



Compendio de estudios de expertos para eximir a sus hijos de las vacunas

Primera Parte - Octubre 2024

<https://cienciaysaludnatural.com/compendio-de-estudios-de-expertos-para-eximir-a-sus-hijos-de-las-vacunas/>

Se actualiza Mensualmente

Decargar Gratis desde:

<https://cienciaysaludnatural.com/videolibro>

Información enviada por CFGO

Compendio de estudios de expertos para eximir a sus hijos de las vacunas

Compendio de estudios de expertos para eximir a sus hijos de las vacunas (ESTRUCTURA del DOCUMENTO).....	5
1. Fundamentos para la exención médica a la vacunación guía para padres y médicos.....	9
¿Qué es una exención médica a la vacunación?.....	13
¿Cuáles son las contraindicaciones, advertencias y precauciones y eventos adversos de las vacunas?...	14
Circunstancias médicas que aumentan el riesgo de eventos adversos a las vacunas.....	15
Políticas y procedimientos administrativos sugeridos para los médicos que evalúan a los pacientes para la exención médica a la vacunación.....	30
2. Ninguna vacuna tiene estudios de seguridad como corresponde.....	39
El proceso de aprobación de la vacuna.....	41
El ensayo controlado aleatorio (ECA).....	43
Ensayos clínicos en niños.....	50
¿Cómo se probaron las vacunas programadas?.....	55
Estudios de diferentes vacunas sin placebo real.....	56
Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib).....	58
Referencias.....	74
3. Sobredosis de aluminio en el calendario de vacunación infantil.....	85
Niveles permisibles para un bebé.....	85
La farmacodinámica efectos bioquímicos y fisiológicos, mecanismos de acción y relación entre la concentración del fármaco y el efecto de este sobre un organismo.....	88
ASIA Síndrome autoinmune inflamatorio inducido por adyuvantes.....	91
Las vacunas se administran Durante Synaptogenesis.....	94
Niños más vulnerables.....	95
Adyuvantes de aluminio: neurotóxicos a dosis de vacuna.....	95
Los adyuvantes de aluminio pueden ser transportados al cerebro por los macrófagos.....	102
Referencias.....	108
4. Lista de los graves riesgos de la Vacuna contra Hepatitis B, con estudios para presentar a su médico.....	116

Los datos de seguridad para la licencia de hepatitis B deficientes.....	116
Efectos Adversos.....	117
Es manifiesta la necesidad de evaluar la seguridad de cada vacuna contra la hepatitis B en ensayos clínicos sólidos. La siguiente es una lista de las reacciones adversas post comercialización notificadas que se agregaron al prospecto de Engerix-B porque Merck tenía una “base para creer que existe una relación causal entre el medicamento y la aparición del evento adverso” :.....	117
Sobredosis de Aluminio.....	118
Varios estudios de vacunados versus no vacunados demuestran eventos adversos asociados con la vacuna contra la hepatitis B.....	120
5. DNA de abortos humanos en vacunas infantiles, autismo y disforia de género.....	129
Mutagénesis por inserción y enfermedad inducida por autoinmunidad causada por toxinas residuales fetales y retrovirales humanas en vacunas.....	129
Inquietudes con respecto a las líneas celulares derivadas de seres humanos para la fabricación.....	135
Los contaminantes de la vacuna de ADN fetal tienen el potencial de causar mutagénesis por inserción... 137	
Mutagénesis por inserción y trastornos del espectro autista.....	137
Mutagénesis por inserción y otros trastornos del neurodesarrollo.....	139
Autoinmunidad.....	142
6. Riesgos graves de la vacuna contra Sarampión, Rubeola y Paperas, SRP.....	153
Falta de ensayos clínicos de seguridad de la vacuna SRP.....	154
Convulsiones a causa de la vacuna SRP.....	154
Convulsiones febriles y epilepsia.....	155
Vacuna contra el Sarampión 1 cada 28 chicos con enfermedades crónicas.....	155
Contaminación con ADN de líneas de células de fetos humanos en la vacuna SRP.....	156
Estudios y reacciones adversas en el prospecto de la vacuna SRP.....	158
Sarampión nuevas cepas que la vacuna no protege.....	160
Los Vacunados son capaces de transmitir el sarampión.....	161
Síntesis de los riesgos las vacuna SRP.....	161
Detectaron el virus de la vacuna contra el sarampión en niños entre 100 días y 800 días después de la vacunación.....	163
7. Graves efectos adversos de la Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, VPH.....	166
Placebos inapropiados y comparaciones.....	168
Criterios de inclusión y exclusión inadecuados.....	168
La relación riesgo-beneficio del cáncer de cuello uterino y la vacuna no vale la pena.....	169
Efectos de fertilidad.....	170
La vacuna que nunca debería haber sido autorizada.....	171
Efectos adversos graves en el propio prospecto del Laboratorio fabricante Merck.....	172
Ensayos clínicos, serias dudas sobre el adyuvante de aluminio.....	176
8. Vacuna contra la gripe riesgos graves sin beneficios.....	187
Estas vacunas no son eficientes para prevenir la infección y no detienen la transmisión.....	187
La vacuna de la gripe aumenta en 36% el riesgo de infectarse con Coronavirus.....	189
Riesgo aumentado del 65% de enfermedades respiratorias, no relacionadas con la gripe en los que reciben la vacuna contra la gripe.....	190

Los estudios demuestran que la vacuna contra la gripe no reduce la demanda en los hospitales.....	191
Estudios sobre efectos adversos.....	194
Comparación de riesgos de efectos adversos entre Embarazadas vacunadas Vs. no vacunadas.....	196
Las vacunas durante el embarazo no tienen base científica.....	217
Referencias.....	222
9. Inyección contra Covid grave riesgo en embarazadas y bebés por nacer.....	230
Primeros fracasos de la inyección Covid.....	236
Comparación de riesgos de efectos adversos entre Embarazadas vacunadas Vs. no vacunadas.....	238
Seguridad de la tercera inyección contra el SARS-CoV-2 (dosis de refuerzo) durante el embarazo.....	240
Análisis VAERS de la vacunación COVID-19 en mujeres embarazadas.....	241
Detectan ARNm de inyecciones K0 B1T en la leche materna de madres vacunadas.....	242
Qué ocurre con las nanopartículas lipídicas de la inyección Covid.....	243
Referencias.....	244
10. Las inyecciones Covid no son vacunas son inyecciones de terapia Génica.....	246
La definición de terapia génica.....	247
La definición de vacuna se cambió para engañar al público.....	248
La FDA sabía que las inyecciones COVID eran muy riesgosas.....	249
El análisis de riesgo-beneficio anula las afirmaciones de seguridad.....	249
Cuidado con las futuras inyecciones de ARNm.....	254
Referencias.....	254
10 b. Integración en el genoma humano del código genético de la inyección K0 B1T... 256	
11. Vacuna contra la polio la verdadera Historia.....	260
Parálisis por DDT.....	264
Pesticidas y Parálisis.....	264
Laboratorios Rockefeller y vacunas como fuente de Epidemias.....	267
El desastre de Cutter y otros errores con la vacuna.....	269
Contaminación por virus de mono SV40.....	273
Cambian de nombre a la Parálisis.....	275
Las propias vacunas contra polio son las culpables del aumento del número de casos.....	278
Las vacunas orales contra la poliomielitis pueden causar la transmisión del poliovirus.....	280
La nueva vacuna oral contra el poliovirus también puede mutar.....	282

Compendio de estudios de expertos para eximir a sus hijos de las vacunas (ESTRUCTURA del DOCUMENTO)

30 agosto, 2024 [Calendario Vac, vacunas](https://cienciaysaludnatural.com/category/vacunas/) <https://cienciaysaludnatural.com/category/vacunas/>

Este compendio de estudios de expertos, presenta la suficiente evidencia para que los padres puedan presentar a sus médicos y abogados y prevenir que su hijos sean intoxicados con vacunas o inyecciones génicas que no tienen los suficientes estudios de seguridad como corresponde.

Importante: Cómo evitar la vacunación compulsiva por orden judicial. Para evitar la vacunación compulsiva por orden de un juez de turno, no esperar hasta el día del parto y entrar a discutir con las autoridades del hospital y cuestionar ante ellos la seguridad de las vacunas del calendario, dado que esto generaría represalias inmediatas. Cuando los funcionarios del hospital o gobierno pidan razones, solamente hay que argumentar la necesidad de hacer un estudio genético previo por recomendación médica, con respectiva documentación. La siguiente información es la fundamentación que el abogado necesita para solicitar una exención a las vacunas.

- **1. Fundamentos para la exención médica a la vacunación guía para padres y médicos**
<https://cienciaysaludnatural.com/exencion-medica-a-la-vacunacion-guia-para-padres-y-medicos/>
 - Susceptibilidad genética que puede aumentar el riesgo de eventos adversos de la vacuna
 - ¿Qué es una exención médica a la vacunación?
 - ¿Cuáles son las contraindicaciones, advertencias y precauciones y eventos adversos de las vacunas?
 - Circunstancias médicas que aumentan el riesgo de eventos adversos a las vacunas
 - Políticas y procedimientos administrativos sugeridos para los médicos que evalúan a los pacientes para la exención médica a la vacunación
- **2. Ninguna vacuna tiene estudios de seguridad como corresponde**
<https://cienciaysaludnatural.com/ninguna-vacuna-tiene-estudios-de-seguridad-como-corresponde/>
 - El proceso de aprobación de la vacuna
 - El ensayo controlado aleatorio (ECA)

- Ensayos clínicos en niños
 - ¿Cómo se probaron las vacunas del calendario infantil?
 - Estudios de diferentes vacunas sin placebo real
- **3. Sobredosis de aluminio en el calendario de vacunación infantil**
 - <https://cienciaysaludnatural.com/aluminio/>
 - Niveles permisibles para un bebe
 - La farmacodinámica efectos bioquímicos y fisiológicos, mecanismos de acción
 - ASIA Síndrome autoinmune inflamatorio inducido por adyuvantes
 - Las vacunas se administran Durante Synaptogenesis
 - Niños más vulnerables
 - Adyuvantes de aluminio: neurotóxicos a dosis de vacuna
 - Aluminio inyectado Vs. Aluminio ingerido
 - Los adyuvantes de aluminio pueden ser transportados al cerebro por los macrófagos
 - Error crucial en el documento de la FDA sobre la seguridad del aluminio
- **4. Lista de los graves riesgos de la Vacuna contra Hepatitis B**
 - <https://cienciaysaludnatural.com/lista-de-los-graves-riesgos-de-la-vacuna-contra-hepatitis-b-con-estudios-para-presentar-a-su-medico/>
 - Los datos de seguridad para la licencia de hepatitis B deficientes
 - Efectos Adversos
 - Sobredosis de Aluminio
 - Vacunados versus no vacunados, eventos adversos asociados con la vacuna
- **5. DNA de abortos humanos en vacunas infantiles, autismo y cancer**
 - <https://cienciaysaludnatural.com/dna-de-abortos-humanos-en-vacunas-infantiles-autismo-y-disforia-de-genero/>
 - Mutagénesis por inserción y enfermedad inducida por autoinmunidad
 - líneas celulares derivadas de seres humanos para la fabricación
 - El ADN fetal tienen el potencial de causar mutagénesis por inserción
 - Mutagénesis por inserción y trastornos del espectro autista
 - Mutagénesis por inserción y otros trastornos del neurodesarrollo
 - Autoinmunidad
- **6. Riesgos graves de la vacuna contra Sarampión, Rubeola y Paperas, SRP**
 - <https://cienciaysaludnatural.com/sarampion/>

- Falta de ensayos clínicos de seguridad de la vacuna SRP y control
 - Convulsiones febriles y epilepsia a causa de la vacuna SRP
 - Vacuna contra el Sarampión 1 cada 28 chicos con enfermedades crónicas
 - Contaminación con ADN de líneas de células de fetos humanos en la vacuna SRP
 - Estudios y efectos adversos en el prospecto de la vacuna SRP
 - Sarampión nuevas cepas que la vacuna no protege
 - Los Vacunados son capaces de transmitir el sarampión
 - Detectaron el virus de la vacuna en niños entre 100 días y 800 días después de la vacunación
- **7. Graves efectos adversos de la Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, VPH**
 - <https://cienciaysaludnatural.com/vph/>
 - Estudios con placebos inapropiados
 - Criterios inadecuados de inclusión y exclusión de personas en los ensayos
 - Relación riesgo-beneficio del cáncer de cuello uterino y la vacuna
 - Efectos en la fertilidad
 - Esta vacuna nunca debería haber sido autorizada
 - Efectos adversos graves en el propio prospecto
 - Ensayos clínicos, serias dudas sobre el adyuvante de aluminio
 - Efectos Adversos graves comprobados en diferentes estudios
- **8. Vacuna contra la gripe riesgos graves sin beneficios**
 - <https://cienciaysaludnatural.com/vacuna-contra-la-gripe-riesgos-graves-sin-beneficios/>
 - No es eficiente para prevenir la infección y no detienen la transmisión
 - Aumenta en 36% el riesgo de infectarse con Coronavirus
 - Aumenta en 65% las enfermedades respiratorias, no relacionadas con la gripe
 - No reduce la demanda en los hospitales
 - Lista de estudios que demuestran efectos adversos graves
 - Embarazadas vacunadas y eventos adversos graves en la descendencia
 - Vacunar durante el embarazo no tienen base científica y causa complicaciones
 - Síndrome de Guillain-Barré como efecto adversos conocido, más...
- **9. Inyección contra Covid grave riesgo en embarazadas y bebés por nacer**
 - <https://cienciaysaludnatural.com/embarazadas-y-bebes-en-grave-riesgo-por-las-inyecciones-k0-b1t/>

- (En construcción)
 - Las mujeres embarazadas fueron excluidas de los ensayos clínicos
 - Datos de riesgo grave en los propios prospectos
 - Intervención fraudulenta del CDC
 - Aumento del 4000 % en abortos espontáneos y muertes fetales
 - Primeros fracasos de la inyección Covid
 - EMA admite efectos adversos en la fertilidad femenina
- **10. Las inyecciones Covid no son vacunas son inyecciones de terapia Génica**
 - <https://cienciaysaludnatural.com/las-inyecciones-k0-b1t-no-son-vacunas-son-inyecciones-de-terapia-genica-con-muchos-mayores-riesgos/>
 - (En construcción)
 - Definición de terapia génica
 - La definición de vacuna se cambió para engañar al público
 - La FDA sabía que las inyecciones COVID eran muy riesgosas
 - El análisis de riesgo-beneficio anula las afirmaciones de seguridad
 - Cuidado con las futuras inyecciones de ARNm

Alberto Castro, editor de *cienciaysaludnatural.com* breve explicación sobre este convenio
<https://www.bitchute.com/video/Qou2X6tk1oKS>

- **10 b. Integración en el genoma humano del código genético de la inyección K0 B1T**
<https://cienciaysaludnatural.com/integracion-en-el-genoma-humano-del-codigo-genetico-de-la-inyeccion-k0-b1t/>
- **11. Vacuna contra la polio la verdadera Historia**
<https://cienciaysaludnatural.com/vacuna-contr-la-polio-la-verdadera-historia/>
 Parálisis por DDT
 - Pesticidas y Parálisis
 - Laboratorios y vacunas como fuente de Epidemias
 - El desastre de Cutter y otros errores con la vacuna
 - Contaminación por virus de mono SV40
 - Cambian de nombre a la Parálisis
 - Las propias vacunas contra la polio son las culpables del aumento de número de casos
 - Las vacunas orales contra la poliomiелitis pueden causar la transmisión del poliovirus
 - La nueva vacuna oral contra el poliovirus también puede mutar

1. Fundamentos para la exención médica a la vacunación guía para padres y médicos

<https://cienciaysaludnatural.com/exencion-medica-a-la-vacunacion-guia-para-padres-y-medicos/>

26 octubre, 2023 Calendario Vac, Legales, vacunas

Este artículo se va actualizando constantemente, última actualización agosto 2024

Susceptibilidad genética que puede aumentar el riesgo de eventos adversos de la vacuna

Ciertas personas tienen un mayor riesgo de tener reacciones neurológicas, autoinmunes, alérgicas e inflamatorias únicas a los antígenos y otros ingredientes de las vacunas. Como parte del Programa Nacional de Compensación por Lesiones causadas por Vacunas (VICP, por sus siglas en inglés), establecido en 1986 en EE.UU., se debe identificar a los posibles receptores de vacunas “que podrían tener un riesgo significativamente mayor de sufrir reacciones adversas importantes” a las vacunas,¹⁰ pero siguen sin identificarse porque la población no está siendo examinada de forma eficiente. Ciertas pruebas genéticas e inmunológicas, algunas de las cuales se destacan a continuación, pueden identificar un mayor riesgo de un evento adverso de la vacuna según la susceptibilidad genética o inmunológica personal. Hay datos disponibles y el creciente cuerpo de literatura no puede seguir siendo ignorado.⁸¹⁻⁹⁰

Este compendio de estudios de expertos, presenta la suficiente evidencia para que los padres puedan presentar a sus médicos y abogados y prevenir que su hijos sean intoxicados con vacunas o inyecciones génicas que no tienen los suficientes estudios de seguridad como corresponde.

De acuerdo al Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los EEUU., IOM:

“Tanto las investigaciones epidemiológicas como las mecanicistas sugieren que la mayoría de los individuos que experimentan una reacción adversa a las vacunas tienen una susceptibilidad preexistente. Estas predisposiciones pueden existir por varias razones: variantes genéticas (en el ADN humano o microbioma). Algunas de estas reacciones adversas son específicas de la vacuna en particular, mientras que otras pueden no serlo”. <https://www.nap.edu/read/13164/chapter/5#82>

La práctica de realizar evaluaciones genéticas para determinar la presencia de un mayor riesgo de un evento adverso de la vacuna ha recibido varios términos, incluidos adversómica genética,⁸¹ farmacogenómica,^{82,83} y vaccinómica.⁸⁴ Se ha observado en la literatura médica que varios

polimorfismos genéticos (gene polymorphisms or SNPs) que tienen el potencial de aumentar el riesgo de una reacción adversa a la vacunación, por ejemplo:

- **MTHFR**,⁸⁵ Metilentetrahidrofolato reductasa
- **IRF1**,⁸⁵ El factor regulador de interferón 1
- **ICAM1**,⁸⁶
- **IL4**,⁸⁷ Interleucina-4
- **HLA** - Antígeno leucocitario humano
- **DBR1**,⁸⁸ Lariats 1 de ARN desramificante
- **HLA-DQB1**,⁸⁸ El complejo principal de histocompatibilidad, clase II, DQ beta 1
- **SCN1A**,^{89,90}

Estas variantes genéticas aumentan el riesgo de la vacuna. Se debería hacer un estudio genético antes de vacunar a un bebe, se sabe que el 30% de la población sufre la mutación **MTHFR**, por ejemplo y el calendario escolar tiene sobredosis de aluminio que es tóxico para las **mitocondrias**. Un médico puede optar por realizar una evaluación genética para un paciente y, para aquellos con una o más variantes genéticas que actualmente se sabe que aumentan el riesgo de un evento adverso de la vacuna en comparación con la población general, puede seguir el principio de precaución y emitir una exención médica. Pocos médicos están enterados de estos graves riesgos.

Los genes candidatos que se observa que tienen la asociación más fuerte con los eventos adversos después de la vacunación incluyen un gen del metabolismo previamente asociado con reacciones adversas a una variedad de agentes farmacológicos, **MTHFR**, y un factor de transcripción inmunológico, el gen **IRF1**. Los resultados estadísticos de la literatura médica tienen una gran plausibilidad biológica y están de acuerdo con trabajos previos sobre la respuesta inmune a los poxvirus.⁸⁵

Los polimorfismos genéticos relacionados con la regulación inadecuada de la expresión de **IL4** y/o la actividad de la citoquina **IL-4** podrían estar asociados con una función cerebral alterada que conduce al desarrollo de eventos adversos, EA clínicos.⁸⁷



Resumen de la entrevista del periodista Pedro Moreno de [informemonos.despertemonos](https://www.instagram.com/informemonos.despertemonos) (instagram) con el testimonio de Julia Behotats cuya beba fue vacunada compulsivamente por orden judicial en el hospital regional de Comodoro Rivadavia, cuando tenia un diagnostico médico de no vacunar, le aplicaron 5 vacunas, compulsivamente!

<https://www.bitchute.com/video/SUnljZwloCnU/>

Los médicos deben ser conscientes de que, en determinadas personas, las vacunas pueden desencadenar manifestaciones autoinmunes graves y potencialmente incapacitantes e incluso mortales. Estas reacciones se asocian con mayor frecuencia con la clase de genes HLA. Las personas que portan ciertos perfiles genéticos tienen un mayor riesgo.^{16,88}

Nos referimos a las siguientes vacunas del Calendario Nacional de Vacunación de Argentina

Vacunas Edad															
	BCG (1)	Hepatitis B	Neumococo Conjugada 13 valente (2)	Quintuple o Pentavalente (3)	IPV (4)	Rotavirus	Meningococo ACYW	Antigripal	Hepatitis A	Triple Viral (5)	Varicela	Triple Bacteriana Celular (6)	Triple Bacteriana Acelular (7)	Virus Papiloma Humano	
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)													
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis	1º dosis (D)									
3 meses							1º dosis								
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis	2º dosis (E)									
5 meses							2º dosis								
6 meses				3º dosis	3º dosis										
12 meses			refuerzo					dosis anual (F)	única dosis	1º dosis					
15 meses							refuerzo				1º dosis				
15-18 meses				1º refuerzo											
18 meses															
24 meses															
5 años					1º refuerzo				2º dosis	2º dosis	2º refuerzo				
11 años							única dosis	dosis					refuerzo	única dosis (M)	

<https://www.gba.gov.ar/vacunacion/> – <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas> – Los prospectos completos solo estan en inglés aqui: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/vaccines-licensed-use-united-states>

Antígenos leucocitarios humanos

Los antígenos leucocitarios humanos (HLA, por sus siglas en inglés) son proteínas que ayudan al sistema inmunitario del cuerpo a diferenciar entre sus propias células y sustancias extrañas y dañinas. Estos antígenos son producidos a partir de las instrucciones de genes heredados. “La presencia del alelo A2 del HLA clase I puede provocar una intensa activación de las células T citotóxicas y la presentación de vacunas/autopéptidos a las células inmunitarias. Si hay alelos/haplotipos de susceptibilidad autoinmune HLA que controlan otros componentes de la respuesta inmunitaria, la probabilidad de que estos activen células inmunitarias con reacción cruzada es elevada; las células, sus secreciones inflamatorias y/o autoanticuerpos pueden iniciar eventos adversos que reflejen esas susceptibilidades”.⁸⁸

La situación con los genes HLA tiene muchos matices porque la falta de *HLA-DRB1*13* se asocia con no responder a la vacuna, pero la presencia de *HLA-DRB1*07* también lo hace.⁷² Ser una persona que no responde a la vacuna no se trata de calcular el riesgo de EA, sino de poder evaluar el riesgo versus el beneficio de una vacuna propuesta.

Las variantes genéticas de *IFI44L*, *CD46*, *SCN1A*, *SCN2A* y *ANO3* están relacionadas con la actividad convulsiva después de la vacuna SRP o MMR.⁸⁹ **El riesgo de desarrollar convulsiones febriles por la vacuna SRP, o MMR es cinco veces mayor que el riesgo de desarrollar convulsiones febriles por el propio sarampión;** Se estima que hay 5.700 convulsiones febriles inducidas por MMR cada año en los Estados Unidos.⁸ Y una parte de las convulsiones febriles tiene

secuelas permanentes, como se muestra, por ejemplo, en un gran estudio epidemiológico de 2007 que encontró que el 5% de las convulsiones febriles resultaron en epilepsia. ^{6,8}

Cualquier duda consultar con preguntas de acuerdo a lo que ha leído y señalar bien claro en qué página y en qué lugar está la cuestión a la que hace referencia, mandar mail [click aqui](#)

Exención médica a la vacunación guía para padres y médicos

Muchos padres, madres, médicos y profesionales de la salud no han recibido capacitación ni experiencia sobre cómo evaluar a un paciente para detectar un mayor riesgo de efectos secundarios de la vacuna, más allá de las contraindicaciones generales reconocidas por los CDC. El objetivo de esta presentación es llenar el vacío de conocimiento en la capacitación de los médicos para evaluar a un paciente para obtener una exención médica de la vacunación.

1. Es importante comprender la diferencia entre las advertencias, precauciones y contraindicaciones de las vacunas y la definición médico-legal de exención médica.
2. Entender las advertencias y precauciones sobre las vacunas descritas en los prospectos de las vacunas, las contraindicaciones y precauciones reconocidas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de EE.UU., las lesiones por vacunas enumeradas en la Tabla de lesiones por vacunas del Programa Nacional de Compensación por Lesiones por Vacunas (VICP) de EE.UU., y otros eventos adversos de vacunas conocidos y emergentes. ¹⁻³
3. Reconocer problemas médicos actuales, antecedentes médicos personales, antecedentes médicos familiares y otras circunstancias que puedan aumentar el riesgo de eventos adversos de las vacunas.
4. Es fundamental considerar los procedimientos administrativos y las mejores prácticas involucradas al redactar una exención médica.
5. Los prospectos para ver las contraindicaciones y eventos adversos de vacunas completos, solo están en inglés aquí:

<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/vaccines-licensed-use-united-states>

El **Art. 7° Ley 27491** dice: Las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación, las recomendadas por la autoridad sanitaria para grupos en riesgo **y las indicadas en una situación de emergencia epidemiológica, son obligatorias para todos los habitantes del país conforme a los lineamientos que establezca la autoridad de aplicación.**⁴

Como las exenciones por creencias personales y religiosas ya no están disponibles para los padres que tienen preocupaciones particulares sobre la seguridad de una vacuna para sus hijos, la ley desencadenó un rápido aumento en las solicitudes de médicos para evaluar a niños potencialmente en riesgo para exenciones médicas. ⁵ En California EE.UU., una ley similar reveló que hay una población de niños con enfermedades crónicas cuyos padres han ejercido previamente una exención por creencias personales para asistir a la escuela, ya que eso era todo lo que se requería antes de que la

ley californiana SB277 se promulgara como ley de California.

Esta ley SB277 enfatiza la necesidad de que los médicos comprendan la ciencia de las exenciones médicas a la vacunación. La mayoría de los médicos entienden que el riesgo de un efecto secundario de la vacuna siempre debe sopesarse frente al riesgo (p. ej., gravedad y frecuencia de aparición) de la enfermedad infecciosa correspondiente, ya que la vacunación pretende ser un procedimiento médico preventivo.

Se ha medido que el riesgo de convulsiones por la triple vírica, SRP (vacuna contra Sarampión, Rubeola y Paperas, MMR, en inglés) es de 1 en 641, aproximadamente 5 veces mayor que el riesgo de convulsiones por sarampión.^{8,17} Además, los estudios muestran que las **condiciones médicas preexistentes elevan significativamente el riesgo de sufrir una reacción adversa a la triple vírica. El riesgo de convulsiones por or la triple vírica, SRP en hermanos de niños con antecedentes de convulsiones febriles es de 1 en 252**, y el riesgo de convulsiones por SRP en niños con antecedentes personales de convulsiones febriles es de 1 en 51.^{8,17}

¿Qué es una exención médica a la vacunación?

