así como algunos medicamentos de homeospagyria. En la 6^a visita se repitieron los análisis de orina y se volvió a pasar el test CARS. Los padres llevaron un registro semanal de todos los cambios observados, tanto en referencia a la actitud y comportamiento, como a las modificaciones de los síntomas físicos.

Los resultados de los análisis de los 20 sujetos que empezaron el estudio están representados en el esquema y la tabla siguiente.

| Grado de mejoría | Casos |
|--------------------------|-------|
| Mejoran substancialmente | 6 |
| Mejoran moderadamente | 5 |
| No mejoran | 3 |

Descripción de la muestra inicial según la gluteomorfinas, caseomorfinas y la arabinosa.

Un sujeto dio negativo a los tres parámetros y tres dieron positivo a los tres parámetros.

6.2. Evolución clínica (muestra efectiva)

- Después del drenaje.
- Después de la introducción de Al-

gatrium Plus (DHA), uno de los tres sujetos que no habían mejorado con el drenaje, experimenta una mejoría substancial.

- De los 10 sujetos que siguieron el tratamiento antifúngico, 9 mejoran substancialmente y 1 no mejora.
- Con la introducción de los suplementos.

| Evolución | Casos |
|---------------------------------------|-------|
| Agrava y abandona | 1 |
| Se mantiene la mejoría de la 1ª fase | 3 |
| Se mantiene una tendencia a la mejora | 3 |
| Se observa una franca mejoría | 6 |

7. VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS FINALES SEGÚN EL TEST CARS

La eficacia del tratamiento se ha medido comparando las puntuaciones de todos los sujetos de la muestra efectiva en la escala CARS en el tiempo 1 (antes de empezar el tratamiento) i en el tiempo 2 (al acabar el tratamiento). Estas puntuaciones están representadas en la gráfica siguiente:

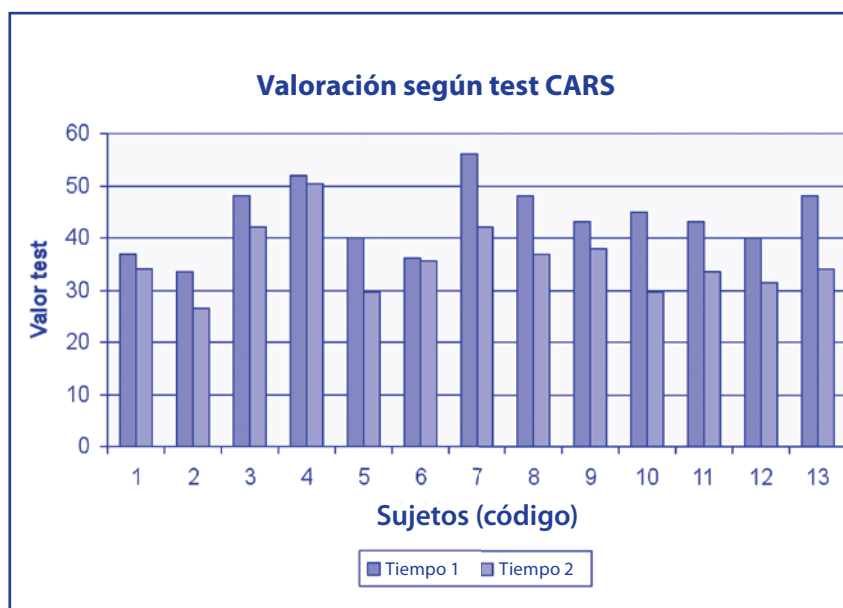
En la gráfica de la página siguiente las líneas discontinuas horizontales indican las tres categorías de autismo: leve, moderado y severo.

- 3 casos saltan dos franjas.
- 4 casos saltan una franja.
- 6 casos mejoran pero no cambian de franja.

8. CONCLUSIÓN

La conclusión es que el tratamiento biológico y dietético propuesto, que se ha seguido durante seis meses, se ha mostrado eficaz para tratar los síntomas autistas.

El conjunto de todos estos resultados avalan la teoría que estamos ante un cambio de paradigma del



concepto de Trastorno del Espectro Autista. Clásicamente se ha considerado el autismo como una disfunción neurológica que se origina y se manifiesta en el cerebro y que únicamente es susceptible de tratamientos que tengan una incidencia directamente en el cerebro. Actualmente, pero, vemos como se puede tratar y mejorar sus síntomas a partir de tratamientos de desintoxicación del organismo, de tratar las colonizaciones intestinales de levaduras y/o otras bacterias, de corregir mediante la dieta y los suplementos los errores metabólicos y de mejorar la función digestiva e inmunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista (2004) "Trastorno del Espectro Autista". Instituto de Investigación de Enfermedades Raras- Instituto de Salud Carlos III. Edición Noviembre 2004.
- 2 Shattock (2005), "Autism as a Metabolic Disorder: Guidelines for Gluten and Casein-free Dietary Intervention". Shattock P, White-

ley P., Todd L. Universitat de Sunderland. Autism Research Unit. UK. 4ª Edició, Juliol 2005