Una exención médica a la vacunación es un documento médico-legal que se requiere específicamente para la asistencia a la escuela cuando un paciente tiene un mayor riesgo de sufrir daños por cualquier vacuna exigida por el estado. Es importante reconocer que **una exención médica debe basarse en una o más cuestiones médicas, como contraindicaciones, precauciones, advertencias o riesgo percibido de un evento adverso desde el punto de vista del médico.**

En algunos estados de EE.UU. , una exención médica debe basarse en contraindicaciones específicas o en un estándar determinado por el estado. Mientras que en otros estados, una exención médica no se limita a contraindicaciones o pautas determinadas por el estado, sino que se basa en la recomendación profesional de un médico de eximir a un niño de la vacunación para asistir a la escuela por razones médicas.

En California, por ejemplo, una exención médica es “una declaración escrita de un médico autorizado en el sentido de que la condición física del niño es tal, o las circunstancias médicas relacionadas con el niño son tales, que la vacunación no se considera segura”.⁴ Así, en California, la ley permite a los médicos autorizados hacer recomendaciones individualizadas y actualizadas para niños en riesgo, después de sopesar los beneficios versus los riesgos de una vacuna.

Las implicaciones éticas de exigir una exención médica, como por ejemplo para asistir a la escuela, están más allá del alcance de esta presentación. También está más allá del alcance de esta presentación el debate/conversación mundial sobre vacunas entre profesionales médicos que comparan, por ejemplo, los beneficios de la inmunidad adquirida naturalmente de por vida versus la inmunidad temporal basada en productos farmacéuticos.⁴⁶

La noción de un calendario de vacunación único para todos también ha sido objeto de escrutinio

recientemente como ciencia potencialmente obsoleta debido a la variedad conocida y desconocida de respuestas del sistema inmunológico entre diversos individuos. ⁹²

¿Cuáles son las contraindicaciones, advertencias y precauciones y eventos adversos de las vacunas?

Según la definición de los CDC, **una contraindicación de vacuna** es una condición que “aumenta el riesgo de una reacción adversa grave” y, cuando dicha condición está presente, no se debe administrar una vacuna. ² Por ejemplo, una contraindicación para cualquier vacuna es **una reacción alérgica grave a una dosis anterior o hipersensibilidad a un componente de la vacuna**.

Los CDC definen las **precauciones** contra las vacunas como condiciones que “podrían aumentar el riesgo de una reacción adversa grave, podrían causar confusión en el diagnóstico o podrían comprometer la capacidad de la vacuna para producir inmunidad” y, por lo tanto, cuando estén presentes, también deberían causar un aplazamiento de la administración de la vacuna. ²

Los CDC explican: «En general, las vacunas deben posponerse cuando existe una precaución». Aunque se considera que el riesgo de que se produzca una reacción adversa grave en presencia de una precaución es menor que en presencia de una contraindicación, la recomendación de vacunar o no en presencia de una precaución “debe decidirse caso por caso”, por el médico. ² Esto último requiere sopesar la necesidad o urgencia de administrar la vacuna (por ejemplo, la inminencia de un brote o la gravedad de la enfermedad) frente a la gravedad de un posible efecto secundario de la vacuna. Por ejemplo, **una precaución para administrar cualquier vacuna es una “enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre”**. ²

En algunos casos, los prospectos de los fabricantes de medicamentos identifican ciertas condiciones como contraindicaciones, aunque los CDC las consideran precauciones. Además, los prospectos incluyen advertencias sobre la vacunación: situaciones en las que se debe tener “la debida precaución” al determinar si es apropiado administrar una vacuna. ¹

Los eventos adversos de las vacunas (EA) son efectos secundarios o complicaciones de salud que ocurren después de la vacunación. Los eventos adversos de las vacunas (EA) se identifican durante los ensayos clínicos y la vigilancia poscomercialización y generalmente se enumeran en prospecto en orden decreciente de gravedad. Por ejemplo, el **prospecto de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SRP o MMR en inglés)** enumera:

- paniculitis,
- vasculitis,
- pancreatitis,
- diabetes mellitus,
- trombocitopenia,
- anafilaxia, artritis,
- encefalitis y

- neumonía entre los EA más graves. ⁷

Otras reacciones adversas graves incluyen:

- sordera,
- convulsiones prolongadas,
- coma,
- disminución del conocimiento,
- daño cerebral permanente y muerte. ^{7,8}

Además, la Tabla de lesiones por vacunas enumera eventos adversos específicos, incluidas las muertes, a los que el Programa de Compensación por Lesiones por Vacunas (VICP) otorga compensación. ³ En particular, si se produce un evento adverso, EA incluido en la tabla de lesiones por vacunas o una contraindicación incluida en el prospecto del fabricante de una vacuna, los proveedores de atención médica están obligados por ley a informarlo al Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas (VAERS). ⁹ Lamentablemente pocos informan y en varios países el sistema no funciona como el de Argentina (ESAVI).

Tanto el VICP como el VAERS fueron promulgados por la Ley Nacional de Lesiones por Vacunas Infantiles de 1986 con el fin de proporcionar una alternativa sin culpa a los fabricantes de vacunas. Era plena época del apogeo de las armas biológicas y necesitaban usar las vacunas como pretexto para justificar ante el público el enorme presupuesto para la investigación y desarrollo de armas biológicas. También para resolver reclamaciones por lesiones o muerte por vacunas; y realizar una vigilancia pasiva de los eventos adversos que ocurran después de la vacunación, respectivamente. ¹⁰

Con esta ley los proveedores de atención médica y los fabricantes de vacunas no son responsables de los daños causados por las vacunas que producen o administran. Y, en general, las reclamaciones por lesiones del VICP deben presentarse “dentro de los tres años posteriores al primer síntoma o manifestación de aparición o del agravamiento significativo de la lesión”, y dentro de los dos años si la vacunación provocó la muerte. ¹¹

Las contraindicaciones, advertencias y precauciones de las vacunas seleccionadas y los eventos adversos se tabulan en la Tabla 1 que se proporciona con esta presentación a más adelante.

Circunstancias médicas que aumentan el riesgo de eventos adversos a las vacunas

Al evaluar a un paciente para obtener una exención médica de la vacunación, es importante que el médico considere las circunstancias médicas que aumentan el riesgo de eventos adversos de la vacuna.

Consideraciones principales

Si un paciente experimenta actualmente alguna de las siguientes condiciones, se puede indicar una exención médica durante varios meses o más, hasta que se resuelva el problema:

- Cualquier enfermedad aguda moderada o grave, con o sin fiebre (Ver Tabla 1)
- Trastorno neurológico progresivo, hasta que se establezca un régimen de tratamiento y la afección se haya estabilizado; figura como precaución en el prospecto de DTaP (Difteria, Tétano y Pertusis acelular) y en la lista de precauciones de los CDC (consulte la Tabla 1)
- Lesión cerebral o trastorno convulsivo: figura como contraindicación en el prospecto de la SRP (MMR en inglés) y en la lista de precauciones de los CDC. (Ver Tabla 1)
- Estados de inmunodeficiencia grave: enumerados como contraindicaciones en los prospectos de las vacunas de virus vivos y en la lista de contraindicaciones de los CDC. (Ver Tabla 1)
- Prematuridad en los primeros meses: algunos prospectos advierten sobre el riesgo de apnea y otros eventos potencialmente mortales después de inyecciones intramusculares en bebés prematuros (consulte la Tabla 1).
- Retraso o regresión del desarrollo ¹²

En la práctica, la condición médica actual de un paciente podría deteriorarse en respuesta a la vacunación. El médico debe sopesar la probabilidad y las consecuencias del empeoramiento de la condición médica del paciente debido a la vacunación frente a la probabilidad de adquirir e incurrir en daños permanentes debido a la(s) enfermedad(es) infecciosa(s) correspondiente(s).

Ya hay más de 100 estudios que demuestran los vacunados tienen mayor probabilidad de enfermedades crónicas que los no vacunados

Historial médico personal

Si el historial médico de un paciente incluye cualquiera de los siguientes, se puede indicar una exención médica:

- Historial de eventos adversos de vacunas anteriores (consulte la Tabla 1)
- Alergia al látex: incluida como precaución en algunos IP (consulte la Tabla 1)
- Alergia al huevo de leve a moderada (no anafiláctica): incluida como precaución en el IP de las vacunas triple vírica y contra la influenza (consulte la Tabla 1)
- Antecedentes de trastorno convulsivo ahora resueltos: figuran como advertencia en el IP de la vacuna MMR (consulte la Tabla 1)
- Historial de regresión significativa del desarrollo neurológico que requiere terapia extensa para resolverse (consulte la Tabla 1)
- Historia de trastorno inflamatorio intestinal ^{14, 15}
- Antecedentes de trombocitopenia: enumerados como advertencia en el prospecto de la vacuna SRP o MMR (consulte la Tabla 1)
- Historia de inmunodeficiencia grave (ver Tabla 1)
- Historia de intususcepción, inicio súbito de dolor abdominal cólico importante que reaparece

cada 15-20 minutos, a menudo con vómitos (ver Tabla 1)

- Historial de recepción de productos sanguíneos que contienen anticuerpos en los últimos 11 meses ²

El médico debe considerar la posibilidad de que una afección médica pueda verse exacerbada como un evento adverso a la vacunación, ^{14,16,17} y sopesarla con la probabilidad de adquirir e incurrir en daños debido a la(s) enfermedad(es) infecciosa(s) correspondiente(s).

Tabla 1: Contraindicaciones, advertencias y precauciones seleccionadas de las vacunas y eventos adversos que deberían ser compensados ¹⁻³

<u>Vacuna</u>	<u>Contraindicaciones</u>	<u>Advertencias y precauciones</u>	<u>Eventos adversos</u> del Programa de Compensación por Lesiones por Vacunas (VICP) EE.UU.
La mayoría de las vacunas	Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis anterior o hipersensibilidad a un componente de la vacuna	Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre.	Anafilaxia, Lesión del hombro relacionada con la vacunación Síncope vasovagal que es una forma de pérdida de la conciencia
Vacuna contra la polio inactivada ^o	Antecedentes de hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna, incluidos 2-fenoxietanol, formaldehído, neomicina, estreptomina y polimixina B.	Embarazo Los pacientes inmunodeficientes o bajo terapia inmunosupresora pueden no desarrollar una respuesta inmune protectora contra la poliomielitis paralítica después de la administración de IPV.	Anafilaxia Lesión del hombro relacionada con la vacunación Síncope vasovagal, que es una forma de pérdida de la conciencia

<p>Influenza (inactivada) ^p</p>	<p>Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de vacuna contra la influenza, a la proteína del huevo u otro componente de la vacuna</p>	<p>Síndrome de Guillain-Barré <6 semanas después de la dosis previa de vacuna que contiene toxoide tetánico, Advertencia de síncope, Alergia al huevo distinta de la urticaria, por ejemplo, angioedema, dificultad respiratoria, aturdimiento, vómito recurrente; o requirió epinefrina u otra intervención médica de emergencia (la IIV se puede administrar en un entorno médico para pacientes hospitalizados o ambulatorios y bajo la supervisión de un proveedor de atención médica que sea capaz de reconocer y controlar afecciones alérgicas graves) ²</p>	<p>Síndrome de Guillain-Barré, Anafilaxia, Lesión del hombro relacionada con la vacunación, Síncope vasovagal, que es una forma de pérdida de la conciencia</p>
---	---	---	---

<p>Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP) a,b,c,d,e</p>	<p>Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas), no atribuible a otra causa identificable, dentro de los 7 días posteriores a la administración de una dosis anterior de DTP o DTaP. Trastornos neurológicos progresivos. Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico, toxoide tetánico o tos ferina, o cualquier componente de la vacuna Reacción alérgica grave a cualquier componente, incluidas la neomicina y la polimixina ^b</p>	<p>Temperatura de $\geq 40.5^{\circ}\text{C}$ ($\geq 105^{\circ}\text{F}$) dentro de las 48 horas posteriores a la vacunación con una dosis previa de una vacuna que contenga tos ferina. Colapso o estado similar al shock (es decir, episodio hipotónico-hiporreactivo) dentro de las 48 horas posteriores a recibir una dosis previa de una vacuna que contiene tos ferina. Convulsiones ≤ 3 días después de recibir una dosis anterior de una vacuna que contiene tos ferina. Llanto persistente e inconsolable que dura ≥ 3 horas dentro de las 48 horas posteriores a recibir una dosis anterior de una vacuna que contiene tos ferina. Síndrome de Guillain-Barré (SGB) < 6 semanas después de la dosis previa de vacuna que contiene toxoide tetánico. Historia de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus. ² Trastorno neurológico progresivo, incluidos espasmos infantiles, epilepsia no controlada, encefalopatía progresiva. Bebés prematuros (debido al riesgo de apnea con vacunas intramusculares). Sensibilidad al látex a, ^{b,c} Las personas inmunocomprometidas pueden tener una respuesta disminuida ^{d,e}</p>	<p>Encefalopatía o encefalitis Neuritis braquial Anafilaxis Lesión del hombro relacionada con la vacunación Síncope vasovagal</p>
---	---	--	---

<p>Haemophilus influenzae tipo b (Hib) f,g,h</p>	<p>Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier vacuna que contenga toxoide tetánico o <i>H. influenzae tipo b</i> o cualquier componente de la vacuna ^{f,g} . Hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna ^{f,g} o diluyente ^h</p>	<p>Sensibilidad al látex ^h. Se debe tener especial cuidado para garantizar que la inyección no entre en un vaso sanguíneo ^h. Guillain-Barré syndrome <6 semanas después de la dosis anterior de vacuna que contiene toxoide tetánico f,g . Bebés prematuros: riesgo de apnea con vacunas intramusculares ^g. Advertencia de síncope ^h No se ha evaluado la seguridad y eficacia en niños inmunodeprimidos ^g Las personas inmunocomprometidas pueden tener una respuesta disminuida ^{f,h} Pueden ocurrir casos de enfermedad por Hib en la semana posterior a la vacunación, antes del inicio de los efectos protectores de las vacunas ^h</p>	<p>Lesión en el hombro relacionada con la vacunación Síncope vasovagal</p>
---	--	--	--

<p>Hepatitis A ⁱ</p>	<p>Antecedentes de reacciones alérgicas o de hipersensibilidad inmediatas y/o graves (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier vacuna contra la hepatitis A o con una reacción anafiláctica a la neomicina</p>	<p>Sensibilidad al látex. La vacunación puede no prevenir la infección por hepatitis A en personas que tienen una infección por hepatitis A no reconocida en el momento de la vacunación. Las personas inmunocomprometidas pueden tener una respuesta disminuida.</p>	<p>Lesión en el hombro relacionada con la vacunación Síncope vasovagal</p>
--	--	---	--

<p>Hepatitis B ^{j,k,l}</p>	<p>Reacciones alérgicas o de hipersensibilidad graves (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de cualquier vacuna que contenga hepatitis B o a cualquier componente de la vacuna, incluida la levadura. ^{j,k,l} Hipersensibilidad a la levadura ^{j,k,l}</p>	<p>Sensibilidad al látex ^{j,k} Advertencia de síncope ^k Bebés prematuros: riesgo de apnea con vacunas intramusculares ^{j,k} La vacunación puede no prevenir la infección por hepatitis A o hepatitis B en personas que tienen una infección por hepatitis A o hepatitis B no reconocida en el momento de la vacunación ^{j, k,l} Personas inmunocomprometidas: respuesta disminuida ^{k,l}</p>	<p>Anafilaxia Lesión del hombro relacionada con la vacunación Síncope vasovagal</p>
<p>Virus del Papiloma Humano (VPH) ^{m,n}</p>	<p>Hipersensibilidad, incluidas reacciones alérgicas graves a la levadura ^m (un componente de la vacuna) o después de una dosis previa ^{m,n}</p>	<p>Embarazo ⁿ Síncope, a veces asociado con movimientos tónico-clónicos y otras actividades similares a convulsiones ^{m,n} Sensibilidad al látex ⁿ</p>	<p>Anafilaxia Lesión del hombro relacionada con la vacunación Síncope vasovagal</p>

<p>Influenza (viva, intranasal) ^q</p>	<p>Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de la vacuna contra la influenza, a la proteína del huevo u otro componente de la vacuna. Uso concomitante de aspirina o medicamentos que contienen aspirina en niños y adolescentes. No debe administrarse a personas que hayan tomado medicamentos antivirales contra la influenza dentro del 48 horas anteriores Embarazo ²</p>	<p>Síndrome de Guillain-Barré <6 semanas después de una dosis previa de vacuna contra la influenza. Asma en personas de 5 años o más. Los niños menores de 5 años con sibilancias recurrentes y las personas de cualquier edad con asma pueden tener un mayor riesgo de tener sibilancias. Condiciones médicas que podrían predisponer a mayor riesgo de complicaciones atribuibles a la influenza. La eficacia no se ha estudiado en personas inmunocomprometidas. Puede no proteger a todas las personas que reciben la vacuna</p>	<p>Síndrome de Guillain-Barré Anafilaxia Síncope vasovagal</p>
---	--	---	--

<p>Sarampión, paperas y rubéola (MMR) ^r</p>	<p>Antecedentes de anafilaxia a la neomicina. Hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna, incluida la gelatina. Estados de inmunodeficiencia. Terapia inmunosupresora. Enfermedad febril (>101,3 °F o 38,5 °C). Embarazo. Antecedentes familiares de inmunodeficiencia congénita o hereditaria. Un padre, hermano o hermana con antecedentes de problemas del sistema inmunológico ⁴²</p>	<p>Historia personal o familiar de convulsiones febriles. Historia personal o familiar de lesión cerebral. Historia de anafilaxia o hipersensibilidad a los huevos. Trombocitopenia. Historia de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica. Recibo reciente (≤ 11 meses) de un hemoderivado que contiene anticuerpos (el intervalo específico depende del producto) ². Necesidad para pruebas cutáneas de tuberculina o prueba de liberación de interferón gamma (IGRA) ²</p> <p>Cualquier otra vacuna en las últimas 4 semanas. ⁴²</p>	<p>Encefalopatía o encefalitis, Artritis crónica, Enfermedad viral del sarampión por cepa de vacuna en un receptor inmunodeficiente, Púrpura, trombocitopénica, Anafilaxis Lesión en el hombro relacionada con la vacunación Síncope vasovagal</p>
---	---	---	--

<p>Sarampión, paperas, rubéola y varicela (MMRV)</p>	<p>Antecedentes de anafilaxia a la neomicina. Hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna, incluida la gelatina. Estados de inmunodeficiencia. Terapia inmunosupresora. Tuberculosis activa no tratada Enfermedad febril (>101,3 °F o 38,5 °C). Embarazo. Antecedentes familiares de inmunodeficiencia congénita o hereditaria. Un padre, hermano o hermana con un historial de problemas del sistema inmunológico. ⁴²</p>	<p>Historia personal o familiar de convulsiones febriles. Historia personal o familiar de lesión cerebral. Historia de anafilaxia o hipersensibilidad a los huevos Trombocitopenia. No se ha establecido la seguridad y eficacia para su uso después de la exposición al sarampión, las paperas, la rubéola o la varicela.</p> <p>Cualquier otra vacuna en las últimas 4 semanas. ⁴²</p>	<p>Encefalopatía o encefalitis. Artritis crónica. Enfermedad viral del sarampión por cepa de vacuna en un receptor inmunodeficiente. Púrpura trombocitopénica. Anafilaxis. Lesión en el hombro relacionada con la vacunación. Síncopa vasovagal</p>
<p>Meningococo ^{t,u,v,w}</p>	<p>Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa o de cualquier componente de esta vacuna, o de cualquier otra vacuna que contenga CRM197, toxoide diftérico o meningococo ^{t,u}</p>	<p>Los bebés prematuros pueden experimentar apnea ^t Síndrome de Guillain-Barré ^{t,u} Sensibilidad al látex ^{v,w}</p> <p>No se han evaluado la inmunocompetencia alterada, la seguridad y la eficacia en personas inmunocomprometidas ^{t,v,w}</p> <p>La inmunocompetencia alterada, la terapia inmunosupresora, pueden haber reducido las respuestas inmunes ^{u,v,w}</p>	<p>Anafilaxia Lesión del hombro relacionada con la vacunación. Síncopa vasovagal</p>

<p>Neumococo ^{x,y}</p>	<p>Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis previa de PCV13 o cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico o a un componente de una vacuna (PCV13 o cualquier vacuna que contenga toxoide diftérico) 2, ^x</p>	<p>Se ha observado apnea después de la vacunación intramuscular en algunos bebés nacidos prematuramente ^x. Individuos con inmunocompetencia alterada, incluidos aquellos con mayor riesgo de enfermedad neumocócica invasiva (p. ej., personas con disfunción esplénica congénita o adquirida, infección por VIH, cáncer, trasplante de células madre hematopoyéticas, síndrome nefrótico), pueden tener respuestas de anticuerpos reducidas a la inmunización ^x. Personas con función cardiovascular o pulmonar gravemente comprometida y Personas con pérdida crónica de líquido cefalorraquídeo y Personas inmunocomprometidas pueden tener una respuesta disminuida ^y</p>	<p>Lesión en el hombro relacionada con la vacunación. Síncope vasovagal</p>
--	--	---	---

<p>Rotavirus ^z</p>	<p>Inmunodeficiencia combinada grave (SCID) Historia de intususcepción Historia de malformación congénita no corregida del tracto gastrointestinal que predispondría a la invaginación intestinal</p>	<p>Inmunocompetencia alterada distinta de SCID (p. ej., VIH/SIDA). Retrasar la administración en bebés que sufren de diarrea aguda o vómitos. Enfermedad gastrointestinal crónica ^{2,z} . Espina bífida o extrofia de la vejiga ² . Sensibilidad al látex. No se ha establecido la seguridad y eficacia en bebés con inmunodeficiencias primarias o secundarias conocidas.</p> <p>No se ha evaluado la seguridad y eficacia de ROTARIX cuando se administra después de la exposición al rotavirus. La eliminación del rotavirus en las heces se produce después de la vacunación y la excreción máxima se produce alrededor del día 7 después de la dosis 1.</p>	<p>Intususcepción</p>
--------------------------------------	---	--	-----------------------

<p>Tétanos, difteria y tos ferina (Tdap) aa</p>	<p>Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis anterior o a un componente de la vacuna.</p> <p>Encefalopatía (p. ej., coma, disminución del nivel de conciencia, convulsiones prolongadas), no atribuible a otra causa identificable, dentro de los 7 días posteriores a la administración de la dosis anterior de DTP, DTaP o Tdap 2</p>	<p>Síndrome de Guillain-Barré, SGB <6 semanas después de una dosis previa de vacuna que contiene toxoide tetánico.</p> <p>Trastorno neurológico progresivo o inestable, convulsiones incontroladas o encefalopatía progresiva ² .</p> <p>Antecedentes de reacciones de hipersensibilidad tipo Arthus después de una dosis previa de vacuna que contiene toxoide diftérico o toxoide tetánico.</p> <p>Sensibilidad al látex.</p> <p>Si la vacuna se administra a personas inmunocomprometidas, incluidas personas que reciben terapia inmunosupresora, es posible que no se obtenga la respuesta inmunitaria esperada.</p>	<p>Encefalopatía o encefalitis.</p> <p>Neuritis braquial.</p> <p>Anafilaxia.</p> <p>Lesión del hombro relacionada con la vacunación.</p> <p>Síncope vasovagal</p>
--	---	---	---

<p>Varicela ^{bb}</p>	<p>Reacción alérgica grave (p. ej., anafilaxia) después de una dosis anterior o a un componente de la vacuna que incluye neomicina y gelatina.</p> <p>Cualquier enfermedad febril o infección activa. Tuberculosis activa no tratada. Embarazo ^{2,bb}</p> <p>Antecedentes familiares de inmunocompetencia alterada ^{2,bb} . Un padre, hermano o hermana con antecedentes de problemas del sistema inmunológico ⁴² . No se deben administrar inmunoglobulinas concomitantemente.</p> <p>Transfusiones de sangre o plasma, o administración de inmunoglobulina(s)</p>	<p>Recibo reciente (≤ 11 meses) de un producto sanguíneo que contiene anticuerpos ^{2,bb}.</p> <p>Recepción de medicamentos antivirales específicos (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) 24 horas antes de la vacunación (evitar el uso de estos medicamentos antivirales durante los 14 días posteriores a la vacunación) ².</p> <p>Uso de aspirina o productos que contienen aspirina ^{2,bb} .</p> <p>Bebés prematuros</p> <p>Puede ocurrir transmisión del virus de la vacuna entre personas vacunadas y contactos susceptibles. Cualquier otra vacuna en las últimas 4 semanas. ⁴²</p>	<p>Anafilaxia. Lesión en el hombro relacionada con la vacunación.</p> <p>Síncope vasovagal. Enfermedad viral diseminada de la cepa de la vacuna contra la varicela. Reactivación viral de la cepa de la vacuna contra la varicela.</p>
--------------------------------------	--	--	--

<p>Zóster ^{cc}</p>	<p>Inmunodeficiencia grave conocida. Embarazo. Historial de reacción anafiláctica/anafilactoide a la gelatina, la neomicina o cualquier otro componente de la vacuna.</p>	<p>Recepción de medicamentos antivirales específicos (aciclovir, famciclovir o valaciclovir) 24 horas antes de la vacunación (evite el uso de estos medicamentos antivirales durante 14 días después de la vacunación) ² . Puede ocurrir transmisión del virus de la vacuna entre vacunados y contactos susceptibles</p>	
------------------------------------	---	---	--

La información de esta tabla se extrae de las recomendaciones y pautas de vacunas del ACIP sobre contraindicaciones y precauciones ² de los CDC , declaraciones de información sobre vacunas, ⁴² prospectos (PI) de los fabricantes vigentes a febrero de 2019 y del sitio web de la FDA. ¹ Para

consultar si un IP se ha actualizado desde que se preparó esta tabla, consulte el sitio web de la FDA. ¹

Prospectos referenciados: ^a Infanrix, ^b Kinrix, ^c Pediarix, ^d Quadracel, ^e Pentacel, ^f ActHIB, ^g HIBERIX, ^h PedvaxHIB, ⁱ VAQTA, ^j Recombivax HB, ^k Engerix-B, ^l Hepislav B, ^m Gardasil 9, ⁿ Cervarix, ^o IPOL IPV, ^p Flulaval, ^q Flumist Quadrivalent, ^r MMR II, ^s Proquad, ^t MENVEO, ^u Menactra, ^v BEXSERO, ^w Menomune, ^x Prevnar 13 ^y PNEUMOVAX 13, ^z Suspensión oral rotatoria, ^{aa} TENIVAC, ^{bb} Varivax, ^{cc} Zostavax

Datos emergentes para la evaluación de riesgos relacionados con los eventos adversos a las vacunas

Historia médica familiar

Ya hay disponibles datos emergentes sobre las predisposiciones familiares a los efectos adversos de la vacunación. ⁴² **Si una familia ya ha experimentado eventos adversos graves a las vacunas en varios parientes lejanos, o una reacción de moderada a grave en uno o más familiares cercanos, un miembro de la familia puede expresar dudas sobre recibir las vacunas.**

Un médico debe utilizar el criterio clínico y considerar la salud y el bienestar de los niños de familias cuyo historial médico incluye numerosos problemas de salud. Las condiciones de salud de la familia inmediata (hermanos, padres) pueden tener potencialmente un impacto mayor en el paciente que las condiciones de parientes más lejanos. ¹⁷

Las condiciones médicas se pueden agrupar en varias categorías, con un extenso cuerpo de investigación médica que ha examinado ciertas categorías. En algunos, hay datos considerables que respaldan un posible vínculo entre la vacunación y una afección médica aguda o crónica; en otros, por lo general faltan datos.