- 3 Wakefield (1998) "Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children" Wakefield AJ., Murch SH, Anthony A, Linell J, Casson DM, Malik M, Berlowitz M, Dillon AP, Thompson MA, Harvey P, Valentine A, Davies SE, Walker-Smith JA.. Lancet 35:637-641, 1998.
- 4 Wakefield (2000) "Enterocolitis in children with developmental disorders" Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Thomson M, Montgomery SM, Davies S, O'Leary JJ, Berelowitz M, Walker-Smith JA.. Am J Gastroenterol 95:2285-2295, 2000.
- 5 Shaw (2006), "Tratamientos biológicos del autismo y TDAH". William Shaw Enero 2006
- 6 Waring (1999) "Iou functioning, autistic children: a pilot study". Waring RH., Alberti A, Pirrone P, Elia M, Romano C, Sulphatation deficit in Biol Psychiatry 1999. Aug 1; 46(3):420-424.

Los peligros de las vacunas de la gripe influenzae y del coronavirus



Autora: Xavier Uriarte

Fecha de elaboración: 4 de julio 2020

Contacto: xavier.uri@gmail.com

Desde el inicio del Decreto de Alarma (15 de marzo 2020) muchas de las consultas que hemos recibido en la Liga para la Libertad de Vacunación se han referido a la obligatoriedad de las vacunas de gripe y de coronavirus y a la idoneidad de la misma.

Este documento quiere ser una pequeña infomación sobre las vacunas de la gripe influenzae y coronavirus.

Fabricación

Desde hace meses los departamentos de investigación de las facultades de medicina, de biología con dinero público y con donaciones privadas y de las empresas farmacéuticas a nivel de España y de la Comunidad Europea trabajan en la elaboración de la vacuna.

Muchos investigadores y altísimas aportaciones económicas están en juego puesto que se han fijado el objetivo de vacunar a un mínimo del 75% de la población planetaria.

En los países donde exista una estructura sanitaria pública de salud la vacunación se implantará a través de la Seguridad Social mientras que en los países sin estructura sanitaria pública se llevará acabo la vacunación mediante las ONG.

Actualmente hay 3 líneas diferentes de investigación de la vacuna coronavirus:

1. Selección de una determinada **proteína** del virus del coronavirus que actúa como antígeno.
2. Creación de un falso (fake) virus o **virus artificial** a través de la manipulación del código genético de un virus natural.
3. Fabricación de una **molécula** que sea reconocida por nuestras células eucariotas, que genere minivirus de imitación y responda creando la infección.

Memoria y Protección de Rebaño

La respuesta entre la población vacunada es y será negativa entre el 20-30% de los vacunados.

En el supuesto caso que la respuesta a la vacuna coronavirus sea positiva su memoria será corta.

La producción de anticuerpos en el mejor de los casos durará de 3-6 meses.

Añadirán sales de aluminio y otros adyuvantes, incrementarán la cantidad de escualeno para alargar la vida media de la memoria de la vacuna si les llegase a interesar.

En los países sin estructura sanitaria utilizarán vacunas de memoria más larga.

En los países con estructura sanitaria aplicarán vacunas anuales de memoria corta y se acompañará separadamente de la vacuna de la gripe A.

Clásicamente se acepta que una vacuna de corta memoria no confiere protección de grupo o de rebaño.

El Nicho Microbiológico y la Interferencia Viral

En nuestros organismos vivos existen millones de virus. Actualmente se conocen en la gripe un mínimo de 200 tipos de virus que se distribuyen en 6 familias: influenzae (A, B, C, D...), coronavirus (1, 2...19...), sincitial, rinovirus, echovirus y adenovirus.

La inoculación de la vacuna coronavirus afecta al medio donde habitualmente viven los virus, bacterias, hongos y protozoos.

Y puede afectar a las células procariontas de diversas maneras:

- Interfiriendo en la vida saprófita del nicho viral activando o desactivando virus de la gripe, de la hepatitis, de la varicela, del dengue, de la inmunodeficiencia, etc.
- Estimulando o anulando el nicho biológico de las bacterias, de los hongos y de los protozoos creando desequilibrios en nuestra microbiota.

Y a las células eucariotas:

- Modificando el ADN y ARN de nuestro cuerpo y generando procesos alérgicos, tumorales, infecciosos y autoinmunes.