A continuación se presentan seis categorías de enfermedades agudas y crónicas que los médicos pueden encontrar al tomar los historiales médicos familiares de sus pacientes, lo que podría desempeñar un papel en la consideración de la exención médica de la vacunación.

Estos se enumeran en orden descendente de certeza médica (las categorías con el mayor conjunto de investigaciones se enumeran primero). Es importante darse que aún no se han incluido como contraindicaciones por falta de estudios suficientes, sin embargo, en algunos casos se ha determinado una relación, que puede tenerse en cuenta al evaluar a un paciente para una exención médica.

1.Trastornos autoinmunes ^{16,18-23}

1. Lupus eritematoso sistémico ²⁴⁻²⁶
2. Artritis reumatoide ^{24,26-28}
3. Tiroiditis de Hashimoto ²⁵
4. Psoriasis ²⁹⁻³⁴
5. Fibromialgia/Fatiga crónica ³⁵⁻³⁸

- 6. Esclerosis múltiple ^{24,39,40}
 - Diabetes tipo 1 ^{41,43}
 - Síndrome de Sjogren ⁴⁴
 - Vitíligo ^{35,47}
 - enfermedad celíaca ²⁵
 - enfermedad de Addison ²⁵
 - Alopecia areata ²⁴
 - Otros estados autoinmunes ¹⁶

2. Asma/Alergia/Trastornos atópicos ⁴⁸⁻⁵⁶

- Anafilaxia ^{48,56}
 - Asma y alergia ^{45,49,54-56}
 - Trastornos atópicos ⁵⁰⁻⁵²
 - Eccema/dermatitis atópica ⁵⁷
 - Alergias alimentarias graves ^{42,58,59}

3. Trastornos neurológicos ^{60,61}

- Convulsiones o epilepsia ^{7,42,61,62}
- Parálisis de Bell ^{63,64}
- Enfermedad de Alzheimer ^{65,66}
- Enfermedad de Parkinson ^{65,66}
- Trastorno obsesivo compulsivo/trastorno de tics/síndrome de Tourette ^{67,68}
- Disfunción mitocondrial ¹²
- Síndrome de Guillain-Barré ⁶⁹
- Trastornos inflamatorios desmielinizantes ^{70,71}
- Otros ²⁴

4. Trastornos inflamatorios intestinales ^{14,15}

- enfermedad de Crohn ¹⁴
- colitis ulcerosa ¹⁴
- enfermedad celíaca ²⁵

5. Trastornos del desarrollo o del aprendizaje ⁷³

- autismo ⁷⁴
- Deterioro del habla o del lenguaje ⁷⁴
- Trastorno por déficit de atención/Trastorno por déficit de atención e hiperactividad ^{67,75 80, 94-96}
- Problemas de aprendizaje ⁷⁵

6. Trastornos psiquiátricos o de salud mental ⁶⁷

- Esquizofrenia ⁷⁶
- Depresión ⁷⁷⁻⁷⁹

Políticas y procedimientos administrativos sugeridos para los médicos que evalúan a los pacientes para la exención médica a la vacunación

Lo mejor para el paciente es que el médico considere los factores siguientes de la manera más protectora posible para la salud y el bienestar actual y futuro del paciente individual.

1. Un evento adverso a una o más vacunas debe ser un factor en la recomendación con respecto a la exención de otras y todas las vacunas, debido a los **ingredientes y excipientes** comunes de las vacunas.
2. No hay datos que establezcan una edad en la que un niño podría superar la propensión a sufrir un evento adverso repetido de la vacuna, y un médico está justificado para otorgar una exención por cualquier período de tiempo que él o ella decida que está justificado en cada situación clínica.
3. Extender una exención más allá de la edad del paciente en la que un pediatra ejerce la medicina (edad de 18 años) puede no estar dentro del alcance de la atención de un pediatra, pero la gravedad de un evento o condición adversa puede tenerse en cuenta en esta decisión (p. ej., una reacción alérgica grave o lesión neurológica).

Las mejores prácticas incluyen lo siguiente:

1. **Pedir a los pacientes que programen una cita por separado para la evaluación de vacunas e inmunidad.** Una evaluación exhaustiva de la vacunación y la inmunidad lleva tiempo, y un chequeo ordinario puede no permitir el tiempo adecuado para una consideración completa del caso de un paciente. Alternativamente, proporcione una cita más larga para cubrir tanto un chequeo como una evaluación de exención. En ciertos casos, es posible que el proveedor médico actual del paciente no proporcione dichas evaluaciones o que el paciente desee buscar una segunda opinión.
2. **Proporcionar cuestionarios de antecedentes personales y familiares previos a la cita para que toda la información requerida esté disponible para la cita.** Es más fácil obtener una historia personal y familiar completa si el paciente ha tenido tiempo suficiente de antemano para recopilar información médica y acudir a la cita preparado con toda la información necesaria escrita en un cuestionario. Cuando corresponda, el paciente también debe traer documentación de vacunas anteriores, cualquier registro médico que corrobore una reacción a la vacuna de moderada a grave en el historial del paciente (si está disponible) y registros médicos que documenten cualquier problema médico pasado y actual en el historial del paciente (si disponible).
3. **Buscando obtener el consentimiento informado de *ambos* padres/tutores legales.** En

general, puede ser aceptable consultar solo con uno de los padres si el consultorio conoce a ambos padres. Cuando uno de los padres tiene la custodia médica total de un niño, es apropiado proporcionar una evaluación y una exención independientemente del consentimiento del padre ausente.

4. **Realización de un examen físico completo.** Es una práctica estándar realizar un examen físico completo durante una evaluación de vacunación e inmunidad. Para los médicos que practican la telemedicina, consulte las leyes estatales sobre los requisitos para una visita en persona.

Discusión de las implicaciones de una exención médica con pacientes/tutores

Si a un paciente se le concede una exención médica, los puntos clave que se deben discutir con el paciente y/o tutor son los siguientes:

- La exención médica se concedió porque el riesgo de una reacción adversa puede ser mayor para el paciente que para la población general. Los riesgos de la vacunación superan los beneficios.
- Una exención médica implica que el paciente puede asistir a la escuela sin recibir esas vacunas.
- Según la opinión médica convencional, estar exento de una vacuna o vacunas puede hacer que el paciente sea más susceptible a la enfermedad asociada y también más propenso a ser contagioso. La opinión médica convencional también destaca que el paciente puede tener más probabilidades de contraer una forma más grave de la enfermedad, aumentando así el riesgo de daño o muerte.
- Si es necesario, solicite al paciente/tutor que regrese periódicamente o según sea necesario para una reevaluación de la salud y las circunstancias del paciente.
- En caso de un brote, se puede solicitar o exigir a un paciente con una exención médica que evite ingresar a ciertas áreas hasta que el mayor riesgo haya desaparecido.

Más Argumentos:

- Falta de estudios de seguridad
- Tienen sobredosis de Aluminio,
- No se controla una posible mutación MTHFR antes de la vacunación,
- Los Vacunados tienen más enfermedades crónicas que los no vacunados
- No hay razón científica para la aplicación de esta vacuna
- Riesgos de la hepatitis B en comparación con los riesgos de la vacuna contra la hepatitis B
- 1 caso de autismo cada 36 niños en EE.UU., investigación del CDC, ocultan las causas
- Vacunas infantiles cuantas más dosis se administran, mayor es la mortalidad 1
- Cuantas más dosis de vacunas del calendario escolar se dan, mayor es la tasa de mortalidad infantil 2
- El 58% de las muertes de bebés notificadas ocurrieron dentro de los 3 días posteriores a la vacunación del Calendario

- [Lo que no se informa sobre el Calendario de Vacunas Obligatorias en Argentina](#)

Ver información con problemas de cada vacuna:

- <https://cienciaysaludnatural.com/aluminio/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/category/Hepatitis-b/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/category/polio/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/category/sarampion/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/category/dtap/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/vph/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/vacunas-historia-verdadera/>
- Más de 100 Videos con testimonios y estudios de científicos y médicos :

Referencias

1. U.S. Food and Drug Administration. **Vaccines Licensed for Use in the United States.** Available at: <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm093833.htm>. Accessed Feb 20, 2019.
2. Centers for Disease Control and Prevention. **Vaccine Recommendations and Guidelines of the ACIP.** Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>. Accessed Feb 20, 2019.
3. U.S. Department of Health and Human Services. **National Vaccine Injury Compensation Program (NVICP) Vaccine Injury Table.** Available at: <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/vaccinecompensation/vaccineinjurytable.pdf>. Accessed Feb 20, 2019.
4. Autismo la Verdadera Pandemia Ley 27491 <https://cienciaysaludnatural.com/autismo-la-verdadera-pandemia/>
5. Delamater PL, Leslie TF, Yang YT. **Change in medical exemptions from immunization in California after elimination of personal belief exemptions.** *JAMA.* 2017 Sep 5;318(9): 863-64.
6. Vestergaard M, et al. **The long-term risk of epilepsy after febrile seizures in susceptible subgroups.** *Am J Epidemiol.* 2007 Apr 15;165(8):911-18.
7. Merck & Co., Inc. **MMR II (Measles, Mumps, and Rubella Virus Vaccine Live).** Available at: <https://www.fda.gov/downloads/biologicsbloodvaccines/vaccines/approvedproducts/ucm123789.pdf>. Accessed Feb 20, 2019.
8. Physicians for Informed Consent. **MMR Vaccine: Is It Safer Than Measles?** Available at: <https://physiciansforinformedconsent.org/measles/vrs>. Accessed Feb 20, 2019.
9. Centers for Disease Control and Prevention. **Vaccine Safety: Reporting Adverse Events.** Available at: <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/hcproviders/reportingadverseevents.html>. Accessed Nov 24, 2018.
10. Institute of Medicine (US) Committee on Review of Priorities in the National Vaccine Plan. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010. **Appendix C: 1986 National**

- Childhood Vaccine Injury Act (Public Law 99- 660)**. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK220067/>. Accessed Feb 20, 2019.
11. U.S. Department of Health and Human Services. **National Vaccine Injury Compensation Program: Who Can File?** Available at: <https://www.hrsa.gov/vaccine-compensation/eligible/index.html>. Accessed Feb 20, 2019.
 12. Poling JS, Frye RE, et al. **Developmental regression and mitochondrial dysfunction in a child with autism.** *J Child Neurol.* 2006; Feb 21(2):170-72.
 13. **Apisarnthanarak A, Uyeki TM, et al. Serum sickness-like reaction associated with inactivated influenza vaccination among Thai health care personnel: risk factors and outcomes.** *Clin Infect Dis.* 2009 Jul 1;49(1):e18-22.
 14. Thompson NP, Montgomery SM, et al. **Is measles vaccination a risk factor for inflammatory bowel disease?** *Lancet.* 1995; Apr 29; 345(8957):1071-74.
 15. Dutta AK, Chacko A. **Influence of environmental factors on the onset and course of inflammatory bowel disease.** *World J Gastroenterol.* 2016 Jan 21; 22(3): 1088-100.
 16. Soriano A, Neshet G, Shoenfeld Y. **Predicting post-vaccination autoimmunity: who might be at risk?** *Pharmacol Res.* 2015 Feb;92:18-22.
 17. Vestergaard M, Hviid A, et al. **MMR vaccination and febrile seizures: evaluation of susceptible subgroups and long-term prognosis.** *JAMA.* 2004 Jul 21;292(3):351-57.
 18. Physicians for Informed Consent. **Vaccines: What About Immunocompromised Schoolchildren?** Available at: <https://physiciansforinformedconsent.org/immunocompromised-schoolchildren/rgis/>. Accessed Feb 21, 2019.
 19. Cerpa-Cruz S, Paredes-Casillas P, et al. **Adverse events following immunization with vaccines containing adjuvants.** *Immunol Res.* 2013 Jul;56(2-3):299-303.
 20. **Zafir Y, Agmon-Levin N, et al. Autoimmunity following hepatitis b vaccine as part of the spectrum of “Autoimmune (Auto-inflammatory) Syndrome induced by Adjuvants” (ASIA): analysis of 93 cases.** *Lupus.* 2012 Feb;21(2):146-52.
 21. Shoenfeld Y, Aron-Maor A. **Vaccination and autoimmunity—“vaccinosis”: a dangerous liaison?** *J Autoimmun.* 2000 Feb;14(1):1-10.
 22. Esposito S, Prada E, et al. **Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA): clues and pitfalls in the pediatric background.** *Immunol Res.* 2014 Dec;60(2-3):366-75.
 23. Classen JB. **Review of vaccine-induced immune overload and the resulting epidemics of type 1 diabetes and metabolic syndrome, emphasis on explaining the recent accelerations in the risk of prediabetes and other immune-mediated diseases.** *J Mol Genet Med.* 2014;S1:025.
 24. Geier DA, Geier MR. **A case-control study of serious autoimmune adverse events following hepatitis b immunization.** *Autoimmunity.* 2005 Jun;38(4):295-301.
 25. Hviid A, Svanström H, et al. **Human papillomavirus vaccination of adult women and risk of autoimmune and neurological diseases.** *J Intern Med.* 2018;283(2):154-65.
 26. Maillefert JF, Sibilia J, et al. **Rheumatic disorders developed after hepatitis B vaccination.** *Rheumatology (Oxford).* 1999 Oct;38(10):978-83.
 27. Gross K, Combe C, et al. **Arthritis after hepatitis B vaccination: report of three cases.**

- Scand J Rheumatol.* 1995;24(1):50-52.
28. Pope JE, Stevens A, et al. **The development of rheumatoid arthritis after recombinant hepatitis B vaccination.** *J Rheumatol.* 1998;25(9):1687-93.
 29. Gunes AT, Fetil E, et al. **Possible triggering effect of flu vaccine on psoriasis.** *J Immunol Res.* 2015;2015:258430.
 30. Sbidian E, Eftekahri P, et al. **National survey of psoriasis flares after 2009 monovalent H1N1/seasonal vaccines.** *Dermatol.* 2014;229(2):130-35.
 31. Shin MS, Kim SJ, et al. **New onset guttate psoriasis following pandemic H1N1 influenza vaccination.** *Ann Dermatol.* 2013 Nov;25(4):489-92.
 32. Pattison E, Harrison BJ, et al. **Environmental risk factors for the development of psoriatic arthritis: results from a case-control study.** *Ann Rheum Dis.* 2008 May;67(5):672-76.
 33. Macias VC, Cunha D. **Psoriasis triggered by tetanus-diphtheria vaccination.** *Cutan Ocul Toxicol.* 2013 Jun;32(2):164-65.
 34. Raaschou-Nielsen W. **Psoriasis vaccinalis; report of two cases, one following BCG vaccination and one following vaccination against influenza.** *Acta Derm Venereol.* 1955;35(1):37-42.
 35. Maubec E, Pinquier L, et al. **Vaccination-induced cutaneous pseudolymphoma.** *J Am Acad Dermatol.* 2005 Apr;52(4):623-9.
 36. Blitshteyn S, Brinthe L, et al. **Autonomic dysfunction and HPV immunization: an overview.** *Immunol Res.* 2018 Nov 27. [Epub ahead of print.]
 37. Martínez-Lavín M, Martínez-Martínez LA, Reyes-Loyola P. **HPV vaccination syndrome. A questionnaire- based study.** *Clin Rheumatol.* 2015 Nov;34(11):1981-3.
 38. Chandler RE, Juhlin K, et al. **Current safety concerns with human papillomavirus vaccine: a cluster analysis of reports in VigiBase®.** *Drug Saf.* 2017 Jan;40(1):81-90.
 39. Gout O. **Vaccinations and multiple sclerosis.** *Neurol Sci.* 2001 Apr;22(2):151-54.
 40. Hernán MA, Jick SS, et al. **Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis: A prospective study.** *Neurology.* 2004 Sep 14;63(5):838-42.
 41. Classen JB, Classen DC. **Clustering of cases of insulin-dependent diabetes (IDDM) occurring three years after haemophilus influenzae B (HIB) immunization support causal relationship between immunization and IDDM.** *Autoimmunity.* 2002 Jul;35(4):247-53.
 42. Centers for Disease Control and Prevention. **Vaccine Information Statements (VISs) (Measles, Mumps, & Rubella) VIS.** Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/mmr.html>. Accessed Feb 20, 2019.
 43. Classen JB. **Risk of vaccine-induced diabetes in children with a family history of type 1 diabetes.** *Open Pediatr Med J.* 2008;2: 7-10.
 44. Colafrancesco S, Perricone C, et al. **Sjögren's syndrome: another facet of the autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA).** *J Autoimmun.* 2014 Jun;51:10-16.
 45. McKeever TM, Lewis SA, et al. **Vaccination and allergic disease: a birth cohort study.** *Am J Public Health.* 2004 Jun;94(6): 985-89.
 46. K Paul Stoller. **The denial of adverse event risk following immunization and the loss of informed consent – a perspective.** *Acta Scientific Paediatrics.* 2019 Jan;2(1):21-36

47. Arumugham V, Trushin MV. **Cancer immunology, bioinformatics and chemokine evidence link vaccines contaminated with animal proteins to autoimmune disease: a detailed look at Crohn's disease and Vitiligo.** *J Pharm Sci & Res.* 2018;10(8): 2106-10.
48. McNeil MM, Weintraub ES, et al. **Risk of anaphylaxis after vaccination in children and adults.** *J Allergy Clin Immunol.* 2016 Mar;137(3):868-78.
49. Hurwitz EL, Morgenstern H. **Effects of diphtheria-tetanus-pertussis or tetanus vaccination on allergies and allergy-related respiratory symptoms among children and adolescents in the United States.** *J Manipulative Physiol Ther.* 2000 Feb;23(2):81-90.
50. Alm JS, Swartz J, et al. **Atopy in children of families with an anthroposopic lifestyle.** *Lancet.* 1999 May 1;353(9163):1485-88.
51. Flöistrup H, Swartz J, et al. **Allergic disease and sensitization in Steiner school children.** *J Allergy Clin Immunol.* 2006 Jan;117(1):59-66.
52. Bernsen RM, Nagelkerke NJ, et al. **Reported pertussis infection and risk of atopy in 8 to 12 yr old vaccinated and non-vaccinated children.** *Pediatr Allergy Immunol.* 2008 Feb;19(1):46-52.
53. Kemp T, Pearce N, et al. **Is infant immunization a risk factor for childhood asthma or allergy?** *Epidemiology.* 1997 Nov;8(6):678-80.
54. McDonald KL, Huq SI, et al. **Delay in diphtheria, pertussis, tetanus vaccination is associated with a reduced risk of childhood asthma.** *Allergy Clin Immunol.* 2008 Mar;121(3):626-31.
55. Lahdenperä AI, Nilsson LJ, Regnström, K. **Kinetics of asthma- and allergy-associated immune response gene expression in peripheral blood mononuclear cells from vaccinated infants after in vitro re-stimulation with vaccine antigen.** *Vaccine.* 2008 Mar 25;26(14):1725-30.
56. Atanasoff S. **U.S. Department of Health and Human Services. 2011 Institute of Medicine (IOM) Report generated — Proposals for Updates to the Vaccine Injury Table (VIT).** Available at: <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/advisorycommittees/vaccines/2012/March%208-9/2012-0308-anaphylaxisreport.pdf>. Accessed Feb 21, 2019.
57. Olesen AB, Juul S, Thestrup-Pedersen K. **Atopic dermatitis is increased following vaccination for measles, mumps, and rubella or measles infection.** *Acta Derm Venereol.* 2003;83(6):445-50.
58. Arumugham V. **Evidence that food proteins in vaccines cause the development of food allergies and its implications for vaccine policy.** *J Develop Drugs.* 2015;4:137.
59. Kuno-Sakai H, Kimura M. **Removal of gelatin from live vaccines and DTaP-an ultimate solution for vaccine- related gelatin allergy.** *Biologicals.* 2003 Dec;31(4):245-49.
60. Weibel RE, Caserta V, et al. **Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associated with further attenuated measles vaccine: a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program.** *Pediatrics.* 1998 Mar;101(3 Pt 1):383-87.
61. Lateef TM, Johann-Liang R, et al. **Seizures, encephalopathy, and vaccines: experience in the National Vaccine Injury Compensation Program.** *J Pediatr.* 2015;166(3): 576-81.
62. Von Spiczak S, Helbig I, et al. **A retrospective population-based study on seizures related**

- to childhood vaccination. *Epilepsia*. 2011 Aug;52(8):1506-12.
63. Mutsch M, Zhou W, et al. **Use of the inactivated intranasal influenza vaccine and the risk of Bell's palsy in Switzerland.** *N Engl J Med*. 2004 Feb 26;350(9): 896-903.
 64. Doshi P. **Pandemrix vaccine: why was the public not told of early warning signs?** *BMJ*. 2018 Sept 20;362: k3948.
 65. Kawahara, M. **Effects of aluminum on the nervous system and its possible link with neurodegenerative diseases.** *J Alzheimers Dis*. 2005 Nov;8(2): 171-82; discussion 209-15.
 66. Kawahara M, Kato-Negishi M. **Link between aluminum and the pathogenesis of Alzheimer's disease: the integration of the aluminum and amyloid cascade hypotheses.** *Int J of Alzheimer's Dis*. 2011 Mar 8;2011: 276393.
 67. Leslie DL, Kobre RA, et al. **Temporal association of certain neuropsychiatric disorders following vaccination of children and adolescents: a pilot case-control study.** *Front Psychiatry*. 2017 Jan 19;8:3.
 68. Geier DA, Kern JK, et al. **Thimerosal exposure and increased risk for diagnosed tic disorder in the United States: a case-control study.** *Interdiscip Toxicol*. 2015 Jun;8(2): 68-76.
 69. Souayah N, Nasar A, et al. **Guillain-Barré syndrome after vaccination in United States: data from the Centers for Disease Control and Prevention/Food and Drug Administration Vaccine Adverse Event Reporting System (1990-2005).** *J Clin Neuromuscul Dis*. 2009 Sep;11(1):1-6.
 70. Touzé E, Gout O, et al. **[The first episode of central nervous system demyelination and hepatitis B virus vaccination].** *Rev Neurol (Paris)*. 2000 Mar;156(3):242-46.
 71. Mikaeloff Y, Caridade G, et al. **Hepatitis B vaccine and the risk of CNS inflammatory demyelination in childhood.** *Neurology*. 2009 Mar 10;72(10):873-80.
 72. Hayney MS, Poland GA, et al. **The influence of the HLA-DRB1*13 allele on measles vaccine response.** *J Investig Med*. 1996 Jun;44(5):261-3.
 73. Gallagher C, Goodman M. **Hepatitis B triple series vaccine and developmental disability in US children aged 1-9 years.** *Toxicological and Environmental Chemistry*. 2008;90(5):997-1008.
 74. DeLong G. **A positive association found between autism prevalence and childhood vaccination uptake across the U.S. population.** *J of Toxicol Environ Health A*. 2011;74(14): 903-916.
 75. Geier DA, Kern JK, et al. **A cross-sectional study of the association between infant hepatitis B vaccine exposure in boys and the risk of adverse effects as measured by receipt of special education services.** *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jan 12;15(1):123.
 76. Patterson PH. **Pregnancy, immunity schizophrenia and autism.** *Engineering and Science*. 2006;3: 10-21.
 77. Brogan K. **Psychobiology of vaccination effects: bidirectional relevance of depression.** *Altern Ther Health Med*. 2015 Aug;21 Suppl 3, 18-26.
 78. Kuhlman KR, Robles TF, et al. **Within-subject associations between inflammation and features of depression: using the flu vaccine as a mild inflammatory stimulus.** *Brain, Behav, and Immun*. 2018 Mar;69: 540- 47.

79. O'Connor TG, Moynihan JA, et al. **Depressive symptoms and immune response to meningococcal conjugate vaccine in early adolescence.** *Dev Psychopathol.* 2014 Nov;26(4 Pt 2):1567-76.
80. Geier DA, Hooker BS, et al. **A dose-response relationship between organic mercury exposure from thimerosal-containing vaccines and neurodevelopmental disorders.** *Int J Environ Res Public Health.* 2014 Sep 5;11(9): 9156-70.
81. Whitaker JA, Ovsyannikova IG, Poland GA. **Adversomics: a new paradigm for vaccine safety and design.** *Expert Rev Vaccines.* 2015 Jul;14(7):935-47.
82. Nilsson LJ, Regnström KJ. **Pharmacogenomics in the evaluation of efficacy and adverse events during clinical development of vaccines.** *Methods Mol Biol.* 2008;448:469-79.
83. Regnström KJ. **Pharmacogenomics in the preclinical development of vaccines: evaluation of efficacy and systemic toxicity in the mouse using array technology.** *Methods Mol Biol.* 2008;448:447-67.
84. Poland GA, Ovsyannikova IG, et al. **Heterogeneity in vaccine immune response: the role of immunogenetics and the emerging field of vaccinomics.** *Clin Pharmacol Ther.* 2007 Dec;82(6):653-64.
85. Reif DM, McKinney BA, et al. **Genetic basis for adverse events after smallpox vaccination.** *J Infect Dis.* 2008 Jul 1;198(1):16-22.
86. Reif DM, Motsinger-Reif AA, et al. **Integrated analysis of genetic and proteomic data identifies biomarkers associated with adverse events following smallpox vaccination.** *Genes Immun.* 2009 Mar;10(2):112-19.
87. Wang X, Yang J, et al. **IL-4 mediates the delayed neurobehavioral impairments induced by neonatal hepatitis B vaccination that involves the down-regulation of the IL-4 receptor in the hippocampus.** *Cytokine.* 2018 Oct;110:137-49.
88. Miller JD, Whitehair LH. **Concurrent HLA-related response factors mediate recombinant hepatitis B vaccine major adverse events.** *Autoimmunity.* 2005 Mar;38(2):181-94.
89. Feenstra B, Pasternak B, et al. **Common variants associated with general and MMR vaccine-related febrile seizures.** *Nat Genet.* 2014 Dec;46(12):1274-82.
90. Berkovic SF, Harkin L, et al. **De-novo mutations of the sodium channel gene SCN1A in alleged vaccine encephalopathy: a retrospective study.** *Lancet Neurol.* 2006 Jun;5(6):488-92.
91. Miller, S. **Re: The unofficial vaccine educators: are CDC funded non-profits sufficiently independent?** *BMJ.* 2017 Nov 7;359:j5104.
92. Mayo Clinic. **The Case for Personalized Vaccinology in the 21st Century.** Available at [https://www.hhs.gov/sites/default/files/Poland_16x9_The%20Case%20for%20Personalized%20Vaccinology%20in%20the%2021st%20 Century-remediated.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/Poland_16x9_The%20Case%20for%20Personalized%20Vaccinology%20in%20the%2021st%20Century-remediated.pdf). Accessed Feb 21, 2019.
93. Wilson K, Hawken S, et al. **Adverse events following 12 and 18 month vaccinations: a population-based, self-controlled case series analysis.** *PLoS One.* 2011;6(12):e27897. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22174753>. Accessed on Feb 21, 2019.
94. Mawson AR, Ray BD, et al. **Pilot comparative study on the health of vaccinated and unvaccinated 6- to 12- year-old U.S. children.** *J Transl Sci.* 2017 Apr 24;3(3): 1-12.
95. Geier DA, Kern JK, et al. **Abnormal brain connectivity spectrum disorders following thimerosal administration: a prospective longitudinal case-control assessment of medical records in the Vaccine Safety Datalink.** *Dose-Response.* 2017 Mar;15(1): 1-12.

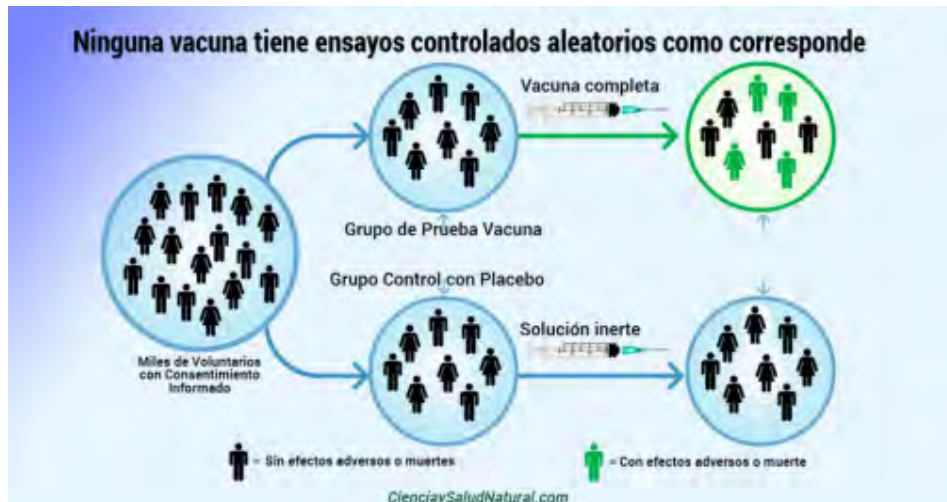
96. Geier DA, Kern JK, et al. **Thimerosal-preserved hepatitis B vaccine and hyperkinetic syndrome of childhood.** *Brain Sci.* 2016 Mar 15;6(1):9.
97. Physicians for Informed Consent. **Measles – Disease Information Statement.** Available at: <https://physiciansforinformedconsent.org/measles/dis>. Accessed Mar 10, 2019.
98. Physicians for Informed Consent. **FAQs: The Measles, Mumps and Rubella (MMR) Vaccines vs. Measles.** Available at: <https://physiciansforinformedconsent.org/measles-faq>. Accessed Mar 10, 2019.

¡Los bebés son sagrados ! El calendario escolar tiene sobredosis de aluminio

2. Ninguna vacuna tiene estudios de seguridad como corresponde

16 julio, 2024 Fraude, Seguridad, vacunas

<https://cienciaysaludnatural.com/ninguna-vacuna-tiene-estudios-de-seguridad-como-corresponde/>



El argumento de las autoridades sanitarias de que ¡las vacunas son seguras! se basa, ante todo, en la presunción de que cada nueva vacuna pasa por un meticuloso proceso de prueba y aprobación, a continuación presentaremos la evidencia de que esto no es así.

¿Se examinan realmente rigurosamente las nuevas vacunas, como se promete habitualmente al público, de conformidad con un compromiso inflexible con los más altos estándares de seguridad posibles?. La respuesta es un rotundo “no”, el secreto inconcebible que el establishment médico ha ocultado al público durante décadas: los ensayos clínicos de vacunas están manipulados para ocultar su verdadera (y alta) tasa de efectos secundarios, lo que significa que la antigua afirmación del establishment médico de que las vacunas son seguras no tiene ningún mérito científico.

Este artículo describe cómo los ensayos de vacunas en general, y los ensayos de vacunas infantiles en particular, están diseñados deliberadamente para ocultar la verdadera incidencia de eventos adversos de la vacuna que se está probando. En los ensayos de fase 3 de nuevas vacunas: en lugar de un placebo (sustancia inerte), el grupo de control recibe una vacuna diferente, que seguramente provocará sus propios efectos adversos y de ninguna manera este pseudo- placebo puede considerarse una sustancia neutra. El uso falso del término “placebo” permite a los investigadores concluir que el nuevo compuesto “demostró ser seguro” porque su tasa de eventos adversos fue similar a la del placebo, a pesar de que la sustancia que el grupo de control que recibió decididamente no fue un placebo. No se puede encontrar ninguna explicación lógica para la práctica ubicua de administrar compuestos bioactivos a grupos de control en ensayos de nuevas vacunas más que el deseo de ocultar la verdadera tasa de eventos adversos de la vacuna.

Probar una nueva vacuna frente a un placebo en un ensayo controlado aleatorio (ECA) es la opción más sencilla, segura, barata y fiable. Un placebo por ejemplo es una solución salina (agua salada esterilizada), es un compuesto seguro, confiable, ampliamente disponible y económico. Debido a que

no causa eventos adversos significativos ni produce anticuerpos específicos de la enfermedad, proporciona una base confiable para las pruebas de seguridad y eficacia y, por lo tanto, es ideal para su uso en grupos de control.

Un placebo (real) administrado al grupo de control en un ensayo clínico de una vacuna proporciona una “tasa de referencia” tanto de eficacia como de seguridad.

La principal motivación que impulsa a los defensores de la concientización sobre las vacunas es la convicción de que la vacunación causa graves daños a la salud en algunos de sus destinatarios, y que esta triste verdad se oculta en gran medida al público.

Si las vacunas se hubieran percibido como completamente seguras, como afirman las autoridades sanitarias, el debate público sobre ellas nunca habría cobrado fuerza. Es poco probable que una vacuna con efectos secundarios leves y transitorios, que sólo causa daños graves o permanentes en muy raras ocasiones (el proverbial “uno en un millón”), haga que un padre predique a las masas incluso si su eficacia es menos que ideal.

Las entidades públicas que promueven las vacunas (autoridades sanitarias, médicos, investigadores, sociedades y organizaciones médicas) se hacen eco de un mensaje unificado: las vacunas han sido probadas más que cualquier otra intervención médica y son completamente seguras.

Sin embargo, esta afirmación categórica contrasta marcadamente con la experiencia de primera mano de miles de padres que insisten en que sus hijos sufrieron graves daños a la salud relacionados con las vacunas.

Con la excepción de un número muy pequeño de casos compensados por el gobierno, la respuesta del establecimiento de salud a las afirmaciones de los padres sobre los daños causados por las vacunas es un desprecio total y una negación total.

A los padres se les dice que se equivocaron, que la vacuna no podría haber perjudicado a su hijo. Cualquier asociación temporal entre la administración de vacunas y el posterior deterioro de la salud es simplemente una desafortunada coincidencia. Se les dice que la seguridad de cada vacuna fue examinada minuciosamente antes de recibir la aprobación de comercialización y, a partir de entonces, se controla constantemente.

La afirmación del establishment médico de que [todas] las vacunas son completamente seguras se basa en la actividad en tres dominios distintos:

- a) los ensayos clínicos a los que debe someterse toda vacuna nueva antes de ser aprobada para uso general;
- b) sistemas computarizados de notificación de eventos adversos de las vacunas que monitorean de manera continua la seguridad de las vacunas después de su comercialización, y
- c) estudios epidemiológicos (poblacionales) ad hoc que exploran diversos aspectos de la seguridad de las vacunas.

Se nos dice que de un lado del debate están los médicos e investigadores que obtienen su autoridad moral de años de formación académica y experiencia laboral y cuyos argumentos están respaldados por evidencia científica sólida y validados por el establishment médico de todo el mundo.

Del otro lado, nos dicen, está una multitud de padres y activistas, que carecen de formación formal, siguen a charlatanes y curanderos y se alimentan de noticias falsas difundidas a través de las redes sociales.

Sin embargo, la sorprendente verdad –que se vuelve evidente cuando uno dedica suficiente tiempo y

energía a la investigación de vacunas.

La seguridad de las vacunas está en el centro del intenso y duradero choque entre quienes apoyan la vacunación universal y quienes se oponen a ella. **El argumento de las autoridades sanitarias de que ¡las vacunas son seguras! se basa, ante todo, en la presunción de que cada nueva vacuna pasa por un meticuloso proceso de prueba y aprobación, esto no es así.**

Examinemos la metodología utilizada para probar la seguridad de las vacunas como parte de su proceso de aprobación previa a la licencia.

Antes de explorar los métodos empleados por las autoridades médicas para ocultar las inadecuadas pruebas de seguridad de las vacunas, debemos familiarizarnos con sus resultados previos, el proceso de aprobación de licencias y su principal herramienta: el ensayo aleatorio controlado .

Armados con este conocimiento, podremos quitar, una por una, las capas protectoras que envuelven la verdad oculta, aborrecible y casi increíble.

El proceso de aprobación de la vacuna

Las vacunas se someten a un proceso de aprobación largo y tedioso, repleto de formularios, documentos y revisiones burocráticas. El proceso lo determina el organismo autorizado (la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) o la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)) e incluye, además de un papeleo interminable, el requisito de realizar una serie de ensayos clínicos^[b] que demuestren la eficacia y seguridad del producto presentado para su aprobación.

^[b] Un ensayo clínico es un estudio de investigación con sujetos humanos (a diferencia de los estudios con animales). La palabra ensayo indica condiciones artificiales (intencionadas) diseñadas específicamente para el propósito del estudio (a diferencia de los estudios que no interfieren en la vida diaria de los sujetos). La palabra clínico implica que el estudio implica algún tipo de intervención (por ejemplo, la vacunación de los sujetos), a diferencia de los estudios observacionales que solo recopilan y analizan información.

Esta serie requerida de ensayos clínicos se divide en tres fases, y cada fase comienza sólo cuando la fase anterior ha concluido con éxito. Si el producto no resulta seguro o eficaz en alguna de las fases, no obtendrá la codiciada aprobación. En consecuencia, es probable que su desarrollo termine y los (generalmente considerables) fondos invertidos en ella se irán por el desagüe.¹

El primer obstáculo que debe superar una nueva vacuna es la “fase preclínica”, en la que el producto pasa por una multitud de experimentos de laboratorio^[c] y con animales.

^[c] Un experimento de laboratorio es un experimento que se realiza con equipo especializado fuera del organismo vivo (por ejemplo, en un tubo de ensayo o en una placa de Petri). Se denomina *in vitro*.

El siguiente paso de la serie es un ensayo clínico de fase 1, en el que un pequeño grupo de ensayo (normalmente docenas de sujetos) recibe la nueva vacuna para determinar cómo responde el cuerpo humano a ella.

La suposición subyacente es que, a pesar de su éxito en experimentos con animales durante la fase preclínica, la vacuna aún podría resultar dañina para los humanos.² Por lo tanto, en esta etapa, los investigadores intentan identificar efectos secundarios particularmente destacados o graves, como

reacciones alérgicas graves, discapacidad, síntomas tempranos de un problema crónico, enfermedad grave o muerte.

Debido al número limitado de sujetos, un ensayo de fase 1 no puede proporcionar una imagen completa del alcance y la variedad de efectos secundarios (eventos adversos) que la vacuna podría causar.

Si la vacuna pasa con éxito la Fase 1, la siguiente fase experimental (el ensayo clínico de Fase 2) se realiza en un grupo más grande, normalmente varios cientos de personas, y la eficacia de la vacuna se evalúa en la población designada (p. ej., adultos mayores de 65 años o pacientes diabéticos) menores de 18 años).

En esta etapa también se examinan los efectos de variar la dosis de la vacuna y el momento de administración sobre la eficacia y la seguridad.

Sin embargo, la ausencia de un grupo de control (grupo que no recibe la vacuna sino un placebo que es un ingrediente inocuo) y el número relativamente pequeño de sujetos en los ensayos de fase 2 impiden obtener respuestas definitivas sobre la eficacia y seguridad de la vacuna.

Estos esperan la próxima fase de prueba. Los ensayos clínicos de fase 3 se llevan a cabo en varios miles de sujetos, a veces incluso en decenas de miles. Estos ensayos están diseñados para evaluar y validar la eficacia de la vacuna, comparar el nuevo tratamiento con los tratamientos existentes (si los hay) y recopilar información que permitirá que la vacuna se utilice de forma segura.

Esta es la fase experimental final antes de la aprobación para uso comercial y es de suma importancia para determinar la eficacia y seguridad de la vacuna experimental. Los resultados de la fase 3 se publicarán en el prospecto del fabricante y servirán como evidencia clave de la seguridad y eficacia de la vacuna en los años venideros.

Los sujetos en un ensayo de Fase 3 se dividen aleatoriamente en uno de dos grupos: el grupo de ensayo, que recibe la vacuna de prueba durante un período de tiempo específico, y el grupo de control, que recibe un placebo (ficticio) o algún otro compuesto que no produce ningún efecto a la salud.

Durante todo el período del estudio, los investigadores monitorean la salud de los participantes del ensayo y recopilan información que se utilizará para evaluar la eficacia y seguridad de la vacuna.

La gran cantidad de sujetos, así como su separación en grupos de prueba y control, permite una investigación más profunda sobre la seguridad de la vacuna y sus posibles efectos secundarios, incluidos aquellos que ocurren con relativa poca frecuencia (es decir, un caso entre cientos o miles de sujetos).

La finalización exitosa de un ensayo de fase 3 allana el camino para la tan esperada aprobación para la producción comercial y la comercialización de la nueva vacuna.

Sin embargo, incluso después de que la vacuna haya estado en uso general durante un tiempo, a veces es necesario realizar ensayos adicionales.

Es posible que estos ensayos “poscomercialización” sean necesarios para investigar eventos adversos inesperados informados después de la licencia o efectos negativos que hayan surgido en un segmento de población específico. Este tipo de ensayo se denomina ensayo clínico de fase 4.

Como se mencionó anteriormente, una vez que la vacuna supera con éxito los ensayos de fase 3, se abren las puertas para su uso comercial. Sin embargo, para las vacunas nuevas, no es suficiente recibir la aprobación del organismo autorizado. El producto también debe recibir la aprobación de la autoridad responsable de la distribución de vacunas.

En EE.UU., la FDA está a cargo de otorgar licencias para nuevas vacunas, mientras que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) son responsables de hacer recomendaciones para su uso real, incluido quién debe recibirlas (sus edades y estado de salud), el momento y el número de dosis que se recibirán, y qué vacunas se pueden administrar al mismo tiempo.

El paso final en el largo proceso de comercialización de una nueva vacuna es su integración en los programas nacionales de vacunación de Estados Unidos y otros países del mundo.

Agregar una vacuna al calendario estadounidense recomendado por los CDC garantiza instantáneamente ventas de millones de unidades por año sólo en los EE. UU., asegurando así a su fabricante un buen retorno de su inversión inicial.³

El ensayo controlado aleatorio (ECA)

En un ensayo clínico de vacuna “simple” (uno sin un grupo de control, como es el caso de los ensayos en las Fases 1 y 2), los investigadores enfrentan una dificultad inherente para determinar si una condición específica reportada durante el ensayo período es realmente causado por el compuesto experimental o no.

Si un sujeto de ensayo experimenta un fenómeno grave e inmediato después de recibir la vacuna de prueba, como un desmayo o un paro cardíaco, se podría suponer razonablemente que la vacuna recientemente consumida fue la culpable. Sin embargo, cuando el efecto secundario es menos pronunciado o aparece días o semanas después de la administración de la vacuna, la decisión de los investigadores es menos obvia.

Por ejemplo, si la temperatura del sujeto aumenta a 39,5 ° C, es decir 103°F en menos de 48 horas después de la administración de la vacuna de prueba, los investigadores no tienen suficiente información para decidir si se trata de un verdadero efecto secundario o simplemente de una desafortunada coincidencia.

Una opción es que cada participante que experimente una condición relacionada con la salud durante el ensayo se someta a una serie de exámenes médicos en profundidad para descubrir posibles vínculos con la vacuna experimental.

Sin embargo, esta estrategia no es viable ni económica, aunque sólo sea porque la vacuna es nueva y su efecto específico en el cuerpo humano es prácticamente desconocido. En consecuencia, una

investigación de este tipo podría resultar larga, costosa y poco probable que produzca resultados concluyentes.

Una mejor opción es realizar un ensayo clínico «mejorado»: un ensayo controlado, aleatorizado y ciego (también conocido como ensayo controlado aleatorio – ECA) (en inglés, randomized controlled trial, RCT).

En un ensayo controlado aleatorio – ECA los sujetos se dividen en dos grupos: ^[d] el grupo de prueba, que recibe el compuesto de prueba, y un grupo de control, que recibe un compuesto ficticio o existente (cuyo perfil de eficacia y seguridad es bien conocido).

^[d] A veces, el experimento puede incluir tres grupos o más. Por ejemplo, un ensayo puede constar de dos grupos de prueba y un grupo de control.

Los sujetos se asignan aleatoriamente a los dos grupos antes del inicio del ensayo para garantizar que los grupos sean prácticamente iguales en todas las características relevantes (edad, sexo, área de residencia, estado demográfico, etc.).

El término cegado (o cegamiento) significa que los sujetos del ensayo no saben en qué grupo están y, por lo tanto, no saben si recibieron el compuesto de prueba (vacuna) o el compuesto ficticio (placebo). En un ensayo doble ciego, los investigadores tampoco saben qué sujetos pertenecen a qué grupo.

Por lo tanto, no es probable que el conocimiento previo de qué compuesto recibió un participante influya ni en los sujetos ni en los investigadores ni sesgue los resultados del ensayo.

En un ensayo no ciego, los sujetos que reciben el compuesto de prueba, en lugar del simulado, pueden quejarse más de los efectos secundarios, ya que los esperan. ^[e]

^[e] En los ensayos clínicos con sujetos infantiles, como en muchos ensayos de vacunas, es imposible que los participantes presenten informes sesgados. Sin embargo, si los padres conocen el grupo de su hijo (ensayo o control), es plausible que exista un sesgo en los informes.

De manera similar, un investigador que sabe que un sujeto en particular pertenece al grupo de control también sabe que los efectos secundarios informados no se deben a la vacuna y puede inadvertidamente (subconscientemente) subestimar las condiciones médicas que ocurren durante el período de prueba.

Sólo cuando finaliza el ensayo, una vez recopilada toda la información relevante, se revela el compuesto específico administrado a cada uno de los sujetos del estudio y los investigadores, con los datos completos en mano, pueden comenzar el análisis de datos posclínicos.

Cuando se trata de pruebas previas a la autorización de medicamentos, vacunas y otros productos médicos, los ECA se consideran ampliamente el “estándar de oro” de la industria.

La distribución aleatoria de los sujetos en los grupos de ensayo y control, así como la minimización de posibles sesgos mediante el uso de doble ciego, facilita una comparación confiable y significativa de los datos del ensayo y del grupo de control.⁴

Como ejemplo, en un ensayo de vacuna en el que el grupo control recibe un compuesto

El grupo de control en un ensayo clínico

Como hemos visto, el uso de un grupo de control en un ensayo clínico permite a los investigadores examinar el efecto terapéutico del compuesto (eficacia) y la tasa de eventos adversos que causa (seguridad) comparando los resultados en el grupo de prueba con los del grupo de control.

Este análisis estadístico comparativo, entonces, estará influenciado por la naturaleza del compuesto que los investigadores le den al grupo de control.

Como regla general, al decidir el tipo de compuesto administrado al grupo de control en un ECA, existen dos opciones. Para un ensayo de un medicamento o vacuna completamente nuevo, es decir, uno que no tiene un equivalente aprobado, el grupo de control debe recibir un compuesto inerte (placebo)⁶ que no afecte los parámetros medidos en el ensayo.^[f]

^[f] En los ensayos de vacunas, el placebo convencional suele ser una inyección de solución salina (agua salada) que se acepta ampliamente que no tiene efectos secundarios (excepto los relacionados con el acto físico de la inyección).

Sin embargo, aunque ya existe un tratamiento probado, puede ser poco ético impedir que los participantes del grupo de control lo reciban. Por ejemplo, en los ensayos de nuevos medicamentos contra el cáncer, se considera poco ético impedir que los sujetos del grupo de control reciban un medicamento existente para su enfermedad.

Entonces, en este escenario, el grupo de control recibiría el tratamiento actualmente aprobado. **Esta práctica también es la norma para las vacunas, aunque las vacunas se usan de forma preventiva (no como tratamiento para una afección existente) y se administran a personas sanas.**⁷

Si aplicamos las pautas anteriores a los ensayos clínicos de las dos generaciones de la vacuna Prevnar,^[g] entonces la Prevnar original, una nueva vacuna que no tenía alternativa terapéutica en el momento de su desarrollo, debería haber sido probada en un ECA en el que el grupo de control recibió una inyección inerte como placebo.

^[g] Una vacuna para prevenir la infección causada por la bacteria neumococo.

En los ensayos de Prevnar-13, la vacuna de próxima generación, el grupo de control debería haber recibido la vacuna Prevnar (original), asumiendo que no sería ético privar a los sujetos de ese grupo de la protección de la vacuna Prevnar actual, cuya eficacia ya estaba probada.

Entonces, ¿cómo determinan los investigadores la incidencia de eventos adversos asociados con el nuevo compuesto que se está probando en un ensayo clínico controlado?

Comparando la tasa de eventos adversos observados en el grupo de prueba con la del grupo de control.

Por ejemplo, si en el grupo de prueba de una nueva vacuna de 1.000 niños hubo 20 casos de fiebre alta, y en el grupo de control (que tiene el mismo número de sujetos) sólo se registraron 10 casos de este tipo, los resultados implicarían el riesgo de la fiebre alta en los vacunados es el doble que en los no vacunados.

En términos absolutos, los datos muestran que la vacuna aumenta el riesgo de fiebre alta ocurrencia de 1 en cada 100 lactantes a 1 en 50.^[h]

^[h] El cálculo anterior es intencionalmente simplista y tiene como objetivo demostrar el principio básico aplicado al analizar los resultados de un ensayo clínico aleatorizado, que es la comparación de diferentes parámetros cuantitativos entre los grupos de ensayo y control. En la práctica, los investigadores aplican cálculos matemáticos complejos que utilizan varias funciones estadísticas y parámetros.

Cuando a los sujetos del grupo de control se les administra un placebo, una sustancia inerte que no causa fiebre alta, se supone que la incidencia de fiebre alta registrada para el grupo representa la tasa de fondo (o tasa inicial) del fenómeno.

En otras palabras, la tasa de fondo es la cantidad de sujetos que experimentarían fiebre alta de forma natural, independientemente de cualquier intervención del ensayo.

En nuestro ejemplo anterior, asumiríamos que 1 de cada 100 sujetos del grupo de control desarrolló fiebre alta debido a causas aleatorias (no relacionadas con el ensayo). Dado que el grupo del ensayo probablemente experimentaría una tasa similar de fiebre alta (1 en 100), cualquier desviación significativa de este nivel debe atribuirse a la vacuna experimental.

De ello se deduce, entonces, que un ECA en el que el grupo de control recibe un placebo inerte está diseñado para responder a la pregunta crítica de ¿cuántos eventos adversos causa la nueva vacuna? Por supuesto, debemos tener en cuenta que los resultados de los ensayos no son más que una buena estimación.

Si la vacuna se lanza al mercado, la tasa real de eventos adversos notificada podría desviarse significativamente de la observada en el ensayo clínico. Aún así, los resultados de los ECA son la mejor estimación de seguridad disponible para la ciencia durante el proceso de aprobación de la vacuna y, en muchos casos, durante toda su vida.

En un ensayo en el que el grupo control recibe una vacuna diferente (como en el ensayo de Prevnar-13 vs. Prevnar, su antecesor), los resultados obtenidos son siempre relativos, respondiendo a la pregunta ¿Cuántos más (o menos) eventos adversos produce la vacuna? ¿La nueva causa de la vacuna en comparación con la vacuna actual?

Por ejemplo, si (de 1.000 sujetos) se observaran 24 casos de fiebre alta en el grupo de prueba,

mientras que se notificaron 20 casos de este tipo en el grupo de control, la nueva vacuna parecería aumentar las probabilidades de fiebre alta en un 20% (relativamente a la vacuna actual).

Se trata de un dato importante, ya que revela cómo se compara la seguridad de la vacuna de nueva generación con la de su predecesora. Sin embargo, es imposible calcular a partir de un ensayo como éste la tasa absoluta de eventos adversos causados por la vacuna experimental, es decir, la tasa de eventos adversos por vacunar en comparación con no vacunar.

La tasa absoluta no se pudo calcular porque el grupo de control recibió un compuesto (la vacuna actual) que no es inerte (neutral), sino que tiene sus propios efectos secundarios. En el ejemplo anterior, se observaron 24 casos de fiebre alta en los receptores de la nueva vacuna y 20 casos en los receptores actuales de la vacuna. ¿Pero cuántos casos se habrían reportado en el ensayo a los que se les dio un verdadero placebo?

Este ensayo no puede responder a esa pregunta; por lo tanto, la tasa absoluta de eventos adversos causados por la nueva vacuna no se puede calcular a partir de los datos del ensayo.

Se podría decir que la nueva vacuna causa 24 casos de fiebre alta por cada 1.000 sujetos, pero esta cifra no representaría una estimación ^[1] fiable.

^[1] La tasa de 24 por 1.000 representa un “techo” del fenómeno, como se observó en el ensayo. El “piso” es, por supuesto, cero.

Ya que no tiene en cuenta la tasa de fondo del fenómeno, que no se midió en el ensayo. Para determinar la verdadera tasa de eventos adversos de una vacuna de nueva generación, se debe realizar un ensayo de tres brazos, combinando los dos métodos descritos anteriormente.

En este tipo de ensayo, los sujetos serían asignados aleatoriamente en tres grupos, uno de ensayo y dos de control: el grupo de ensayo recibiría la vacuna de nueva generación, el primer grupo de control recibiría la vacuna actual y el segundo grupo de control recibiría una vacuna inerte o placebo.

Este diseño de ensayo se considera de excelente calidad, ya que mide tanto la tasa absoluta de eventos adversos (comparando la nueva vacuna con el placebo) como la tasa relativa (comparando la nueva vacuna con la vacuna actual).⁸

Desde el punto de vista de la salud pública desde esta perspectiva, el ensayo de tres brazos responde a dos preguntas importantes:

- (1) ¿Cuántos eventos adversos causa la nueva vacuna en comparación con no vacunar?
- (2) ¿Cuántos eventos adversos causa la nueva vacuna en comparación con la vacuna existente? ^[1]

^[1] Para superar las objeciones éticas a un ensayo de tres grupos, la administración de la vacuna existente a los participantes del grupo placebo podría retrasarse varios meses, para no impedirles obtener la protección que se supone que proporciona. Alternativamente, el ensayo podría llevarse a cabo en un país donde la vacuna existente no se proporcionara de manera rutinaria, de modo que el grupo de control no se vería privado de un tratamiento que los sujetos recibirían de otro modo.

Continuando con nuestro ejemplo de Prevnar, si el grupo de control que recibió placebo informó, digamos, 8 casos de fiebre alta por cada 1000 sujetos, entonces el estudio indica que la nueva vacuna – que, como recordamos, provocó 24 casos de fiebre alta por cada 1.000 sujetos – aumentó el riesgo de fiebre alta en un factor de tres (o, dicho de otro modo, causó 16 casos más por cada 1.000 sujetos), en comparación con no vacunar.