Epidemia posvacunal

La vacunación generalizada del coronavirus incrementará la morbilidad y mortalidad por gripe, por alergias, por autoinmunes y por tumores.

En las residencias de la tercera edad aumentará todavía más la mortalidad tras la vacunación.

En la gente más joven, la mortalidad por gripe también crecerá.

En las personas en riesgo aumentarán las complicaciones.

Componentes

Esta vacuna tiene los siguientes componentes:

- Tiomersal 5 microgramos.
- Polisorbato 80 5 miligramos.
- Escualeno 11 mgr.
- Gentamicina.
- Formaldehído.
- B-propiolactona.
- Bromuro.
- Sulfato de bario.
- Sales de aluminio.

Referencia

Ficha CHIROFLUX. Lab. Novartis. Año 2014

Reacciones Adversas a la Vacuna (RAV)

Esta nueva vacuna producirá graves y frecuentes reacciones adversas entre la población.

Si cada 1.000–10.000 puede producir una reacción grave, en los 26 millones de europeos mayores que serán vacunados se producirán anualmente entre 35.000–3.500 personas afectadas.

La Reacciones más conocidas y frecuentes son:

- Reacción Alergia Aguda: choque anafiláctico, asma bronquial, intolerancia digestiva, dermatitis, etc),
- Encefalitis Aguda o Crónica: convulsión, epilepsia, alteración de la conducta, Alzheimer, Parkinson, Guillain- Barré, hemorragia cerebral,
- Accidente cerebrovascular, neuralgia, catalepsia o alteración del sueño, etc
- Síndrome oculorespiratorio: conjuntivitis más alteración respiratoria.
- Alteración autoimmune:renal, pulmonar, neuronal, sanguínea, etc
- Coagulopatías o alteraciones de la coagulación: hemorragia, disminución de la plaquetas o trombocitopenia.
- Seroconversiones positivas: hepatitis, inmunodeficiencia, etc.
- Hiperplasia linfocitaria: linfoma, mononucleosis, etc.

Referencia

Ficha CHIROFLUX. Lab. Novartis. Año 2014.

Mortalidad posvacunal

Las vacunas de la influenza y del coronavirus por lo menos producirán 1 muerte por cada 250.000 personas vacunadas en Europa y en Mundo.

Consideran que se ha de vacunar un mínimo del 75% de la población mayor y o en riesgo.

De los 350 millones de europeos, la población mayor supone un 10%.

El 75% de 35 millones son 26 millones.

La vacunación del coronavirus generará 104 fallecimientos más entre la población.

Referencia

Reacciones Adversas a Medicamentos. Boletín Informativo del centro Farmacovigilancia Madrid. Vol.24, Nº3. Octubre 2017.

redes



Red Española de Tratamiento Homeopático de Efectos Posvacunales

Dr. Jesús Albillo
Tel. 951 033 754
Málaga

Dr. Gerardo Angulo
Tel. 944 234 149
Bilbao

Dr. Pedro Arangüena
Tel. 986 416 321
Vigo

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

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

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

Dra. Carme Fradera
E-mail: homeolot@gmail.com
Olot. Girona

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

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

Dra. Coro Goitia
E-mail: corogoitaispizua@gmail.com
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

Dra. Anna Plà
Tel. 932 458 863
Barcelona

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

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

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

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

Red Española de Información sobre Vacunas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dominguez, Pepi (Comadrona)
E-mail: ecologiayvida2@gmail.com

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

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

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

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

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

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

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

Gómez, Teresa (comadrona)
Sevilla
Tel. 629 560 115
González, Roberto
c/ Félix Latasa, 14 pral. A. 50006
Zaragoza
Tel. 976359538
E-mail: roberto_gonzalez@infonegocio.com

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

Igual, Belén
Paseo del Norte, 26. 28290. Las Matas
Tel. 913690546
E-mail: belen_igual_diaz@hotmail.com
Lérida, Gema (Colaboradora Liga)
Murcia
E-mail: gemalerida@yahoo.es

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EUROPEAN FORUM FOR VACCINES VIGILANCE (EFVV)

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

ALEMANIA

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

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.librevacunación.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 Fernelmont
5020 Champion
E-mail: inforviesaine@pro.tiscali.be
www.inforviesaine.be.tf

BOLIVIA

Hannelore PELLHAMMER
Cochabamba
E-mail: hannepel@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

COSTA RICA

Greta McAlpin
E-mail: greta.mcalpiu@yahoo.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_pesaa@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@aavp.es
Valencia

Afectados por las Vacunas (Familias con hijos afectados por Vacunas)
Jose Antonio Narvéz (Badajoz) y
Federico Apellániz (Málaga)
E-mail:
afectados@afectadosxvacunas.org