Otro escenario en el que sería apropiado un ensayo de tres brazos es restablecer la seguridad de una vacuna heredada que se probó originalmente hace muchos años.

El entorno en el que nacen los niños de hoy puede diferir significativamente en aspectos cruciales relacionados con la salud del entorno en el que se probó una vacuna de primera generación hace décadas.

Por ejemplo, la vacuna actual contra el sarampión, las paperas, la rubéola y la varicela (MMRV) (ProQuad) es la “nieta” de la vacuna MMR original, que se probó a finales de los años 1960.

En aquel entonces, el calendario de vacunas consistía únicamente en las vacunas contra la difteria y la tos ferina (DPT) y la polio, y la primera dosis se administraba a los dos meses de edad.

Si ProQuad se probara clínicamente contra la MMR original (Sarampión Rubeola y Paperas, SRP) y se demostrara que tiene un perfil de seguridad similar, ¿podríamos asumir que es segura solo porque su vacuna original se consideró segura hace 50 años?

Las vacunas contra Sarampión Rubeola y Paperas, SRP, (MMR en inglés) generalmente se administran en el segundo año de vida, después de que ya se haya administrado la mayor parte del calendario de vacunas infantiles .

Si, hipotéticamente, el riesgo de efectos perjudiciales de la vacuna contra Sarampión Rubeola y Paperas, SRP también llamada triple vírica, si los efectos estuvieran relacionados con la carga de vacunas administradas previamente, entonces no podríamos aceptar automáticamente la seguridad actual de la triple vírica original.

Recuerde que la triple vírica SRP, se probó por primera vez cuando el calendario de vacunas consistía de sólo otras dos vacunas. Si se probara hoy, con muchas más vacunas en el calendario, algunas de las cuales se administran a madres embarazadas, otras a recién nacidos y bebés de un mes de edad, ¿aún se demostraría que es segura?

Y el cambio en el programa de vacunas es sólo un aspecto del entorno que puede afectar la seguridad de una vacuna determinada. Otros factores, como las condiciones genéticas <https://nap.nationalacademies.org/read/13164/chapter/5#82>, la exposición a sustancias químicas, los cambios en la dieta, la contaminación del aire, la radiación, etc., también podrían influir.

Por lo tanto, un ensayo clínico que compare ProQuad con la SRP (MMR) sola es deficiente, ya que dependería de la supuesta seguridad de una vacuna SRP (MMR) que podría ya no ser segura. Una vez

más, un tercer grupo que reciba un placebo es la solución adecuada al problema.^[k]

^[k] Se podría afirmar que los problemas de seguridad de una vacuna que se ha utilizado durante muchos años se habrían descubierto antes mediante otros medios de vigilancia, como los sistemas de notificación de eventos adversos y los estudios epidemiológicos. Sin embargo, estas medidas son mucho menos fiables que los ensayos controlados aleatorios. Además [los sistemas de informes de efectos adversos no funcionan como corresponden](https://cienciaysaludnatural.com/sistemas-de-resportes-de-efectos-adversos-de-vacunas-no-funcionan/) <https://cienciaysaludnatural.com/sistemas-de-resportes-de-efectos-adversos-de-vacunas-no-funcionan/> y los médicos no conocen todos los efectos adversos que aparecen.

Para resumir, en un ensayo clínico de una vacuna (completamente) nueva, el grupo de control debe recibir un placebo para que la tasa absoluta de la vacuna se pueda determinar los eventos adversos .

Este diseño no plantea un problema ético, ya que la vacuna no tiene alternativa existente.

En un ensayo de una vacuna de nueva generación, un grupo de control debería recibir la vacuna actual y otro debería recibir un placebo (un ensayo de tres brazos).

Grupo de control externo

Otro punto importante a considerar es que un grupo de control de un ECA no puede reemplazarse con datos de otro ensayo ni con ninguna otra tasa de fondo calculada externamente. En otras palabras, no es científicamente válido sacar conclusiones comparando la tasa observada de cualquier fenómeno en un ensayo controlado aleatorio con la tasa informada en otro ensayo o con una tasa observada en la población general.^[l]

^[l] Salvo en casos muy específicos y limitados que no son relevantes para esta discusión.

Por ejemplo, si en un ensayo de vacuna particular, la incidencia reportada del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL o “muerte de cuna”)^[m] en el grupo de ensayo fue del 0,5% (1 en 200), los investigadores no pudieron comparar esta tasa con la tasa de fondo del fenómeno. en la población (digamos 0,8%), determinando así que la vacuna redujo el riesgo de SMSL. Esto se debe a que los participantes del ensayo constituyen un subgrupo que podría poseer características específicas, conocidas o desconocidas, que no son representativas de toda la población.

^[m] La muerte en la cuna, formalmente denominada síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), es el término que se utiliza cuando un bebé muere sin una razón aparente. [El 50 % de los casos de muerte súbita del bebe ocurren dentro de las 48 horas posteriores a una vacuna](#)

Potencialmente, esto podría producir resultados de ensayo que no son comparables con las tasas de la población general.⁹ Por ejemplo, la proporción de bebés que participan en un ensayo cuyos padres fuman puede ser mucho menor que la tasa general en toda la población, lo que distorsiona la incidencia de muerte en los participantes del ensayo en dirección descendente. Por supuesto, es igualmente posible inclinarse en la dirección opuesta.

De manera similar, hay poco mérito científico en comparar resultados de diferentes ensayos clínicos. Por ejemplo, no se pueden extraer conclusiones significativas al comparar los resultados de un ensayo de Prevnar-13 realizado en bebés del área de Nueva York en 2010 con los de un ensayo de

Prevnar realizado en Filadelfia en 2005.

Esto se debe al principio de aleatorización del ensayo controlado aleatorio (ECA), que requiere que los participantes del ensayo se dividan aleatoriamente entre el grupo de ensayo y el grupo de control. Obviamente, los grupos cuyos miembros fueron seleccionados en diferentes momentos y lugares no cumplirían este requisito.

En los ejemplos anteriores, cualquier diferencia en los resultados de los ensayos podría deberse enteramente a diferencias entre los grupos, como diferentes niveles socioeconómicos, exposiciones ambientales o características de comportamiento.

El principio descrito anteriormente es bien conocido por la industria farmacéutica y aparece en numerosos folletos de los fabricantes de vacunas. Por ejemplo, el prospecto de la vacuna contra la hepatitis A (Havrix) de Glaxo-Smith-Kline (GSK) dice: “Debido a que los ensayos clínicos se realizan en condiciones muy variables, las tasas de reacciones adversas observadas en los ensayos clínicos de una vacuna no pueden compararse directamente con tasas en los ensayos clínicos de otra vacuna y pueden no reflejar las tasas observadas en la práctica”.¹⁰

Ensayos clínicos en niños

Durante la mayor parte del siglo XX, la opinión predominante en el mundo de la medicina era que, debido a la relativa fragilidad de los niños (en comparación con los adultos), se les debía proteger de los peligros de la investigación médica.

La falta de conocimiento científico sobre los efectos de las intervenciones médicas (como los medicamentos) en los niños llevó a que la administración de medicamentos a niños fue en gran medida un experimento de amplio alcance.

En 1977 la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) publicó nuevas directrices que regulaban la participación de niños en ensayos clínicos.

En las nuevas directrices, la AAP afirma que los medicamentos y las vacunas deben probarse en la población a la que están destinados (en este caso, los niños) y que este requisito no sólo es ético, sino también esencial para su salud.¹¹

En las décadas siguientes, diversas organizaciones médicas internacionales han formulado normas éticas que rigen la participación de niños en ensayos clínicos de medicamentos y vacunas. Según estas reglas, los niños sólo pueden ser incluidos en experimentos destinados a lograr un importante objetivo científico o de salud pública directamente relacionado con la salud y el bienestar de los niños. Los niños no deben participar en estudios que no promuevan tales objetivos, como estudios diseñados simplemente para confirmar los resultados de otros estudios o estudios diseñados para avanzar en el conocimiento científico que no concierne a los niños.¹²

Además, el código de ética médica establece que todas las partes involucradas en un ensayo deben sopesar cuidadosamente el beneficio potencial para los niños participantes frente a los peligros

potenciales involucrados.

Si no se puede esperar que los participantes del estudio se beneficien de la intervención dada, entonces el riesgo inherente de la intervención debe ser «mínimo», especialmente si el sujeto no ha dado su consentimiento para participar en el ensayo (como es el caso de los bebés). Por ejemplo, si los niños asignados al grupo de control de un ensayo farmacológico recibieran un medicamento ficticio (placebo) y un análisis de sangre, entonces tanto el medicamento como la extracción de sangre no deberían presentar más que un riesgo “mínimo”. Además, el beneficio potencial debería ser lo suficientemente sustancial como para justificar el riesgo de la intervención.¹³

Por ejemplo, en un ensayo de un jarabe para la tos para niños, el riesgo asociado con el nuevo medicamento debería ser relativamente bajo ya que el beneficio potencial sería relativamente bajo, mientras que el beneficio potencial en un ensayo de un medicamento contra el cáncer infantil sería significativamente mayor, por lo que el riesgo que representa el medicamento también podría ser proporcionalmente mayor.

Un enfoque más indulgente sostiene que incluso si un procedimiento judicial no tiene expectativas de beneficio, se permite un «aumento menor sobre el riesgo mínimo» si el experimento tiene el potencial de obtener conocimientos sobre el trastorno de los sujetos que se considera de «vital importancia».

Sin embargo, incluso con este enfoque, el riesgo asociado con la intervención no debe exceder el riesgo que enfrentaría un niño sano en la vida cotidiana y no debe causar daños permanentes o irreparables.

En todo caso, deberá existir un conocimiento previo del nivel de riesgo inherente al procedimiento. Si se desconoce el riesgo, no se puede determinar que sea “un aumento menor sobre el riesgo mínimo”.¹⁴

Es importante señalar que la discusión anterior es igualmente válida tanto para el grupo de prueba como para el de control de un experimento. Ahora que estamos familiarizados con las diferentes fases clínicas del proceso de aprobación de la vacuna, el propósito de los grupos de control en ensayos controlados aleatorios y las limitaciones éticas impuestas a la participación de los niños en la investigación médica, podemos examinar mejor el procedimiento deliberadamente defectuoso que utiliza la industria para realizar ensayos clínicos de vacunas.

Procedimiento deliberadamente defectuoso que utiliza la industria para realizar ensayos clínicos de vacunas

Un problema y una solución

Dediquemos un momento a examinar un escenario hipotético: una importante compañía farmacéutica ha desarrollado un nuevo medicamento contra un problema médico particular. Después de sus ensayos preliminares, la compañía se da cuenta de que el medicamento está asociado con una incidencia relativamente alta de efectos secundarios graves que pueden afectar negativamente sus posibilidades de obtener la aprobación de la FDA.

Supongamos que, dado que la empresa gastó cientos de millones de dólares en desarrollar el

fármaco y el segmento de mercado objetivo vale miles de millones de dólares en ventas al año, la empresa decide seguir adelante con el proceso de concesión de licencia e iniciar un ensayo clínico de fase 3. Teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿cuáles son las opciones de la empresa, legales e ilegales, para garantizar que el ensayo demuestre un perfil de seguridad positivo, despejando así el camino para la aprobación del medicamento?

Una opción es reducir artificialmente la incidencia de eventos adversos informados en el grupo del ensayo (el grupo que recibe el nuevo medicamento), reteniendo o modificando datos para casos específicos.

La dificultad con esta técnica es que durante la duración del ensayo, debido al doble ciego obligatorio, los investigadores no saben qué sujetos pertenecen a qué grupo del ensayo. Por lo tanto, no se pueden suprimir o diluir los informes de un grupo específico (el grupo de prueba, en este caso) dejando intactos los del otro.

No es probable que la supresión aleatoria de los informes logre el efecto deseado, ya que la proporción de eventos adversos en cada uno de los dos grupos probablemente no cambiaría mucho.

Otra opción teórica sería modificar los resultados una vez concluida la etapa clínica del ensayo, momento en el cual se elimina el enmascaramiento y los datos quedan completamente disponibles para los investigadores.^[n]

^[n] Los estudios ensayo controlado aleatorizado, ECA, (RCT) triple ciego evitan este tipo de posibilidad al ocultar la identidad del grupo incluso en la etapa de análisis. Los estudios de este tipo son poco frecuentes y no suelen formar parte de los ensayos previos a la autorización de vacunas.

La dificultad con este enfoque es que se falsifican los datos del ensayo. Es un delito penal que puede acarrear graves consecuencias para la empresa y los propios investigadores, lo que la convierte en una opción poco atractiva. Pero Pfizer la ha usado y como así también Merck y otros laboratorios y solo pagan multas que abonan con gusto, sabiendo que recuperarán el dinero varias veces, con su producto fraudulento.

Otra opción sería utilizar diversas técnicas estadísticas para crear un perfil de seguridad falso para el fármaco que se está probando. La dificultad con este enfoque es que el diseño de la prueba controlada aleatorizada o ensayo controlado aleatorizado (en inglés, randomized controlled trial, RCT) reduce en gran medida la capacidad de los investigadores para afectar los resultados, ya que obtienen acceso al conjunto completo de datos en un momento en que los datos ya no pueden modificarse.

Con una capacidad limitada para controlar los datos, puede resultar bastante difícil eliminar señales no deseadas mediante manipulación estadística y, al mismo tiempo, cubrir con éxito las huellas.

La última opción disponible para la empresa que desea ocultar la información de su producto de efectos secundarios indeseables es diseñar un ensayo en el que la tasa informada de eventos adversos en el grupo de control probablemente sea muy similar a la del grupo de ensayo.

Como se describió anteriormente, el grupo de control del ECA representa la tasa inicial con la que se compara el grupo de prueba. Una proporción similar entre los dos grupos indicaría que los eventos adversos informados en el grupo del ensayo fueron el resultado del «tasa de fondo» únicamente y no fueron causados por el fármaco experimental.



Este es otro ejemplo de como Merck oculta los datos en el prospecto de su vacuna Gardasil contra el Virus de Papiloma Humano, VPH. En el siguiente video queda demostrado que la vacuna Gardasil contra el VPH, en los ensayos clínicos realizados por el fabricante (Merck) causó que 1 cada 40 vacunadas contrajeran una enfermedad autoinmune que podría durar toda la vida. <https://bitchute.com/video/qF54EmZg3MRt/> comprobar con el prospecto de la propia vacuna en: <https://www.fda.gov/media/74350/download>

Esta técnica tiene tres ventajas distintas:

- (1) es 100% legal,
- (2) es muy efectiva y, como resultado,
- (3) cuenta con la aprobación total de las autoridades de licencias de todo el mundo.

Como veremos en breve, este método es exactamente el que emplean los fabricantes de vacunas para ocultar deliberadamente la incidencia real de los efectos adversos de las vacunas.

Todo el programa de vacunas se basa en este engaño.

Placebo falso

Es prácticamente imposible expresar con ligereza el resultado final del análisis presentado anteriormente, así que aquí va la explicación: los ensayos de vacunas en general, y los ensayos de vacunas infantiles en particular, están diseñados deliberadamente para ocultar la verdadera incidencia de eventos adversos de la vacuna que se está probando.

¿Cómo lo hacen? Mediante el uso de un esquema de dos pasos: primero, siempre se prueba una nueva vacuna (una que no tiene predecesora) en un Ensayos clínicos aleatorizados, ECA de fase 3 en el que el grupo de control recibe otra vacuna (o un compuesto muy similar a la vacuna experimental, ver explicación a continuación). Una nueva vacuna pediátrica nunca se prueba durante su proceso de aprobación formal frente a una solución neutra (placebo).

Comparar un grupo de prueba con un grupo de control al que se le administró un compuesto que probablemente cause una tasa similar de eventos adversos facilita la formación de un perfil de seguridad falso. Se dice que la tasa de eventos adversos de la vacuna probada es similar a la “tasa inicial”, por lo que se considera segura. Los investigadores y el fabricante de vacunas para el que trabajan parecen “olvidar” que el compuesto que administraron al grupo de control es una sustancia bioactiva, que conlleva sus propios riesgos y efectos secundarios, y difícilmente representa la tasa inicial o de fondo que es esencial para un ECA para una nueva vacuna.

Por lo tanto, la vacuna se aprueba y se agrega a los programas nacionales de vacunación en todo el mundo. Luego, cuando llegue la vacuna de “próxima generación”, sus ensayos clínicos previos a la licencia siempre compararán la nueva vacuna con la vacuna actual y nunca con un placebo. Por lo

tanto, todas las partes involucradas garantizan que nunca se descubra la verdadera tasa de eventos adversos de la vacuna (tanto para la vacuna original como para la mejorada) y que esa tasa nunca se comparta con el público, ni siquiera con el mundo médico.

La práctica de administrar una vacuna diferente al grupo de control en un ECA de una vacuna completamente nueva y llamarla “placebo” es una tergiversación deliberada del término. Como se explicó anteriormente, un placebo es un compuesto (o procedimiento) que no afecta los parámetros medidos en el ensayo. Al probar la eficacia de una nueva vacuna, los investigadores miden el nivel de anticuerpos de la enfermedad en ambos grupos de estudio, por lo que la sustancia administrada al grupo de control no debe afectar ese nivel de anticuerpos, o la comparación perderá sentido.

Por ejemplo, en un hipotético nuevo ensayo de vacuna contra la hepatitis C, no tendría sentido científico inyectar a los sujetos del grupo de control un compuesto que podría aumentar (o disminuir) los anticuerpos contra la hepatitis C de los sujetos. Hacerlo impediría una válida evaluación del efecto de la vacuna sobre el nivel de anticuerpos, ya que la sustancia tomada por los controles podría haber distorsionado la comparación.

El análisis anterior también es válido para las pruebas de seguridad. Si el compuesto administrado al grupo de control tiene sus propios efectos secundarios importantes, no puede considerarse un verdadero placebo.

Si las tasas de eventos adversos observadas en los grupos de ensayo y control parecen similares, ¿es porque la vacuna experimental es segura o porque el compuesto de control es tan inseguro como la vacuna? Sería imposible saberlo. Entonces, darle al grupo de control una sustancia activa en un ECA destinado a probar la seguridad sería una mala decisión de diseño.

Sin embargo, así es exactamente como se llevan a cabo los ensayos de fase 3 de nuevas vacunas: en lugar de un placebo, el grupo de control recibe una vacuna diferente, que seguramente provocará sus propios efectos adversos y de ninguna manera puede considerarse una sustancia neutra.

Esta práctica de administrar una vacuna diferente al grupo de control en un ensayo de nueva vacuna no tiene relación con las pruebas de eficacia: es muy probable que la vacuna de control, que generalmente se dirige a una enfermedad diferente, no tenga ningún efecto sobre el nivel de anticuerpos del grupo. enfermedad a la que se dirige la vacuna de prueba.

Por lo tanto, utilizando nuestro ejemplo de hepatitis C, si los sujetos del grupo de control en el ensayo de la vacuna recibieran la vacuna Pevnar, no se esperaría ningún cambio en su nivel de anticuerpos contra la hepatitis C; de este modo se pudo determinar la verdadera eficacia de la vacuna de prueba. Pero esta falta de efecto no se aplica a la seguridad: dado que la vacuna Pevnar tiene sus propios efectos secundarios, no puede considerarse neutral en este contexto.

Por lo tanto, la verdadera tasa de eventos adversos de la vacuna experimental contra la hepatitis C no se puede determinar comparándola con la tasa en el grupo que recibió Pevnar, ya que los controles no recibieron un compuesto neutro.

Esta distorsión deliberada del concepto de placebo en los ensayos clínicos de nuevas vacunas es tan

frecuente que los investigadores y los prospectos de las vacunas con frecuencia se refieren al compuesto bioactivo administrado a un grupo de control como “placebo”, incluso cuando está claro que se trata de otra vacuna o un bioactivo similar compuesto, que en sí mismo no es neutral desde el punto de vista de la seguridad.¹⁵

El uso falso del término “placebo” permite a los investigadores concluir que el nuevo compuesto “demostró ser seguro” porque su tasa de eventos adversos fue similar a la del placebo, a pesar de que la sustancia que el grupo de control que recibió decididamente no fue un placebo.

Por ejemplo, en uno de los ensayos de la vacuna DTaP^[p], la tasa de ingresos hospitalarios en el grupo del ensayo fue de casi 1 de cada 22 sujetos. Los investigadores no consideraron esta estadística.

^[p] Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina que contiene un componente acelular de tos ferina.

Sin embargo, es alarmante porque en los grupos de control que recibieron diferentes vacunas DTP,^[q] la tasa de hospitalización fue similar.¹⁶ ¿Una tasa de hospitalización tan alta en los participantes del ensayo no estaba relacionada con las vacunas utilizadas, o fueron ellas las principales culpables? Sólo el uso de un verdadero grupo de control con placebo podría responder esa pregunta.¹⁷

^[q] La versión anterior de la vacuna DTaP que contiene una vacuna contra la tos ferina de células enteras.

No se puede encontrar ninguna explicación lógica para la práctica ubicua de administrar compuestos bioactivos a grupos de control en ensayos de nuevas vacunas más que el deseo de ocultar la verdadera tasa de eventos adversos de la vacuna.

Probar una nueva vacuna frente a un placebo en un ECA es la opción más sencilla, segura, barata y fiable. La solución salina (agua salada esterilizada), por ejemplo, es un compuesto seguro, confiable, ampliamente disponible y económico, ciertamente en comparación con una vacuna. Debido a que no causa eventos adversos significativos ni produce anticuerpos específicos de la enfermedad, proporciona una base confiable para las pruebas de seguridad y eficacia y, por lo tanto, es ideal para su uso en grupos de control.

El cálculo de la tasa real de eventos adversos de la vacuna de prueba se vuelve sencillo. A pesar de sus claros beneficios como placebo, los fabricantes de vacunas prefieren no utilizar solución salina en los ensayos de vacunas, y la razón de esto ya debería ser obvia.

¿Cómo se probaron las vacunas programadas?

Ahora que se han sentado las bases, es hora de considerar las vacunas incluidas en el calendario de vacunación infantil recomendado por los CDC: ¿Cómo se probó su seguridad antes de obtener la aprobación para su comercialización? ¿Se “arreglaron” los ensayos clínicos de estas vacunas de la manera descrita anteriormente? ¿Se compararon con placebos (reales)? ¿Se conoce su verdadera tasa de eventos adversos?

Según el actual programa de vacunación de los CDC,¹⁸ todos los niños reciben de forma rutinaria vacunas contra 14 enfermedades diferentes antes de los dos años de edad. Examinemos cada una de estas

vacunas.

Estudios de diferentes vacunas sin placebo real

Vacunas contra la difteria, el tétanos, la tos ferina acelular (DTaP)

La vacuna DTaP se administra en varias combinaciones (con o sin componentes inactivados de polio, Hib y hepatitis B) y es fabricada por dos empresas: GlaxoSmithKline (GSK) y Sanofi Pasteur.

La vacuna Pediarix de GSK protege contra cinco enfermedades: difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B y polio. La sección de seguridad del prospecto de la vacuna menciona 14 ensayos clínicos en los que participaron 8.088 sujetos. En el mayor de los ensayos, realizado en Alemania, el grupo de ensayo recibió la vacuna Pediarix y una vacuna Hib, mientras que el grupo de control recibió Infanrix (vacuna DTaP, ver más abajo), Hib y vacunas orales contra la polio. En otro ensayo mencionado explícitamente en el folleto, Pediarix se probó contra un grupo de control que recibió las vacunas Infanrix, hepatitis B y polio inactivada. El folleto no describe los compuestos administrados a los grupos de control en los 12 estudios de seguridad restantes, aparte de indicar que todos recibieron “vacunas de comparación”.¹⁹

GSK también fabrica una vacuna 4 en 1 llamada **Kinrix**, que es idéntica a el Pediarix anterior, menos el componente de hepatitis B. En el ensayo clínico más grande de la vacuna, **el grupo de control recibió las vacunas Infanrix e IPOL (polio)**. A todos los participantes del ensayo también se les administró concomitantemente una dosis de la vacuna contra Sarampión, Rubeola y Paperas SRP (MMR en inglés).

El prospecto no menciona ningún ensayo que involucre un grupo de control con placebo.²⁰

¿Y cómo se probó la vacuna **Infanrix** antes mencionada? Se probó la seguridad de la vacuna, que incluye componentes contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular, en un ensayo clínico contra un **grupo de control que recibió la vacuna DTP (la versión más antigua, de células enteras, contra la tos ferina)** y en otro que no tenía control. grupo.²¹

¿Qué pasa con la vacuna **DTP de generación anterior** ? ¿Qué pruebas de seguridad le hicieron? Aunque se sabe que esta vacuna ha causado efectos secundarios graves en los bebés (y por lo tanto fue reemplazada por **la vacuna DTaP más nueva a fines de la década de 1990**),²² **nunca fue probada en un ensayo clínico moderno en el que el grupo de control recibió un verdadero placebo.**²³

La vacuna, que se desarrolló en la primera mitad del siglo XX, se sometió a una serie de ensayos en las décadas de 1930 y 1940, en una época en la que el concepto de ensayo controlado aleatorio estaba todavía en su infancia.

Por lo tanto, en la mayoría de estos ensayos no hubo un grupo de control aleatorio y los investigadores dedicaron poco esfuerzo a recopilar información sobre los efectos secundarios de la vacuna probada.²⁴

Además de lo anterior, se realizó una búsqueda en el sitio web [Clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov), un repositorio de ensayos clínicos realizados desde el año 2000, arroja docenas de **resultados para la familia de vacunas Infanrix de GSK. Ninguno de ellos especifica un ECA con un grupo de control con placebo.**²⁵

En resumen, la seguridad de las vacunas 5 en 1 y 4 en 1 de GSK se probó frente a la vacuna triple (DTaP), que a su vez se probó frente a la vacuna de generación anterior, (DTP), cuya seguridad nunca fue probada en un ECA con un grupo de control con placebo.

Una tortuga parada sobre el lomo de otra tortuga, parada sobre el lomo de otra tortuga más, hasta el final. Además de la familia de vacunas contra la difteria, el tétanos y la tos ferina de GSK analizadas anteriormente, la línea de vacunas DTaP de Sanofi Pasteur también está aprobada para su uso en los EE. UU.

La vacuna Pentacel (DTaP, polio y Hib) fue probada en cuatro ensayos clínicos durante su proceso de licencia. En tres de los ensayos, los participantes del grupo de control recibieron una variedad de vacunas diferentes.²⁶ El cuarto ensayo parece haber tenido un grupo de control que no recibió ninguna vacuna. Sin embargo, el documento de revisión clínica presentado a la FDA revela que el ensayo en realidad no tenía un grupo de control.²⁷

Se probó la seguridad de la vacuna **Quadracel 4 en 1 de Sanofi (DTaP y polio)** en un ensayo clínico de gran tamaño. **El grupo de control recibió las vacunas 3 en 1 (Daptacel) y contra la polio de Sanofi.²⁸**

Daptacel, la triple vacuna DTaP de Sanofi, se sometió a cuatro ensayos clínicos durante su proceso de concesión de licencia. Todos los ensayos fueron aleatorios y controlados, y en todos ellos, **el grupo de control recibió diferentes combinaciones de vacunas DTaP o DTP, a veces también al mismo tiempo que otras vacunas.²⁹**

Las tasas de eventos adversos en los ensayos revisados anteriormente siempre se compararon con tasas observadas en grupos de control cuyos participantes también recibieron vacunas. Por ejemplo, un importante estudio realizado en Suecia a principios de los años 1990 compararon cuatro vacunas diferentes relacionadas con la DTP y descubrieron que los eventos adversos graves (convulsiones, eventos potencialmente mortales, aparición de enfermedades crónicas y más) ocurrieron en aproximadamente 1 de cada 200 vacunados.

Se informaron eventos adversos clasificados como “prohibido en vacunación futura” en 1 de cada 100 vacunados, y aproximadamente 1 de cada 22 sujetos fueron ingresados en un hospital.³⁰ Sin embargo, dado que las tasas para los grupos de vacuna de nueva generación (DTaP) fueron similares a en el caso de los grupos de vacunas de la vieja generación (DTP), las nuevas vacunas recibieron luz verde.

Conclusión vacuna DTaP

La conclusión es que ninguno de los muchos productos de ninguna de las líneas de la familia de **vacunas DTaP** que se administran habitualmente en los EE. UU. ha sido probado para determinar su seguridad en un ensayo clínico con un grupo controlado con placebo.

Cienciaysaludnatural.com/ninguna-vacuna-tiene-estudios-de-seguridad-como-corresponde

Calendario Infantil de Vacunación de EE.UU y Varios Países			
Tipo De Vacuna	Grupo De Prueba Recibió	Grupo Control Recibió	¿Control con Placebo?
DTaP	Infanrix (GSK) ¹⁶	DTP	NO
	Daptacel (Sanofi) ¹⁷	DT or DTP	NO
Hib	ActHIB (Sanofi) ¹⁸	Hepatitis B Vaccine	NO
	Hiberix (GSK) ¹⁹	ActHIB	NO
	PedvaxHIB (Merck) ²⁰	Lyophilized PedvaxHIB ²¹	NO
Hepatitis B	Engerix-B (GSK) ²²	Sin grupo control	NO
	Recombivax HB (Merck) ²³	Sin grupo control	NO
Pneumococcal	Pprevnar 13 (Pfizer) ²⁴	Pprevnar ²⁵	NO
Polio	Ipol (Sanofi) ²⁶	Sin grupo control	NO
Del día 1 que nace a los 6 Meses de vida			
Combination Vaccines	Pediarix (GSK) ²⁷	ActHIB, Engerix-B, Infanrix, IPV, and OPV	NO
	Pentacel (Sanofi) ²⁸	HCPDT, PolioVAX, ActHIB, Daptacel, and IPOL	NO
De los 6 a 18 meses de vida			
Hepatitis A	Havrix (GSK) ²⁹	Engerix-B	NO
	Vaqta (Merck) ³⁰	AAHS and Thimerosal	NO
SRP (MMR)	M-M-R II (Merck) ³¹	Sin grupo control	NO
Chicken Pox	Varicella (Merck) ³²	Stabilizer and 45mg of Neomycin	NO
Combo Vaccine	ProQuad (Merck) ³³	SRP M-M-R II and Varivax	NO
Flu ³⁴ Gripe	Fluarix (IIV4) (GSK) ³⁵	Pprevnar13, Havrix and/or Varivax or unlicensed vaccine	NO
	FluLaval (IIV4) (ID Bio) ³⁶	Fluzone (IIV4), Fluarix (IIV3) or Havrix	NO
	Fluzone (IIV4) (Sanofi) ³⁷	Fluzone (IIV3)	NO
De los 18 meses A 18 años de vida			
Tdap	Boostrix (GSK) ³⁸	DECAVAC or Adacel	NO
	Adacel (Sanofi) ³⁹	Td (for adult use)	NO
HPV	Gardasil (Merck) ⁴⁰	AAHS or Gardasil carrier solution (Sodium Chloride, L-histidine, Polysorbate 80, Sodium Chloride, and Yeast Protein) (594 subjects)	NO
	Gardasil-9 (Merck) ⁴¹	Gardasil or Placebo (306 personas recibieron 3 dosis de Gardasil)	YES ⁴²
Meningococcal	Menactra (Sanofi) ⁴³	Menomune	NO
	Menveo (GSK) ⁴⁴	Menomune, Boostrix, Menactra, or Mencevax	NO
Combination Vaccines	Kinrix (GSK) ⁴⁵	Infanrix and Ipol	NO
	Quadracel (Sanofi) ⁴⁶	Daptacel and Ipol	NO
Flu ⁴⁷ Gripe	Afluria (IIV3) (Seqirus) ⁴⁸	Fluzone (IIV3)	NO
	Afluria (IIV4) (Seqirus) ⁴⁹	Fluarix (IIV4)	NO
	Flucelvax (IIV4) (Seqirus) ⁵⁰	Flucelvax (IIV3) or a (Seqirus) investigational vaccine	NO

<https://cienciaysaludnatural.com/ninguna-vacuna-tiene-estudios-de-seguridad-como-corresponde> **ICAN**

Los ensayos clínicos de las vacunas infantiles no tuvieron grupo control con placebo para obtener la licencia <https://icandecide.org/wp-content/uploads/2019/09/ICAN-Reply-1.pdf>

Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)

La vacuna supuestamente protege contra la infección causada por la bacteria Haemophilus influenzae tipo b. Puede administrarse como componente de la vacuna Pentacel 5 en 1, comentada anteriormente, o como una vacuna separada.

En la actualidad, existen tres marcas independientes de vacunas Hib aprobadas para su uso en los Estados Unidos. **Hiberix** es producido por GSK. Su prospecto informa un único ECA en el que la vacuna se administró concomitantemente con varias otras vacunas (DTaP, polio, hepatitis B y otras). **Los dos grupos de control recibieron una vacuna Hib diferente o una vacuna DTaP-polio-Hib, junto con varias otras vacunas.**

Otros siete ensayos mencionados en el prospecto no fueron ciegos (“etiqueta abierta”) y aparentemente **no tenían grupos de control.**³¹

ActHIB, fabricado por Sanofi Pasteur, fue probado clínicamente para determinar su seguridad en tres ECA. En el primero, la vacuna se administró simultáneamente con la vacuna DTP, mientras que **el grupo de control recibió la vacuna DTP sola.**

En los otros dos ensayos, los grupos del ensayo recibieron una vacuna combinada con ActHIB como uno de sus componentes, mientras que **los grupos de control recibieron la misma vacuna combinada (sin el componente ActHIB) y una vacuna ActHIB separada.**³²

PedvaxHIB, de Merck, fue probado en bebés nativos americanos. El prospecto indica que el grupo de control recibió un placebo; sin embargo, **todos los participantes del ensayo también recibieron las vacunas DTP y OPV** de manera concomitante.³³

Vacuna contra la polio (IPV):

Similar a la vacuna Hib, la vacuna contra la polio inactivada se administra como un componente de las vacunas combinadas DTaP (analizada anteriormente) o como una vacuna independiente.

La vacuna **IPOL**, de Sanofi Pasteur, es la única marca actualmente autorizada y utilizada en los Estados Unidos. su prospecto no menciona ningún ECA previo a la licencia que se haya realizado para esta vacuna.³⁴

¿No se probó clínicamente la vacuna antes de ser introducida en el calendario estadounidense a principios de los años 1990?

Según un documento publicado por la FDA en 2018 tras una solicitud de la Ley de Libertad de Información (FOIA), la vacuna se sometió a dos ensayos clínicos. Sin embargo, **estos ensayos no cumplieron con los requisitos actuales para un ensayo controlado aleatorio de fase 3.**

El primer ensayo, que se llevó a cabo en 1980-1983, consistió en sólo 371 sujetos en el grupo de ensayo IPOL y aproximadamente el mismo número en **el grupo de control, que (y esto no debería sorprender a estas alturas) recibió la vacuna oral contra la polio (OPV).**

La OPV, fabricada por Lederle, era la única vacuna contra la polio autorizada en Estados Unidos en ese momento. Además, **todos los participantes del ensayo recibieron la vacuna DPT.** El ensayo fue controlado, aleatorizado y posiblemente ciego (aunque los documentos de licencia no lo indican explícitamente), pero obviamente no estaba ligado a placebo.

El segundo estudio, realizado en Buffalo, Nueva York, a finales de los años 1980, inscribió a 114 niños que se sometieron a una serie de tres vacunas, ya sea con IPOL, OPV o una combinación de ambas. **La mayoría de los niños también recibieron la vacuna DPT.** Este ensayo no fue controlado, aleatorizado ni ciego.³⁵

Por lo tanto, la seguridad de la vacuna inactivada contra la polio (IPV), establecida en dos ensayos pequeños, sólo uno de ellos con un ECA con algún tipo de grupo de control, se encuentra en la parte posterior de la seguridad de la vacuna oral contra la polio (OPV) de Lederle. ¿Y qué hay de control? Al parecer, no hubo. La vacuna Lederle, introducida en Estados Unidos a principios de la década de 1960, no tiene documentación pública de ningún ensayo clínico realizado antes o después de la autorización.

Vacuna Prevnar

La marca de vacuna Prevnar supuestamente protege contra múltiples cepas de la bacteria neumococo que puede causar neumonía. La vacuna Prevnar-13 protege contra 13 cepas bacterianas y se ha utilizado de forma rutinaria en los EE. UU. desde 2010. La vacuna reemplazó a la vacuna de generación anterior llamada Prevnar, que se introdujo en 2000 y protegía contra 7 cepas bacterianas.

¿Cómo se probó la seguridad de Prevnar-13 antes de su aprobación?

Al examinar el prospecto de la vacuna revela que **se probó con su predecesora, Prevnar.**³⁶ **En estos ensayos, se informaron eventos adversos graves en 1 de cada 12 bebés** que recibieron Prevnar-13 (8,2% de los sujetos) y un poco menos frecuentemente en los sujetos de Prevnar (7,2 %).³⁷

Pero, ¿cuántos bebés que participaron en el ensayo habrían experimentado eventos médicos graves si no hubieran sido vacunados? Esa pregunta no puede responderse porque **los ensayos de Prevnar-13 no incluyeron un grupo de control con placebo.** Como era de esperar, la tasa de eventos adversos en Prevnar-13 fue en general tasa similar, aunque ligeramente superior, a la de su predecesor; por lo tanto, la vacuna fue declarada “segura” y aprobada para su uso por la FDA.

Antes de su aprobación, la vacuna Prevnar se sometió a un importante ensayo clínico en Estados Unidos. En este ensayo, aproximadamente 17.000 bebés recibieron Prevnar y un número similar de controles recibió una vacuna contra la bacteria meningococo.³⁸

Una revisión del artículo científico que informa los resultados del ensayo revela que alrededor de 1.000 sujetos en total fueron hospitalizados (aproximadamente 1 de cada 35 bebés), y aproximadamente 1 de cada 16 tuvo visitas a la sala de emergencias (ER) dentro de los 30 días posteriores a recibir la vacuna.³⁹ Además de la vacuna Prevnar o meningocócica, todos los sujetos del ensayo recibieron vacunas DTP o DTaP simultáneamente. (Tenga en cuenta que la administración de las vacunas de prueba y de control al mismo tiempo que otras vacunas oscurece aún más los resultados, ya que es imposible determinar qué eventos adversos se deben a qué vacuna(s).)

¿Y qué pasa con la vacuna meningocócica que recibieron los sujetos del grupo de control? En 1998, año en que se llevó a cabo su ensayo, no existía ninguna alternativa a la vacuna Prevnar. Por tanto, no había razones éticas para no administrar al grupo de control una inyección de solución salina inerte. Sin

embargo, el fabricante optó por administrarle al grupo de control la vacuna meningocócica, a pesar de que aún no había sido aprobada por la FDA y todavía era “experimental”.⁴⁰

¿Por qué el fabricante, así como la FDA y otros organismos de aprobación de licencias, ¿Prefiere utilizar una vacuna experimental a la alternativa segura, económica, práctica y ética de un placebo salino? Sólo puede haber una respuesta: ocultar la verdadera tasa de eventos adversos de Plevnar.

Vacuna contra la hepatitis B:

Engerix-B es una vacuna contra la hepatitis B fabricada por GSK, que se administra de forma rutinaria a bebés estadounidenses. ¿Cómo se probó su seguridad? El prospecto de la vacuna proporciona una descripción excepcionalmente breve: “La incidencia de reacciones locales y sistémicas fue comparable a la de las vacunas contra la hepatitis B derivadas del plasma”.⁴¹

El prospecto menciona otro estudio de seguridad, realizado en niños de 11 a 15 años, donde tanto el **grupo de prueba como el de control recibieron la vacuna Engerix-B**, aunque se aplicaron diferentes regímenes de dosificación.⁴²



Dr. Stanley Plotkin asesor de laboratorios fabricantes de vacunas admite bajo declaración jurada que la Vacuna de Hepatitis B, solo tuvo 4 días de estudios de seguridad, lo indaga el abogado Aaron Siri bajo juramento <https://www.bitchute.com/video/0ojBNV0Z19PA/>

Twinrix, también fabricada por GSK, es una vacuna combinada contra la hepatitis A y B. Esta vacuna fue probada en ensayos clínicos contra un **grupo de control que recibió la vacunas únicas** contra la hepatitis A y B de la empresa (Havrix y Engerix-B, respectivamente).⁴³

Recombivax-HB es una vacuna contra la hepatitis B producida por Merck. Sorprendentemente, el prospecto no menciona ningún ECA sobre seguridad en lactantes que se haya realizado para esta vacuna.⁴⁴

En resumen, la seguridad de las tres vacunas contra la hepatitis B que se administran habitualmente a los recién nacidos no se ha probado en un solo ensayo clínico controlado aleatorio en el que un el grupo de control recibió un placebo.

Vacuna contra la hepatitis A:

En los Estados Unidos se utilizan habitualmente dos vacunas contra la hepatitis A : la vacuna GSK **Havrix** y la vacuna Merck **Vaqta**.

En un ensayo a gran escala en Tailandia con más de 40.000 participantes, se comparó Havrix de GSK con **un grupo de control que recibió Engerix-B**, la vacuna contra la hepatitis B de la compañía. En otros tres estudios clínicos, los grupos de ensayo recibieron la vacuna Havrix simultáneamente con otra vacuna y los

grupos de control recibieron varias otras vacunas (triple vírica, varicela y más).⁴⁵

Las pruebas de seguridad de la vacuna de Merck, Vaqta, no fueron muy diferentes. Según los documentos de licencia de la FDA, la vacuna fue probada en dos ensayos clínicos:⁴⁶

El primero (“Monroe”) no tenía grupo de control, mientras que el segundo, además de no tener grupo de control, administró Vaqta junto con otras dos vacunas.^[v]

^[v] Los eventos adversos observados en el segundo ensayo se compararon con un grupo de control “histórico”, es decir, con los resultados de otro ensayo de vacunas diferente. Como se explicó anteriormente en este capítulo, esta técnica no es científicamente válida porque entra en conflicto con el principio de aleatorización, que es uno de los pilares de un estudio RCT.

El prospecto de **Vaqta** menciona varios estudios adicionales, pero **ninguno con un grupo de control** que recibió un placebo. Es interesante observar que, contrariamente al documento de licencia de la FDA, el prospecto establece que hubo un grupo de control en el estudio “Monroe” y que recibió un placebo.

Una mirada más cercana revela que el “placebo” utilizado contenía el adyuvante de aluminio de la vacuna,^[w] ⁴⁷ y un **examen más detenido revela que también contenía el conservante timerosal (una sustancia a base de mercurio** eliminada de la mayoría de las vacunas a principios de la década de 2000).⁴⁸

^[w] El adyuvante es un estimulante del sistema inmunológico que está presente en algunas vacunas.

Como el mercurio es una potente neurotoxina y se utilizan adyuvantes de aluminio porque estimulan una fuerte reacción inmune; ambas sustancias están lejos de ser inertes y neutrales en cuanto a seguridad.

Vacuna contra el sarampión, las paperas, la rubéola y la varicela

Merck fabrica una vacuna contra la varicela de dosis única llamada **Varivax**. La sección de seguridad del prospecto menciona un “estudio doble ciego controlado con placebo” de 914 niños y adolescentes sanos, en el que sólo dos síntomas leves, dolor y el enrojecimiento en el lugar de la inyección “ocurrió a un ritmo significativamente mayor en los que recibieron la vacuna que en los que recibieron el placebo”.⁴⁹

¿Significa eso que se utilizó un placebo real en este ensayo? Definitivamente no. El artículo que describe el estudio revela que **el llamado placebo administrado al grupo de control era en realidad la vacuna de prueba** a la que se eliminó el componente viral.⁵⁰

No es de extrañar que las tasas de eventos adversos fueran similares entre los grupos de prueba y control.⁵¹

Otro estudio controlado comparó la seguridad de dos formulaciones diferentes de la vacuna Varivax. Según el folleto, los perfiles de seguridad de las dos formulaciones eran comparables.

Las dos vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola autorizadas para su uso en los EE. UU. son una vacuna 3 en 1 llamada **SRP (MMR II en inglés)** y una vacuna 4 en 1 (sarampión,

paperas, rubéola y varicela) llamada **ProQuad**. Ambos son fabricados por Merck.

La seguridad de **ProQuad** se probó en varios ensayos clínicos aleatorios, la mayoría de los cuales no fueron ciegos (estudios “abiertos”). El ECA más grande comparó ProQuad con **un grupo de control que recibió la vacuna MMR II de generación anterior y la vacuna Varivax al mismo tiempo**. Otro estudio en niños de 4 a 6 años dividió a los sujetos en **tres grupos: el primero recibió ProQuad y “placebo”; el segundo, MMR II y “placebo”; y el tercero, MMR II y Varivax**.

En los estudios abiertos, los participantes de los grupos de prueba y control recibieron vacunas adicionales.⁵²

El prospecto de la **SRP (MMR II)** no menciona ningún ensayo de seguridad.⁵³ Al igual que con la vacuna contra la polio (**IPOL**) descrita anteriormente, una solicitud de la FOIA reveló que La vacuna se probó a mediados de la década de 1970 en ocho pequeños ensayos clínicos.⁵⁴

Los grupos de control en todos los ensayos recibieron la vacuna predecesora (MMR), una vacuna contra el sarampión y la rubéola (MR) o una dosis única de la vacuna contra la rubeola. Un total de aproximadamente 850 niños recibieron MMR II. Algunos de los ensayos parecen haber sido aleatorios, pero ninguno fue cegado. Estos ensayos, considerados individualmente o en combinación, no cumplen con el requisito actual de un ensayo controlado aleatorio de fase 3, lo que podría explicar su ausencia total en el prospecto.

Finalmente, examinemos cómo se probó la vacuna SRP (MMR original), autorizada en 1971, antes de obtener el visto bueno del regulador. ¿Encontraremos un grupo de control que reciba placebo en los ensayos de esta vacuna heredada? Bueno, casi. Al igual que la MMR II, la MMR original se probó en algunos ensayos pequeños y medianos en los que la vacuna más nueva se administró a un total de más de 1000 bebés y niños.

Los sujetos de los grupos de control totalizaron aproximadamente una décima parte de ese número, y la mayoría de ellos eran hermanos de los niños vacunados (lo que viola el principio de aleatorización). Los participantes del grupo de control no recibieron ninguna inyección, lo que significa que los estudios no fueron cegados; todos sabían quién recibió la vacuna y quién no. **Al igual que con SRP, (MMR II), los ensayos MMR no cumplen con el estándar de los ECA de Fase 3.**⁵⁵

Evidentemente, la seguridad de la línea de vacunas SRP (MMR), como el resto de las vacunas en el programa de vacunación infantil de EE. UU., se probó de acuerdo con las recomendaciones de facto de la industria.

¿Mera coincidencia o diseño deliberadamente defectuoso?

Como hemos ilustrado claramente en las secciones anteriores, ninguna de las vacunas que los CDC recomiendan que reciban todos los niños estadounidenses fue probada para determinar su seguridad en un ensayo clínico de fase 3 en el que el grupo de control recibió un placebo inerte. Todas las vacunas revisadas en las páginas anteriores – de las cuales se administran decenas de millones de dosis a bebés y niños pequeños cada año en los EE.UU.– fueron probadas en ensayos que no incluyeron ningún grupo de control, o en aquellos en los que el llamado grupo de control recibió al menos otra vacuna.

¿Es simplemente una coincidencia que ninguna de estas vacunas haya sido probada contra un verdadero placebo, a pesar de que en muchos casos hacerlo habría sido más fácil, más barato y habría arrojado resultados más válidos que las pruebas que se realizaron? ¿Es sólo un accidente del destino que la metodología aceptada de todos los ensayos de vacunas infantiles oscurezca la tasa real de eventos adversos de la nueva vacuna?

Como se explicó al comienzo de esta discusión, probar la seguridad de una vacuna de próxima generación frente a su predecesora es justificable por motivos éticos: negar un tratamiento existente y probado a los sujetos del grupo de control sería inmoral. Sin embargo, no hay justificación para llevar a cabo una cadena de pruebas que al final no se sostiene en ninguna base científicamente probada.

Además, ¿qué posible justificación podría justificar ensayos de nuevas vacunas en los que los grupos de control reciban otras vacunas (a veces experimentales)? ¿Tendría alguna credibilidad un ensayo de seguridad para un cigarrillo nuevo si el grupo “control” estuviera formado por sujetos que fumaban un tipo diferente de cigarrillo?

Independientemente de que crea o no que esta metodología de ensayo es ética, sus consecuencias siguen siendo las mismas: la verdadera tasa de eventos adversos de las vacunas infantiles de rutina es prácticamente desconocida; por lo tanto, no existe ninguna base científica para afirmar que son seguros.



Luego de haber anunciado al público que las vacunas eran perfectamente seguras, la Dra. Soumya Swaminathan, científica jefa de la Organización Mundial de la Salud OMS, admitió (en privado ante los expertos) que no hay estadísticas para saber la cantidad y cuales son los efectos adversos que las vacunas causan. Sucedió durante la Cumbre Mundial de Seguridad de Vacunas de la OMS en diciembre de 2019 en Ginebra, Suiza. <https://www.bitchute.com/embed/uFT0zjelbgNT>

El hecho de que no sepamos con qué frecuencia las vacunas infantiles perjudican a los niños que las reciben arroja una sombra oscura sobre la legitimidad de los programas de vacunación en todo el mundo. Pero eso no es todo.

Peor aún, como veremos en breve, los ensayos de seguridad realizados para algunas vacunas infantiles violan descarada y gravemente el código de ética médica.

En cualquier ensayo clínico de vacunas, se debe lograr un equilibrio entre los beneficios potenciales de la vacuna (protección contra enfermedades) y los riesgos potenciales (eventos adversos). Cuando los sujetos de control en los ensayos de vacunas reciben otro tipo de vacuna, incluso si se hace para ocultar la tasa real de eventos adversos de la vacuna que se está probando, el compuesto que reciben tiene al menos algún potencial beneficio para ellos. Sin embargo, en los ensayos de la vacuna contra el rotavirus se violó flagrantemente este imperativo equilibrio ético entre riesgo y beneficio.

Los ensayos clínicos de las vacunas contra el rotavirus

El diseño de ensayos clínicos para las vacunas **RotaTeq y Rotarix** fue particularmente desafiante para sus fabricantes, Merck y GSK, respectivamente. Para empezar, la primera marca de vacuna contra el rotavirus (RotaShield) fue retirada del mercado⁵⁶ después de que se descubrió que aumentaba significativamente el

riesgo de intususcepción, una afección altamente peligrosa en los bebés.^[v]

^[v] La intususcepción es una afección en la que una parte del intestino se pliega hacia la sección inmediatamente anterior. Esto, a su vez, puede causar obstrucción intestinal e incluso requerir intervención quirúrgica. Si no se trata, la intususcepción puede provocar la muerte.

Esto significó que los ensayos clínicos para las nuevas vacunas contra el rotavirus habían terminado para cumplir con estándares de seguridad más altos. Además, las empresas se enfrentaron a un problema igualmente grave: con RotaShield fuera del mercado, no había ninguna vacuna adecuada para administrar a los sujetos del grupo de control.

Una dosis de vacuna contra el rotavirus, unas pocas gotas de un líquido opaco, se consume por vía oral. Por lo tanto, el grupo de control en sus ensayos clínicos no pudo recibir una vacuna administrada mediante inyección, ya que violaría el principio de cegamiento de los ECA.

Si el grupo de prueba fuera vacunado por vía oral, mientras que el grupo de control fuera inyectado, sería fácil distinguir a los dos grupos. En el momento en que comenzaron los ensayos de la vacuna contra el rotavirus, no había ninguna otra vacuna de ingestión oral autorizada para su uso.

El uso de la vacuna viva contra la polio (OPV), que también se consume por vía oral, se suspendió en los países occidentales varios años antes.^[aa]

^[aa] Esto ocurrió después de que se descubrió que [la vacuna podía causar parálisis](https://cienciaysaludnatural.com/las-propias-vacunas-contra-polio-son-las-culpables-del-aumento-del-numero-de-casos/) <https://cienciaysaludnatural.com/las-propias-vacunas-contra-polio-son-las-culpables-del-aumento-del-numero-de-casos/> en vacunados.

Como resultado, no había ninguna vacuna oral disponible para comparar con las vacunas contra el rotavirus en ensayos clínicos. Otra opción sería darle al grupo de control unas gotas de un líquido neutro, como una solución de azúcar o agua salada. Estos compuestos son seguros, económicos y cómodos de usar, ideales para probar la eficacia y seguridad de la vacuna. Como se trataba de vacunas completamente nuevas, que no tenían alternativa, no había objeciones éticas al uso de tal solución.

Así, por un lado, los fabricantes de vacunas contra el rotavirus no tenían una vacuna preparada para su uso en el grupo de control y, por otro, no había ningún impedimento para utilizar una sustancia barata, disponible y eficaz, como el agua azucarada.

Entonces, ¿cómo eligieron realizar sus ensayos clínicos de fase 3? Un examen preliminar del registro de los ensayos clínicos de la vacuna contra el rotavirus muestra que los grupos de control en los ensayos de RotaTeq y Rotarix recibieron... ¡un placebo!⁵⁷

¿Fue esta, entonces, la primera violación por parte de la industria de que las vacunas nunca se prueban contra una verdadera vacuna contra el rotavirus? ¿placebo? ¿Fueron los ensayos de la vacuna contra el rotavirus los primeros en proporcionar información confiable y relevante sobre la tasa de eventos adversos de una vacuna infantil?

La respuesta a estas preguntas es, lamentablemente, “no y no”. El examen de uno de los documentos de licencia presentados a la FDA por GSK⁵⁸ indica que el placebo recibido por el grupo de control en el ensayo

principal de Rotarix (que incluyó aproximadamente 63.000 bebés) no es más que la vacuna probada sin su componente antigénico. ^[bb]

^[bb] El antígeno de la vacuna es la sustancia que estimula la respuesta inmunitaria deseada. Generalmente está compuesto por partículas de virus o bacterias atenuadas o muertas.