Asociación Dolça Revolució
E-mail: lola@dolcarevolucio.cat

Grupo Stop Vacunas
E-mail: luacatala@gmail.com

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)
E-mail: info@alis.asso.fr
www.alis.asso.fr

Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations
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 Simaï. 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

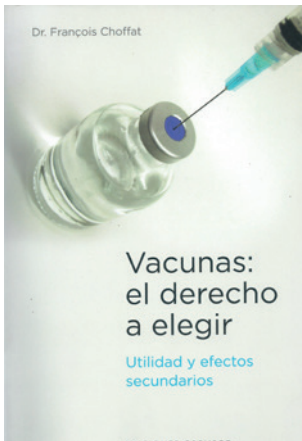
AEGIS Impuls
Postfach 5239
6000 Luzern
E-mail: AEGIS_Schweiz@cs.com
www.aegis.ch

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

URUGUAY

Libertad Sanitaria
Ana Rosengurth
E-mail: ana.rosengurth@gmail.com



Vacunas: el derecho a elegir

Autor: François Choffat (Médico Homeópata. Suiza)

Ediciones Obelisco

Año: 2011

Idioma: castellano

Desde hace años conocido por la Liga a raíz de la creación del Grupo Europeo EFVV siempre ha hecho aportaciones divulgadoras de gran interés.

En este libro el autor intenta dar respuesta a las consultas más frecuentes planteadas por las ciudadanas europeas.



Autisme: Le grand espoir d'en sortir

Autora: Françoise Berthoud (Pediatra Homeópata. Francia)

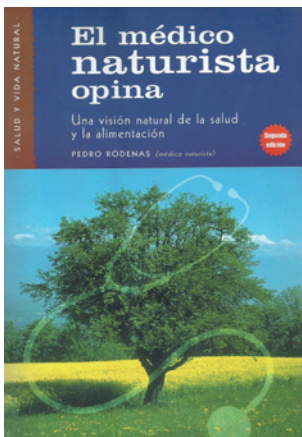
Editions Jouvence

Año: 2016

Idioma: francés

Compañera pediatra suiza que ha dedicado gran parte de su vida a informar sobre el autismo, las vacunas y los cuidados de los niños.

En este libro nos expone las causas medioambientales que inciden en la creación del autismo y presenta propuestas terapéuticas para mejorar la vida de nuestras hijas.



El Médico Naturista Opina

Autor: Pere Ródenas (Médico. Barcelona)

Editorial Oceano / AM/BAR

Año: 2000

Idioma: castellano

Entrañable compañero médico naturista nos presenta en este libro los artículos que ha ido publicando sobre los aspectos diversos de la vida, de la salud y de la enfermedad durante las décadas 1980-1990.

Desde la visión de la *fisis o vis natura medicatrix* nos ofrece una perspectiva cósmica, integral y original.

"Quizás haya personas que todavía creen que, por definición, la ciencia es independiente. Tal vez piensen que los medios de comunicación en general, por profesionalidad, son imparciales. Incluso puede que consideren que la medicina es ajena a las presiones de los laboratorios y en todos los casos se rige por criterios de bondad terapéutica. Pues bien, los hechos demuestran que la realidad no siempre es ésta. Hay suficientes indicios para afirmar que, en la actualidad, la investigación científica no sólo no es siempre neutral, sino que generalmente sigue pautas marcadas por centros económicos y de poder.

Hoy en día la investigación requiere grandes inversiones en recursos que, generalmente, sólo pueden ofrecer las grandes industrias. Éstas lógicamente subvencionan aquellos estudios que favorecen sus intereses. Si el resultado de un estudio propio no les beneficia, simplemente no se publica; si el científico intenta darlo a conocer por ética profesional, pierde la subvención para investigar y el puesto de trabajo; y si en la prensa científica aparece un estudio contrario a sus tesis, ponen en marcha toda su nómina de cerebros para demostrar lo contrario.

Claro que todo esto sucede con la complicidad de los políticos, ya que éstos toman decisiones bajo la presión de las grandes multinacionales.

En numerosas ocasiones los recursos públicos que podrían destinarse a reducir las causas medioambientales y sociales de la enfermedad se suman a esa cuenta sin fondo de la investigación sobre fármacos que, evidentemente, se comercializarán y de los que se beneficiará la industria.

Si reflexionamos y profundizamos en este tema no puede sorprendernos que las cosas funcionan así, puesto que al final de la búsqueda de información encontramos que entidades financieras, medios de comunicación, laboratorios y, en ocasiones, fábricas de armamento, pertenecen al mismo imperio económico. De este modo difícilmente la ciencia puede ser imparcial".

Pere Ródenas.
Médico Naturista. Barcelona