Este compuesto, la vacuna sin antígeno (sin significa sin), es muy adecuado para probar la eficacia de la vacuna, ya que no produce anticuerpos contra rotavirus. Sin embargo, cuando se trata de seguridad, es un juego completamente diferente: **la vacuna sin antígeno es un compuesto potencialmente potente cuyos efectos secundarios probablemente sean bastante similares a los de la vacuna que se está probando.**

¿Y cuál fue el placebo en el ensayo de la vacuna RotaTeq de Merck? Es difícil decirlo porque Merck eliminó su descripción del documento de licencia presentado a la FDA.⁵⁹

Parece que el placebo del ensayo es un secreto comercial, lo que implica que su contenido era muy similar al de la vacuna. Un examen más detenido de los documentos de RotaTeq respalda esta hipótesis: en otro ensayo clínico de RotaTeq, el grupo de control recibió la vacuna sin antígeno, similar al compuesto que los sujetos del grupo de control recibieron en el ensayo de Rotarix.⁶⁰

La bioactividad de los compuestos administrados a los grupos de control en los ensayos de vacunas contra rotavirus aparentemente fue evidente en la tasa de eventos adversos informados en los ensayos.

En el ensayo de Rotarix, aproximadamente **1 de cada 30 sujetos del grupo de control experimentó un evento médico “grave”** (una tasa que fue incluso ligeramente mayor que la del grupo de ensayo) y una proporción similar de participantes fue hospitalizada. Además , **16 bebés sufrieron invaginación intestinal y 43 murieron.**⁶¹

En el ensayo RotaTeq, se registraron tasas similares en el grupo de control: se informaron eventos adversos graves en 1 de cada 40 sujetos, 15 sufrieron invaginación intestinal y 20 bebés murieron.⁶²

La palabra placebo para describir la vacuna sin antígeno deja la falsa impresión de que es un compuesto seguro que no tiene efectos secundarios propios. Los documentos formales , que hacen referencia a los ensayos de la vacuna contra el rotavirus, se basan en la supuesta neutralidad biológica de ese “placebo”.

Un ejemplo es el prospecto de la vacuna Rotarix, que establece en la cláusula que analiza la tasa de invaginación intestinal informada en los ensayos previos a la autorización: «No se observó un mayor riesgo de invaginación intestinal en este ensayo clínico después de la administración de ROTARIX en comparación con el

placebo».⁶³

(El ensayo en cuestión es el mismo ensayo mencionado anteriormente. También hay muchos otros ejemplos)⁶⁴. En ninguna parte hay ninguna referencia al contenido real de ese “placebo”.

Evidentemente, los fabricantes de vacunas contra el rotavirus pudieron encontrar una solución creativa al desafío que enfrentaban. Le dieron compuestos a los grupos de control de sus ensayos que eran muy similares a sus vacunas y, como sin duda se esperaba, las tasas resultantes de eventos adversos no fueron significativamente diferentes de las observadas en los grupos del ensayo.

En futuros ensayos de vacunas contra el rotavirus de próxima generación, GSK y Merck podrán administrar a sus grupos de control el “placebo” estándar –la vacuna actualmente autorizada– cuya seguridad “ya fue probada” en sus ensayos previos a la autorización. Pero hay algo más...

Ensayos poco éticos

Como se analizó anteriormente, los estándares éticos para utilizar niños como sujetos en ensayos clínicos son excepcionalmente altos. Los diseñadores de ensayos clínicos deben garantizar que los procedimientos planificados estén equilibrados con respecto al beneficio y riesgo esperado para el bebé o niño participante.

Si es probable que un niño sujeto no reciba ningún beneficio, el daño potencial debe ser “mínimo” o sólo “ligeramente superior al mínimo”, y de ninguna manera permanente o irreparable. Además, los riesgos asociados con cualquier procedimiento deben ser bien conocidos de antemano.⁶⁵

En marcado contraste con los estándares anteriores, decenas de miles de bebés en los grupos de control de los ensayos de la vacuna contra el rotavirus recibieron compuestos que no podían proporcionar ningún beneficio potencial al el destinatario aún conllevaba un riesgo significativo. Ni la vacuna sin antígeno de GSK ni la de Merck podrían prevenir el rotavirus, ya que no contenían las partículas antigénicas que provocan reacciones inmunes al virus.

Por otro lado, estos compuestos tenían un potencial significativo para causar daño, como se demostró en los ensayos. (Recuerde, 1 de cada 30 o 40 sujetos del grupo de control experimentó un evento adverso grave). Además, los perfiles de seguridad de las vacunas sin antígenos eran desconocidos (y, por lo que sabemos, todavía lo son), ya que eran compuestos nuevos formulados específicamente para los ensayos de rotavirus sin documentación de estudios de seguridad anteriores. Por lo tanto, no se determinaron los riesgos para la salud asociados con su administración a bebés.

En resumen, decenas de miles de niños recibieron un compuesto completamente inútil cuya seguridad se desconocía y cuyos efectos secundarios podían ser (y probablemente lo fueron en algunos casos) graves y permanentes. Por tanto, los ensayos clínicos de fase 3 de la vacuna contra el rotavirus constituyen violaciones flagrantes del código de ética médica.

Esta violación despiadada de la ética y la moralidad se pone de relieve por el hecho de que no había ninguna justificación científica para administrar la vacuna sin antígeno al grupo de control más que una intención maliciosa de ocultar la verdadera tasa de eventos adversos de la vacuna experimental.

Usar un placebo real que no representara ningún riesgo para la salud (unas pocas gotas de azúcar o agua salada) habría costado menos y habría llevado a conclusiones científicamente más válidas al permitir cálculos sencillos de las verdaderas tasas de eventos adversos, así como de la eficacia de la vacuna.

La forma en que se llevaron a cabo los ensayos de la vacuna contra el rotavirus plantea graves cuestiones que no deberían dirigirse únicamente a los fabricantes de las vacunas. La FDA supervisa el proceso de aprobación de la vacuna y es la FDA que aprobó estos ensayos.[cc] La vacuna también recibió la aprobación de los CDC y la de otras autoridades sanitarias de todo el mundo, a pesar de que sus ensayos previos a la autorización pusieron en peligro innecesariamente a decenas de miles de niños y pueden haber causado daños graves a cientos, así como decenas de muertes innecesarias.

La Declaración de Helsinki es el código ético que rige la realización de experimentos médicos en humanos

La Declaración fue formulada para la comunidad médico-científica por la Asociación Médica Mundial y se considera la piedra angular ética del campo de la investigación médica. No deja dudas sobre las violaciones éticas perpetradas en los ensayos de rotavirus: los médicos no pueden participar en un estudio de investigación con seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos han sido evaluados adecuadamente y pueden manejarse satisfactoriamente.

Cuando se descubre que los riesgos superan los beneficios potenciales los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Un posible sujeto de investigación que sea incapaz de dar su consentimiento informado no debe ser incluido en un estudio de investigación que no tenga probabilidades de beneficiarlo a menos que la investigación implique sólo un riesgo mínimo y una carga mínima.⁶⁶

El Código de Nuremberg, el código de ética médica establecido a finales de la década de 1940 para llevar a los médicos nazis ante la justicia, constituye la base de la Declaración de Helsinki. También subraya la inmoralidad de los ensayos de la vacuna contra el rotavirus: “Un experimento debe realizarse de manera que se evite todo sufrimiento y lesión físicos y mentales innecesarios”.⁶⁷

Un comité de la Organización Mundial de la Salud (OMS) también llegó a una conclusión similar: Recientemente se examinó el uso de placebo en ensayos clínicos.⁶⁸

Por más que lo reflexione, no encontrará una explicación satisfactoria para la forma en que se llevaron a cabo los ensayos de la vacuna contra el rotavirus, aparte del deseo malicioso de ayudar a los fabricantes a oscurecer y ocultar los verdaderos efectos adversos de las vacunas tarifas de eventos. **Esto demuestra que el establishment de la salud pública está dispuesto a hacer todo lo posible para mantener la pretensión de seguridad de las vacunas, dejando de lado la ética médica e incluso los principios fundamentales de moralidad en el proceso.**

Argumentos en contra

Como se resume en la tabla anterior, los prospectos de los fabricantes y los documentos de licencia de la FDA indican que ninguna de las vacunas infantiles de rutina en los EE. UU. ha sido probada contra un verdadero placebo.

Es muy poco probable que de repente aparezcan nuevos documentos que acrediten lo contrario. También es muy improbable que surja milagrosamente una nueva técnica para calcular la tasa real de eventos adversos de la vacuna en un ECA comparándola con las tasas de fondo de la población o con un grupo de control sin placebo .

Tampoco llegará pronto una justificación moral para dar a los bebés del grupo de control un compuesto que podría dañarlos gravemente, sin proporcionarles ningún beneficio potencial.

Sin embargo, debido a que los argumentos expuestos en este capítulo socavan los fundamentos mismos del programa de vacunación infantil, los devotos creyentes en el mantra “las vacunas son seguras y efectivas” se esfuerzan por refutarlos. Sus argumentos populares y las respuestas sugeridas se presentan a continuación.

Nota importante:

Al abordar supuestas refutaciones al contenido de este capítulo, la primera respuesta debe ser solicitar cortésmente referencias científicas que las respalden. Al enfrentar las inevitables y graves consecuencias del material presentado en este capítulo, los defensores de las vacunas a veces recurren a afirmaciones infundadas, incluso casi imaginarias.

En muchos casos, pedir una referencia científica válida que respalde una afirmación rápidamente dejará de lado el argumento. «Un placebo en los ensayos clínicos de vacunas sólo se utiliza con el fin de probar la eficacia de la vacuna».

Esta es una afirmación extraña que no tiene base científica (sólo pide una referencia científica – no la obtendrás). **Un placebo (real) administrado al grupo de control en un ensayo clínico de una vacuna proporciona una “tasa de referencia” tanto de eficacia como de seguridad.**

Por lo tanto, en un ensayo que tiene un grupo de placebo, tanto la eficacia de la vacuna como la incidencia de eventos adversos podrían calcularse fácilmente comparando los resultados en los grupos de ensayo versus control.

«No es ético no administrar otra vacuna al grupo de control». – La práctica de probar siempre las vacunas contra otras vacunas da lugar al escenario de no haber una base científica en donde nunca se determina la verdadera tasa de eventos adversos de cualquier vacuna infantil. De hecho, ocurre lo contrario: no es ético no realizar al menos un ensayo a partir del cual se pueda estimar de manera confiable la tasa de eventos adversos antes de que se autorice y use ampliamente una vacuna.

Como se analiza en este capítulo, las pautas de ética médica permiten la administración de un placebo a un grupo de control en un ensayo clínico de una vacuna completamente nueva y a un grupo de control en un ensayo de tres brazos de una vacuna de próxima generación.

«Cuando se prueba una vacuna de próxima generación, no es ético no administrar la vacuna actual al grupo de control». – Este argumento es similar al anterior , pero se centra específicamente en las vacunas de próxima generación.

Ciertamente tiene sentido probar la seguridad de una vacuna de próxima generación frente a la actual,

pero si la vacuna actual nunca ha sido probada previamente frente a un placebo, vuelve a ser “sin base establecida”; es decir, los datos recopilados de los ensayos clínicos de la vacuna son inadecuados para establecer un verdadero perfil de seguridad.

Ensayo de tres grupos

La solución a lo anterior es sencilla: realizar un ensayo de tres grupos con la vacuna de próxima generación, la vacuna actual y los grupos de placebo. Esto permite comparar la seguridad de la nueva vacuna con la existente, así como obtener una estimación de la tasa absoluta de eventos adversos de la nueva vacuna (comparándola con el placebo).

Nunca se ha realizado un ensayo de este tipo con ninguna de las vacunas infantiles de rutina. “Es suficiente probar una nueva vacuna contra otra vacuna cuya tasa de eventos adversos se determinó en un ensayo anterior (o se midió para la población de un país/región/ciudad)”. – Los resultados de un ensayo controlado aleatorio (ECA) no se pueden comparar con los de otro ECA, ni con las “tasas de fondo” poblacionales (incluso si se conocen, lo cual es poco común) porque viola la aleatorización.

Pueden existir diferencias conocidas o desconocidas entre las poblaciones de los estudios que potencialmente podrían sesgar significativamente los resultados.

Los prospectos de las vacunas, publicados por los fabricantes y aprobados por las autoridades sanitarias, lo indican explícitamente. «Es suficiente probar una vacuna de próxima generación frente a la vacuna actual, ya que la vacuna actual ya se ha administrado a millones de personas durante muchos años y ha demostrado ser segura». – El argumento implica que si sabemos que una determinada vacuna actual es segura y un grupo de control en un ensayo de vacuna de próxima generación recibe esa vacuna, entonces si los eventos adversos son comparables entre los grupos, se puede concluir que la nueva vacuna es también seguro para su uso.

En primer lugar, esto presupone que la vacuna actual sea segura. Pero no podemos hacer esa suposición si la vacuna actual fue probada en ensayos clínicos diseñados para ocultar su verdadera tasa de eventos adversos. Es decir, el “estándar de oro” de la industria, el ECA, fue “cocinado” (como fue el caso en los ejemplos dados) para ocultar los riesgos para la salud de la vacuna probada.

En lugar de ello, debemos basar nuestro juicio sobre su seguridad en estudios inferiores realizados sólo después de que la vacuna haya estado en el mercado durante varios años. En segundo lugar, sin un grupo de control con placebo no hay forma de demostrar que la vacuna que se está probando sea realmente segura.

Caso DTaP

Por ejemplo, en uno de los ensayos de la vacuna DTaP, 1 de cada 22 sujetos del grupo de ensayo fue ingresado en el hospital.

También se informó una tasa de hospitalización similar en el grupo de control (que recibió la vacuna DTP de generación anterior).⁶⁹ ¿Es esta una tasa de fondo normal?

¿Casi el 5% de todos los bebés terminarían realmente en el hospital si no recibieran estas vacunas? ¿Deberíamos considerar estas dos vacunas, que parecen causar una tasa alarmantemente alta de hospitalizaciones, como “seguras” simplemente porque tienen tasas de hospitalización similares? ¿O es la realidad que ninguno de los dos está a salvo?

Sólo se pudieron obtener respuestas definitivas a estas preguntas añadiendo un grupo de placebo al ensayo. Sólo entonces podríamos calcular una tasa de hospitalización inicial significativa que podría aprovecharse para evaluar la seguridad de la vacuna.

En cualquier caso, la afirmación anterior es irrelevante para los ensayos de vacunas completamente nuevas para los cuales no hay razones válidas para no utilizar un control de placebo real.

«La seguridad de la vacuna [xyz] se estudió exhaustivamente después de que se aprobó para su uso generalizado y se descubrió que era excelente». Los estudios estadísticos (epidemiológicos), que normalmente se realizan sólo después de que una vacuna se haya utilizado ampliamente, se consideran inferiores a los estudios ECA. El ECA es el “estándar de oro” de la industria, y cada nueva vacuna debe someterse a un ensayo de este tipo antes de que se apruebe su uso.

No sería aceptable ni razonable aprobar una vacuna para su uso sin estudios clínicos adecuados y luego, después de haber sido administrada a millones de bebés, respaldarla retroactivamente basándose en estudios metodológicamente inferiores.

“La afirmación de que las vacunas nunca se prueban frente a un placebo es falsa. Aquí hay algunas referencias a ensayos clínicos de vacunas en los que el grupo de control recibió un placebo real.”⁷⁰ – La afirmación hecha no es que las vacunas en general nunca se prueban contra placebo en su proceso previo a la aprobación. Más bien, se trata de vacunas infantiles recomendadas por los CDC que nunca se probaron frente a un placebo.

Las referencias proporcionadas para respaldar la afirmación anterior no refutan esta afirmación, ya que se vinculan con ensayos de vacunas para adultos o vacunas que no se utilizan en los Estados Unidos.

De hecho, estas referencias refuerzan los argumentos de este capítulo, ya que demuestran que utilizar un grupo de control con placebo en un ECA de vacunas es válido, factible, metodológicamente sólido y ético.

“Al contrario de lo que usted afirma, un placebo no es obligatorio en un ensayo clínico de una vacuna. En cambio, al grupo de control no se le podría dar nada (es decir, ninguna intervención)”. – En un ensayo controlado aleatorio (ECA) doble ciego, el grupo de control debe recibir un compuesto que tenga el mismo aspecto y se administre de la misma manera que el compuesto probado.

Esto elimina posibles sesgos en la presentación de informes. Por ejemplo, los sujetos que saben que recibieron la vacuna experimental tienen más probabilidades de informar eventos adversos que los participantes del grupo de control que no recibieron ninguna intervención.

Esta regla también se aplica a los ensayos con bebés, aunque en general se cree que no se ven

afectados por este sesgo, porque sus padres, que suelen estar presentes en el momento de la vacunación, ciertamente pueden verse afectados.

En cualquier caso, actualmente no existen vacunas infantiles que hayan sido probadas en ensayos clínicos que incluyan un grupo de control sin intervención, lo que hace que la afirmación anterior sea irrelevante.

Vacuna sin antígeno como placebo

«La vacuna sin antígeno que se administró al grupo de control en los ensayos de rotavirus es un compuesto seguro ya que está hecho de una mezcla de ingredientes, cada uno de los cuales generalmente se considera seguro». – Esta es otra afirmación infundada que no tiene base científica ni fáctica.

Incluso si presuponemos que los ingredientes individuales del compuesto administrado al grupo de control en los ensayos con rotavirus eran inofensivos, no podemos asumir que su mezcla específica también lo fuera. Este es un principio fundamental de la metodología de prueba de medicamentos y vacunas: la seguridad de un compuesto no es la suma de la seguridad de sus partes.

Por lo tanto, no podemos presumir su seguridad basándonos en un cálculo teórico de la seguridad agregada de sus ingredientes. Debe someterse a pruebas clínicas antes de que se apruebe su uso generalizado (más aún si se administra a bebés).

Además, en el caso de los ensayos de la vacuna contra el rotavirus, ni los fabricantes ni los organismos que otorgan licencias afirmaron que la vacuna sin antígeno que se administró al grupo de control se considerara o demostrara ser segura o que se conociera su perfil de seguridad. Si alguien afirma lo contrario, debe aportar las referencias científicas que lo respalden.

«Dar al grupo de control la vacuna sin antígeno es la forma adecuada de probar la eficacia y seguridad del antígeno de la vacuna». – Una vez más, se trata de una afirmación infundada que no tiene ningún mérito científico. Un ensayo clínico en el que el grupo de prueba recibe la vacuna de prueba y el grupo de control la vacuna sin antígeno compara dos compuestos experimentales cuyos perfiles de seguridad se desconocen.

Por lo tanto, dicho diseño de ensayo impide el cálculo de la verdadera tasa de eventos adversos de la vacuna de prueba. Para una determinación válida, el grupo de control debería recibir un placebo, que es un compuesto cuya tasa de eventos adversos se conoce y es muy cercana a cero.

En los ensayos clínicos que utilizaron compuestos de vacuna sin antígeno en el grupo de control (por ejemplo, los ensayos de la vacuna contra el rotavirus), los investigadores razonaron que “no se observó ninguna diferencia significativa en la tasa de eventos adversos entre los grupos de ensayo y placebo”.

Sin embargo, esta afirmación es críticamente errónea, ya que el “placebo” administrado al grupo de control no era neutral (es decir, uno que no tenía efectos secundarios), sino más bien un compuesto bioactivo cuya tasa de efectos secundarios se desconocía.

Además, la seguridad del antígeno de la vacuna es irrelevante ya que no se administra solo, sino en combinación con todos los demás ingredientes de la

vacuna. Lo que importa es la seguridad de la vacuna en su conjunto, y eso no se prueba mejor comparándola con la vacuna sin antígeno.

En cualquier caso, la discusión anterior sólo debe considerarse teórica, ya que la administración de una sustancia potencialmente dañina sin ningún beneficio potencial para los bebés en un ensayo clínico viola el código de ética médica así como los principios morales fundamentales.

“Es inconcebible que todos los médicos e investigadores del mundo entero aprueben, o aprueben retroactivamente, una metodología defectuosa para probar la seguridad de las vacunas antes de que se autoricen.

En resumen, la gran mayoría de médicos e investigadores desconocen por completo la manera en que se diseñan y realizan los ensayos de seguridad de las vacunas y los defectos metodológicos inherentes a ese proceso.

Un médico o investigador que haya estudiado la seguridad de las vacunas y sostenga que no hay fallas en su proceso de obtención de licencias debería responder directamente a los argumentos expuestos aquí en lugar de pedirle al público que acepte ciegamente basándose únicamente en la autoridad profesional.

Resumen

Las vacunas, a diferencia de los medicamentos, se administran a bebés sanos y, por lo tanto, deben cumplir con un estándar de seguridad particularmente alto. Los ensayos clínicos de nuevas vacunas deben diseñarse y realizarse de manera impecable, proporcionando así datos confiables y de alta calidad sobre la eficacia de los productos y, lo que es más importante, sobre su seguridad. Cualquier otra cosa es social y moralmente inaceptable.

Los fabricantes de vacunas y las autoridades sanitarias de todo el mundo nos aseguran con frecuencia a nosotros, el público, que las vacunas se prueban al más alto nivel posible y que la rigurosa serie de ensayos clínicos a los que se someten como parte del proceso de concesión de licencias garantiza que las vacunas sean verdaderamente seguras y eficaces.

Sin embargo, estas garantías, en el mejor de los casos, carecen de sentido y, en el peor, son deliberadamente engañosas. Como hemos visto los ensayos de vacunas se diseñan y realizan de tal manera que se garantice que el verdadero alcance de los eventos adversos quede oculto al público.

No existe una sola vacuna en el programa de vacunación infantil rutinaria de EE. UU. cuya verdadera tasa de eventos adversos se conozca. La afirmación de que las vacunas causan efectos secundarios graves en “uno entre un millón” de vacunados contradice los resultados de numerosos ensayos clínicos en los que se informaron eventos adversos graves en 1 de cada 40, 30 o incluso en tan solo 20 bebés vacunados.

Después de familiarizarse con los detalles más finos de los ensayos de seguridad de las vacunas, escuchar la melodía familiar de que “se informó una tasa similar de eventos adversos en el grupo de

control” (que recibió otra vacuna o compuesto similar) resulta ridículo, cínico y evidentemente inmoral.

La metodología actual de los ensayos clínicos de vacunas invalida por completo las afirmaciones de que las vacunas son seguras y de que se prueban exhaustiva y rigurosamente. Y sacar esa tarjeta falsa derriba por completo el castillo de naipes del programa de vacunas infantiles, ya que las garantías de los funcionarios sobre la seguridad de las vacunas se basan principalmente en ensayos clínicos deliberadamente defectuosos y patrocinados por la industria.

Además, algunos de los ensayos clínicos que se han realizado para vacunas infantiles de rutina, que fueron aprobadas por las autoridades sanitarias pertinentes, violaron flagrantemente el código de ética médica (la Declaración de Helsinki) y los principios fundamentales de moralidad. En estos ensayos, a los bebés de los grupos de control se les administraron compuestos completamente inútiles (una vacuna sin antígenos) cuya seguridad se desconocía y que tenían el potencial de causar daños graves e irreversibles a la salud, incluida la muerte. Cualquier lector que busque una comprensión rápida y definitiva de la verdad sobre la seguridad de las vacunas... .

Usted tiene su respuesta: todo el programa de vacunación se basa en un encubrimiento deliberado de las verdaderas tasas de eventos adversos de la vacuna. Esta fortaleza aparentemente poderosa, cuidadosamente construida durante muchas décadas y fortificada por innumerables funcionarios, investigadores y médicos, en realidad se sostiene completamente sin las pruebas científicas hechas como se debe.

Pregúntele a su médico:

- ¿La vacuna que usted recomienda se probó en un ensayo clínico previo a la autorización con un grupo de control de placebo (real)? Si no es así, ¿cómo calcula usted (o cualquier otra persona, en realidad) su verdadera tasa de eventos adversos?
- ¿Es moralmente aceptable realizar un ensayo clínico en bebés para una nueva vacuna, donde el “grupo de control” recibe un compuesto no probado, es decir, la vacuna sin antígeno, que probablemente cause efectos secundarios irreversibles y no tenga ningún beneficio potencial?

Referencias

1 Page Name:Vaccine Product Approval Process

Website:FDA website <http://www.fda.gov/biologicsbloodvaccines/developmentapprovalprocess/biologicslicenseapplicationsblaprocess/ucm133096.htm>

Archive:<http://archive.is/eyQNd>

Page Name:Inside Clinical Trials: Testing Medical Products in People

Website:FDA website <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/ucm143531.htm>

Archive: <https://web.archive.org/web/20180825175113/https://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/ucm143531.htm>

2 Document Name:ICH Harmonised Tripartite GuidelineChoice Of Control Group And Related Issues In Clinical Trials E10 http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E10/Step4/E10_Guideline.pdf

Author/Year:ICH Expert Working Group, 2000

Archive: https://drive.google.com/open?id=1rAW9UYSFvIA8npBLKsA_UZxft53cmhml

P 22 (28):It should be appreciated, however, that subjects receiving a new treatment are not receiving standard therapy (just as a placebo control group is not) and may be receiving an ineffective or harmful drug.

3 Article Name:U.S. advisory panel recommends Prevnar 13 vaccine for elderly

Date:Aug 14, 2014

Website:Reuters<http://www.reuters.com/article/us-pfizer-prevnar-idUSKBN0GD23I20140813>

Archive:<http://archive.is/RfO2H>

For instance:(Reuters) – An influential U.S. medical advisory panel on Wednesday recommended that people 65 and older be given Pfizer Inc’s blockbuster Prevnar 13 vaccine to protect against pneumococcal bacteria that can cause pneumonia and other infections.[...]Prevnar 13 and an older version of the vaccine known as Prevnar 7 have combined annual sales of almost \$4.5 billion, making them Pfizer’s second-biggest franchise. Prevnar 13 is approved for children 6 weeks through 17 years of age, and for adults 50 and older.

4 Article Name:Placebo use in vaccine trials: Recommendations of a WHO expert panel

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4157320/>

PMID: 24768580

Archive:https://drive.google.com/open?id=1mX3Rr_To-Jq6eEC-H_S1blqjDVfXYosUv

Lead Author/Year:Annette Rid, 2014

Journal:Vaccine

P 2:Randomised, placebo-controlled trials are widely considered the gold standard for evaluating the safety and efficacy of a new vaccine. In these trials, participants are randomized to receive either the vaccine under investigation or a placebo (i.e. an inert substance such as a saline injection). Randomisation and the use of placebo interventions are designed to control for confounding effects, such that significant differences in disease incidence or adverse effects between the vaccine and control groups can likely be attributed to the vaccine.

5 Article Name:The clinical development process for a novel preventive vaccine: An overview

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4944327/>

PMID: 26732191

Archive:<http://archive.is/kPW8h>

Lead Author/Year:K Singh, 2016

Journal:Journal of Postgraduate Medicine

Phase III Studies [...]RCTs are considered the “gold standard,” where participants are randomly allocated to receive either the investigational or the control vaccine (placebo, different vaccine, or nothing).

6 Document Name:ICH Harmonised Tripartite GuidelineChoice Of Control Group And Related Issues In Clinical Trials E10 http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E10/Step4/E10_Guideline.pdf

Author/Year:ICH Expert Working Group, 2000

Archive: https://drive.google.com/open?id=1rAW9UYSFvIA8npBLKsA_UZxft53cmhml

P 13 (19):When a new treatment is tested for a condition for which no effective treatment is known, there is usually no ethical problem with a study comparing the new treatment to placebo.

Document Name:Expert consultation on the use of placebos in vaccine trials

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94056/9789241506250_eng.pdf

Author/Year:WHO, 2013

Archive:<https://drive.google.com/open?id=1yLHGu4pO0K2xUZmNsE4> RyxrbUtkq382y

P 9:A common model for the evaluation and deployment of a new vaccine, against a disease for which there is no existing vaccine, is that it is first tested in a placebo-controlled trial.P 12:As a general rule, research subjects in the control group of a trial of a diagnostic, therapeutic, or preventive intervention should receive an established effective intervention.

In some circumstances it may be ethically acceptable to use an alternative comparator, such as placebo or “no treatment”.A placebo may be used:

- when there is no established effective intervention;

Document Name:

Guidance for Industry

E 10 Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials

<https://drive.google.com/open?id=17LyWGbK8dQRtcHfFjKMjs7xgxpU3CBp>

Author/Year:FDA, 2001P 15 (19):

When a new treatment is tested for a condition for which no effective treatment is known, there is usually no ethical problem with a study comparing the new treatment to placebo.

7 Document Name:Expert consultation on the use of placebos in vaccine trials

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94056/9789241506250_eng.pdf

Author/Year:WHO, 2013

Archive:<https://drive.google.com/open?id=1yLHGu4pO0K2xUZmNsE4Ry>xrbUtkq382y

P 12-13:...there is uniformity on the use of placebos, i.e. that if a proven effective intervention exists, the trial intervention should generally be tested against it. Failure to do so deprives participants in the “control” arm of an intervention that is likely to benefit them.

8 Document Name:ICH Harmonised Tripartite GuidelineChoice Of Control Group And Related Issues In Clinical Trials E10 http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E10/Step4/E10_Guideline.pdf

Author/Year:ICH Expert Working Group, 2000

Archive: <https://drive.google.com/open?id=1rAW9UYSFvIA> 8npBLKsAUZxft53cmhtml

P 12 (18):A useful approach to the assessment of assay sensitivity in active control trials and in placebo-controlled trials is the three-arm trial, including both placebo and a known active treatment, a trial design with several advantages.

Article Name:Alternatives to Placebo-Controlled Trials <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/28A722D8EF2C2FCABB3A1>

[AC2477DFBB8/S0317167100005540a.pdf/alternatives_to_placebocontrolled_trials.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/28A722D8EF2C2FCABB3A1/AC2477DFBB8/S0317167100005540a.pdf/alternatives_to_placebocontrolled_trials.pdf)

PMID: 17469680

Archive: <https://drive.google.com/open?id=1uSP> dSiRKhZex8QwuHiOmLjgxD3_Fi7vE

Lead Author/Year:David L. Streiner, 2007

Journal:The Canadian Journal Of Neurological Sciences

P 41 (5):My recommendation would be that, when an existing therapy exists, and if certain conditions apply:* Studies should consist of three arms: the new drug, the existing drug, and a placebo group.

9 Document Name:ICH Harmonised Tripartite GuidelineChoice Of Control Group And Related Issues In Clinical Trials E10 http://www.ich.org/fileadmin/Public_Web_Site/ICH_Products/Guidelines/Efficacy/E10/Step4/E10_Guideline.pdf

Author/Year:ICH Expert Working Group, 2000

Archive:<https://drive.google.com/open?id=1rAW9UYSFvIA> 8npBLKsAUZxft53cmhtml

Section 2.5.2 – P 24-25 (30-31):It is always difficult, and in many cases impossible, to establish comparability of the treatment and control groups and thus to fulfill the major purpose of a control group (see section 1.2). The groups can be dissimilar with respect to a wide range of factors, other than use of the study treatment, that could affect outcome, including demographic characteristics, diagnostic criteria, stage or severity of disease, concomitant treatments, and observational conditions (such as methods of assessing outcome, investigator expectations). Such dissimilarities can include important but unrecognized prognostic factors that have not been measured. Blinding and randomization are not available to minimize bias when external controls are used.[...]Control groups in a randomized study need to meet certain criteria to be entered into the study, criteria that are generally more stringent and identify a less sick population than is typical of external control groups. An external control group is often identified retrospectively, leading to potential bias in its selection.

10 Document Name:HAVRIX, Package

Insert<https://drive.google.com/open?id=1XGppC-tPGSWvEZNGK8kRY15nGz76lxSA>

Section 6.1:Because clinical trials are conducted under widely varying conditions, adverse reaction rates observed in the clinical trials of a vaccine cannot be directly compared to rates in the clinical trials of another vaccine, and may not reflect the rates observed in practice.

11 Document Name:Guidelines for the Ethical Conduct of Studies to Evaluate Drugs in Pediatric Populations

<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/60/1/91.full.pdf>

Author/Year:Archive: AAP, 1977

https://drive.google.com/open?id=1sjvo_5OLgRv8ZCkh7lic-1Kih1gV1zEFP 1-2:

The publication of these general guidelines and their implications for future drug development led the FDA to request that the Academy's Committee on Drugs advise it about standards of ethical research which could be recommended to assure that children, and society in general, are served appropriately by studies carried out in pediatric populations without undue hazard or "C31Cdiscomfort." "C32C[...] "C33C The Committee believes that it is unethical to adhere to a system which forces physicians to "C34Cuse therapeutic agents in an uncontrolled experimental situation virtually every time they "C35C prescribe for children. Furthermore, it is not only ethical but also imperative that new drugs "C36C to be used in children be studied in children under controlled circumstances so the benefits "C37C of therapeutic advances will become available to all who may need them.

12 Document Name:Ethical Considerations in Conducting Pediatric ResearchBook chapter from:Pediatric

Clinical Pharmacology <https://www.springer.com/gp/book/9783642201943> Lead Author/Year:Michelle

Roth-Cline, 2011

P 221:A fundamental pillar of pediatric research is the ethical principle of "scientific necessity." This principle holds that children should not be enrolled in a clinical investigation unless necessary to achieve an important scientific and/or public health objective concerning the health and welfare of children. An "important scientific question" may be one that generates information that is necessary and timely for establishing the appropriate pediatric use of investigational therapeutics. A corollary is that children should not be enrolled in studies that are duplicative or unlikely to yield important knowledge applicable to children about the product or condition under investigation.

13 Document Name:Ethical Considerations in Conducting Pediatric ResearchBook chapter from:Pediatric

Clinical Pharmacology <https://www.springer.com/gp/book/9783642201943>

Lead Author/Year:Michelle Roth-Cline, 2011 P 222,224:First, the risks to which children would be exposed must be low if there is no prospect of direct therapeutic benefit (PDB) to the enrolled children. Second, children should not be placed at a disadvantage by being enrolled in a clinical trial, either through exposure to excessive risks or by failing to get necessary health care. Consequently, the data necessary to initiate a pediatric investigation must demonstrate either an acceptably low risk of the experimental intervention or a

sufficient PDB to justify the risks of the intervention.[...]Investigations involving children that pose more than low risk cannot be justified by the importance of anticipated knowledge. In pediatric studies, the allowable risk exposure for an intervention or procedure not offering a PDB must be restricted to low risk.

Document Name:MMR II Clinical Trials – FDA FOIA

<https://drive.google.com/open?id=1GKahQSN8LvCAnEG7SGNyYPUEiSJwfd8>

An example from a form filled by investigators in vaccine trial in the late 1970s. P 103:B. Describe the benefit to the subject or advancement of knowledge that will balance the risk involved.C. Indicate measures proposed to minimize risk [...]

14 Document Name:Ethical Considerations in Conducting Pediatric ResearchBook chapter from:Pediatric Clinical Pharmacology <https://www.springer.com/gp/book/9783642201943>

Lead Author/Year:Michelle Roth-Cline, 2011 P 226-228:FDA regulations also include a classification of “minor increase over minimal risk” (21 CFR 50.53, 2011). An intervention or procedure approved under this category must also involve “experiences to subjects that are reasonably commensurate with those inherent in their actual or expected... situations” and be “likely to yield generalizable knowledge about the subjects’ disorder or condition that is of vital importance for the understanding or amelioration of the subjects’ disorder or condition.”[...]In assessing whether an intervention or procedure presents no more than a minor increase over minimal risk, there must be sufficient data that any research-related pain, discomfort or stress will not be severe and that any potential harms will be transient and reversible (Fisher et al. 2007). Even if the average risk associated with an intervention or procedure is thought to be low, if the risk estimate is unknown, reflects a large degree of variability, or has not been adequately characterized, then the risks of an intervention or procedure cannot be considered only a minor increase over minimal risk.

15 Document Name:VAQTA Package

Insert<https://drive.google.com/open?id=1LuPKwCve8Pguo-GJOzbOm1b9Hgu0Zn15>

P 7:In a double-blind, placebo-controlled efficacy trial (i.e. The Monroe Efficacy Study), 1037 healthy children and adolescents 2 through 16 years of age.were randomized to receive a primary dose of 25U of VAQTA and a booster dose of VAQTA 6, 12, or 18 months later, or placebo (alum diluent)... There were no significant differences in the rates of any adverse events or adverse reactions between vaccine and placebo recipients after Dose 1.

16 Document Name:DAPTACEL Clinical

Review<https://drive.google.com/open?id=1CFrePXwN-q5ywCnuflnwLjUwScsLPvBU>

P 61, Table 50:Rates for all hospitalizations, hospitalizations for acute otitis media, suspected bacterial respiratory infection, lower respiratory infection – no antibiotics, upperrespiratory infection – no antibiotics, viral infection, gastroenteritis, urinary tract infection, seizures, trauma/intoxication, surgery were similar among vaccine groups.

17 Article Name:Alternatives to Placebo-Controlled Trials <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/28A722D8EF2C2FCABB3A1AC24>

[77DFBB8/S0317167100005540a.pdf/alternatives_to_placebocontrolled_trials.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/28A722D8EF2C2FCABB3A1AC24/77DFBB8/S0317167100005540a.pdf/alternatives_to_placebocontrolled_trials.pdf)

PMID: 17469680

Archive:https://drive.google.com/open?id=1uSPdSiRKhZex8QwuHiOmLj_gxD3_Fi7vE

Lead Author/Year:David L. Streiner, 2007

Journal:The Canadian Journal Of Neurological Sciences Streiner notes this problem in the context of measuring trial efficacy, but it’s clear the same problem exists with the safety aspect, p 5:However, there are many methodological problems when the comparison group consists of an active treatment: ... when the two arms yield comparable results, there is no guarantee that either one was effective in that particular trial;And the proposed solution, p 5:My recommendation would be that, when an existing therapy exists, and

if certain conditions apply:* Studies should consist of three arms: the new drug, the existing drug, and a placebo group.

18 Document Name:Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule for ages 18 years or youngerhttps://drive.google.com/open?id=1Bcb5L30zbAB4FGtzltrzUs_g1yJCy4lt

Author/Year: CDC, 2020

19 Document Name:Pediarix Package

Insert<https://drive.google.com/open?id=1rY3q-bXZDxIErcWTvm2th3hGm4zBRPAk>

P 5, 6, 8

20 Document Name:Kinrix Package Insert

<https://drive.google.com/open?id=1UJz5HRP4ROFm49kQniiuqQ2vsRIFNH61> P 421-40

21 Document Name:INFANRIX Package Insert

<https://drive.google.com/open?id=1fUUkPH8gHd5fiBFhyZhGBI56fwLtmcCf> P 10:

Selected adverse events reported from a double-blind, randomized Italian clinical efficacy trial involving 4,696 children administered INFANRIX or 4,678 children administered whole-cell DTP vaccine (DTwP) (manufactured by Connaught Laboratories, Inc.) as a 3-dose primary series are shown in Table 4.[...] In a German safety study that enrolled 22,505 infants (66,867 doses of INFANRIX administered as a 3-dose primary series at 3, 4, and 5 months of age), all subjects were monitored for unsolicited adverse events that occurred within 28 days following vaccination using report cards.

22 Document Name:The Immunological Basis for Immunization Series – Pertussis

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44311/1/9789241599337_eng.pdf

Lead Author/Year: WHO, 2009

Archive: https://drive.google.com/open?id=1efbV0PaVOMSI6NcqbDtREba_yJizPM2C

P 9: All aP vaccines are associated with significantly lesser side-effects, and thus the replacement of the wP vaccines was mainly driven by the safety-profile of these vaccines.

23 Document Name:Adverse Effects of Pertussis and Rubella Vaccines

<http://www.nap.edu/read/1815/chapter/4#38> Author/Year: IOM 1991 P 38: In fact, since the first reports of serious adverse events following administration of pertussis and rubella vaccines (Madsen, 1933; Modlin et al., 1975), virtually no placebo-controlled or other experimental studies in humans of the adverse events covered in this report have been published.

24 Document Name:Adverse Effects of Pertussis and Rubella Vaccines

<http://www.nap.edu/read/1815/chapter/4#39> Author/Year: IOM 1991

P 39: A number of early studies of pertussis vaccine in the United States and the United Kingdom did include unexposed controls, but these studies were primarily concerned with efficacy and not with adverse events.

25 Search link: https://www.clinicaltrials.gov/ct2/results?term=Infanrix+safety&recr=Closed&rslt=&type=&cond=&intr=&titles=&outc=&spons=&lead=GlaxoSmithKline&id=&state1=&cntry1=&state2=&cntry2=&state3=&cntry3=&locn=&gndr=&age=0&phase=2&phase=3&rcv_s=&rcv_e=&lup_s=&lup_e or https://drive.google.com/open?id=14MfvK7yfw9M092-JHj3RB5_x7mjiPT_E

26 Document Name:Pentacel Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1SB8zUchU9xp_j0eQTHent-znyta_oHec P 10 (11)

27 Document Name:Pentacel Safety Review

<https://drive.google.com/open?id=1u4ugyQjcQWZ43AMSop6-zSYugykHLoDK> P 75-76

28 Document Name:Quadracel Package Insert

<https://drive.google.com/open?id=1qljY0SVED2Q8WxXhJj8DAXDJ725F6NVa> P 5 (6)

29 Document Name:DAPTACEL Package

Insert https://drive.google.com/open?id=1mD_GBQsmiGMO-VFpdRMqEdX6yMLvfFwn P 10, 16-17, 21-22

30 Document Name:DAPTACEL Clinical

Review<https://drive.google.com/open?id=1CFrePXwN-q5ywCnuflnwLjUwScsLPvBU>

P 57, 61:The Swedish trial (1992-1995) compared 4 groups: one of Infanrix by SmithKline Beecham (GSK), one CDPT (DAPTACEL) by Aventis-Pasteur (Sanofi), and one DTPwc – old generation vaccine by Aventis-Pasteur. The control group received a DT vaccine.

31 Document Name:Hiberix Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1epLW5onHsW93NI2_qNxH-KaMvkcvATdc P 4, 14

32 Document Name:ActHIB Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1MeKZaNrlaVRjy_2VmtvBQ98t6syrVM14 P 13-16

33 Document Name:PedvaxHIB Package Insert

https://drive.google.com/open?id=10rwMmdmZ_H3FE9v1oPPiByLqGbFegnqS P 7

34 Document Name:IPOL Package

Insert<https://drive.google.com/open?id=1sWAblyncNXw-78rh8LtzkIKAmQfAkOK2>

35 Document Name:IPOL FOIA FDA

2018https://drive.google.com/open?id=1V7zf1YPJF2_V2KRRf-wUz-dCeKxMaUvz P 90-93, 13-15

36 Document Name:PREVNAR-13 Package

Inserthttps://drive.google.com/open?id=1_il7Np-BfDmUwkQzuJWp46rkSBZ-ow5i

P 6:The safety of Prevnar 13 was evaluated in 13 clinical trials in which 4,729 infants (6 weeks through 11 months of age) and toddlers (12 months through 15 months of age) received at least one dose of Prevnar 13 and 2,760 infants and toddlers received at least one dose of Prevnar active control.

37 Document Name:PREVNAR-13 Package

Inserthttps://drive.google.com/open?id=1_il7Np-BfDmUwkQzuJWp46rkSBZ-ow5i P 6:Serious adverse events reported following vaccination in infants and toddlers occurred in 8.2% among Prevnar 13 recipients and 7.2% among Prevnar recipients.[...]The most commonly reported serious adverse events were in the 'Infections and infestations' system organ class including bronchiolitis (0.9%, 1.1%), gastroenteritis, (0.9%, 0.9%), and pneumonia (0.9%, 0.5%) for Prevnar 13 and Prevnar respectively.

38 Document Name:PREVNAR Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1VLR6NluMGK0E4yXUZM18lpUpi_MI7-MP P 3, 5, 15, 21

39 Article Name:Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children PMID: 10749457 Lead Author/Year:Steven Black, 2000 Journal:Pediatric Infectious Disease Journal P 5:Overall 513 pneumococcal vaccine recipients and 579 controls were hospitalized within 60 days of receipt of a dose of vaccine.[...]Review of emergency room visits within 30 days of vaccination revealed 1188 visits in pneumococcal vaccine recipients and 1169 visits in controls.

40 Document Name:PREVNAR Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1VLR6NluMGK0E4yXUZM18lpUpi_MI7-MP P 3, 15:

Efficacy was assessed in a randomized, double-blinded clinical trial in a multiethnic population at Northern California Kaiser Permanente (NCKP) from October 1995 through August 20, 1998, in which 37,816 infants were randomized to receive either Prevnar® or a control vaccine (an investigational meningococcal group C conjugate vaccine [MnCC]) at 2, 4, 6, and 12-15 months of age.[...] The majority of the safety experience with Prevnar® comes from the NCKP Efficacy Trial in which 17,066 infants received 55,352 doses of Prevnar®, along with other routine childhood vaccines through April 1998.41-60

41 Document Name:ENGERIX Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1aZ1MtPiO58IE6Pig0Ee_PZZ10c4iLjUs

P 7:Based on clinical trial symptom sheet data, the incidence of local side effects is 24% and of systemic side effects 8%; both local and systemic side effects occurred in approximately 13% of subjects. The incidence of local and systemic reactions was comparable to those of plasma derived hepatitis B vaccines.
42 Document Name:ENGERIX Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1aZ1MtPiO58IE6Pjg0Ee_PZZ10c4iLjUs

P 7:In a comparative trial in subjects from 11 years up to and including 15 years of age, the incidence of local and general solicited symptoms reported after a two-dose regimen of ENGERIX-B 20 µg was overall similar to that reported after the standard three-dose regimen of ENGERIX-B 10 µg.

43 Document Name:TWINRIX Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1K0vRj8CXuYtdhYUys4EPj2cG_niyIk0I

P 4:In a US study, 773 subjects (aged 18 to 70 years) were randomized 1:1 to receive TWINRIX (0-, 1-, and 6-month schedule) or concurrent administration of ENGERIX-B (0-, 1-, and 6- month schedule) and HAVRIX (0- and 6-month schedule).

44 Document Name:Recombivax-HB Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1LHJU_WAhXqewxvZJwWpRCRT7f4pHFpPk

45 Document Name:HAVRIX Package

Insert <https://drive.google.com/open?id=1XGppC-tPGSWvEZNGK8kRY15nGz76lxSA> P 5, 10

46 Document Name:VAQTA Clinical Review

<https://drive.google.com/open?id=1IASUdLYQ1eUDFb8vXgFH61ZhJ9rJAfRd> P 12, 22

47 Document Name:VAQTA Package

Insert <https://drive.google.com/open?id=1LuPKwCve8Pguo-GJOzbOm1b9Hgu0Zn15> P 11, paragraph 11.

Description of the vaccine adjuvant. P 7 Table 5 (and table comments) – using the control group.

48 Article Name:A controlled trial of a formalin-inactivated hepatitis A vaccine in healthy children
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199208133270702#t=article+Methods> PMID: 1320740

Archive: https://drive.google.com/open?id=1Wy_1jDh1YVupEU7whmdE5VbKvyt_y2Sk

Lead Author/Year:Alan Werzberger, 1992

Journal:The New England Journal of Medicine

P 2:Like the vaccine, each dose of the placebo — aluminum hydroxide diluent — contained 300 µg of aluminum and thimerosal at a 1:20,000 dilution.

49 Document Name:Varivax Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1NnEliA3vR_01iqYnq2wNDRWz_ZcvPo48

P 5:In a double-blind, placebo-controlled study among 914 healthy children and adolescents who were serologically confirmed to be susceptible to varicella, the only adverse reactions that occurred at a significantly ($p<0.05$) greater rate in vaccine recipients than in placebo recipients were pain and redness at the injection site {2}.

50 Article Name:Live Attenuated Varicella Virus Vaccine Efficacy trial in healthy children

PMID: 6325909 Lead Author/Year:Weibel, 1984 Journal:NEJM P 1-2:The placebo (Lot 909/C-H663) was identical in appearance to the vaccine in both lyophilized and reconstituted forms, but contained no virus material. The placebo consisted of lyophilized stabilizer containing approximately 45 mg of neomycin per milliliter.

51 Article Name:Live Attenuated Varicella Virus Vaccine Efficacy trial in healthy children

PMID: 6325909 Lead Author/Year:Weibel, 1984 Journal:NEJM

P 5:The minimal clinical reactivity reported in this trial confirms our previous experience with the vaccine. Among 914 initially seronegative children, only pain and redness at the injection site were reported more frequently among vaccine recipients than placebo recipients.

52 Document Name:ProQuad Package Insert

https://drive.google.com/open?id=13MxSgUKzQwZ59M2YZ_9Hwtc_2i7tSQVh P 6, 8, 9-11

53 Document Name:MMR II Package Insert

https://drive.google.com/open?id=1Fm340mDs4z_GUMRASgVUWK8mzQnNpXx

54 Document Name:MMR II FOIA

FDA<https://drive.google.com/open?id=1GKahQSNG8LvCAnEG7SGNyYPUEiSJwfd8>

55 Document Name:MMR FOIA

FDA<https://drive.google.com/open?id=16govZioEkWxDF739XeUdvwAyRk7unWm5>

56 Document Name:Federal Register / Vol. 78, No. 142

https://drive.google.com/open?id=1Dml_DhOUJWX5LIKr-9gM7oImHwIQVwFQ

Author/Year:Federal Register, 2013 P 3-4

57 See the RotaTeq trial, top table Biological: Comparator: Placebo

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00090233?term=rotavirus&rank=24> Archive <http://archive.is/8eGQQ>

For Rotarix , its noted: «The study has two groups: Group HRV and Group Placebo»

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00140673?term=rotavirus&rank=65> Archive :<http://archive.is/LqCpd>

58 Document Name:Rotarix Clinical Review

https://drive.google.com/open?id=1LNjfqQDrSaQEdaZ0MYNkc_YflrOz2kto P 24:The placebo consisted of all components of Rotarix, but without any RV particles.

59 Document Name:Rotateq Clinical Review

<https://drive.google.com/open?id=1T5ZQZYINtJhdyYGHrwSZ1M5HWFKf4dK8> P 37

60 Article Name:Efficacy, Immunogenicity, and Safety of a Pentavalent Human-Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus Vaccine at the End of Shelf Life PMID: 17200266 Lead Author/Year:Stan L. Block, 2007

Journal:Pediatrics P 2:The placebo was identical to the vaccine except that it did not contain the rotavirus reassortants or trace trypsin.61-70

61 Article Name:Safety and Efficacy of an Attenuated Vaccine against Severe Rotavirus Gastroenteritis

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa052434> PMID: 16394298

Archive: <https://drive.google.com/open?id=1BFebUKyHVq9msLCtJLdY3bHJsIIQ4pS3>

Lead Author/Year:Guillermo M. Ruiz-Palacios, 2006

Journal:The New England Journal of Medicine P 15-17

62 Article Name:Safety and Efficacy of a Pentavalent Human–Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus Vaccine

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa052664> PMID: 16394299

Archive: https://drive.google.com/open?id=18tKqyoOx_5aSXdOCwFiSfffbqMzVIsY2W

Lead Author/Year:Timo Vesikari, 2006

Journal:The New England Journal of Medicine P 28-30 (6-8)

63 Document Name:ROTARIX Package Insert

<https://drive.google.com/open?id=1b1rURgJfPiXgg3HGZtYzhpKnjv7ZW-P0>

P 5:No increased risk of intussusception was observed in this clinical trial following administration of ROTARIX when compared with placebo

64 Article Name:Postmarketing Surveillance of Intussusception Following Mass Introduction of the Attenuated Human Rotavirus Vaccine in Mexico

PMID:22695189 Lead Author/Year:F. Raúl Velázquez, 2012

Journal:The Pediatric Infectious Disease Journal

P 1:The attenuated human rotavirus vaccine was not found to be associated with an increased risk of intussusception in a large prelicensure placebo-controlled, clinical trial involving 63,225 infants in 11 Latin American countries and Finland.

Article Name:

PMID:

Risk of Intussusception After Rotavirus Vaccination: 26069948

Meta-analysis of Postlicensure Studies

https://journals.lww.com/pidj/fulltext/2015/07000/Risk_of_Intussusception_After_Rotavirus.18.aspx

Archive:<https://drive.google.com/open?id=172UmbRygo9WBW9iza1NINk>

3A0-7uV057

Lead Author/Year:Journal: Dominique Rosillon, 2015 The Pediatric Infectious Disease Journal

P 1: No increased risk of serious adverse events, including intussusception, was detected in prelicensure clinical studies of either RV1 or RV5, including 2 randomized, controlled trials each involving over 60,000 infants.

65 Document Name:Ethical Considerations in Conducting Pediatric Research Book chapter from:Pediatric Clinical Pharmacology <https://www.springer.com/gp/book/9783642201943>

Author/Year:Michelle Roth-Cline, 2011 P 228:

In assessing whether an intervention or procedure presents no more than a minor increase over minimal risk, there must be sufficient data that any research-related pain, discomfort or stress will not be severe and that any potential harms will be transient and reversible.

66 Document Name:Declaration Of Helsinki – Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> Author/Year:WMA, 1964

Archive:<http://archive.is/4r8IC> Paragraph 18:18. Physicians may not be involved in a research study involving human subjects unless they are confident that the risks have been adequately assessed and can be satisfactorily managed. When the risks are found to outweigh the potential benefits or when there is conclusive proof of definitive outcomes, physicians must assess whether to continue, modify or immediately stop the study.Paragraph 28:28. For a potential research subject who is incapable of giving informed consent, the physician must seek informed consent from the legally authorised representative. These individuals must not be included in a research study that has no likelihood of benefit for them unless it is intended to promote the health of the group represented by the potential subject, the research cannot instead be performed with persons capable of providing informed consent, and the research entails only minimal risk and minimal burden.

67 Document Name:The Nuremberg Code«Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10»

https://drive.google.com/open?id=1zCEX9tvA_1vs4KycwYUU9uQ1GHC0mXp6

Author/Year:U.S. Government, 1949 P 1 item 4:The experiment should be so conducted as to avoid all unnecessary physical and mental suffering and injury.

68 Document Name:Expert consultation on the use of placebos in vaccine trials

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94056/9789241506250_eng.pdf

Author/Year:WHO, 2013

Archive:https://drive.google.com/open?id=1yLHGu4pO0K2_xUZmNsE4RyxbUtkq382y P 12:The research must have a risk–benefit profile judged to be favourable, based on sufficient evidence from previous clinical and non-clinical studies (i.e. the expected benefits of conducting the research must outweigh any associated potential risks). There is an ethical obligation to introduce measures to reduce the risks to all trial participants.

69 Document Name:DAPTACEL Clinical

Review <https://drive.google.com/open?id=1CFrePXwN-q5ywCnuflnwLjUwScsLPvBU> P 61 Table 50

70 The list of articles: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25371534>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29443825> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29239682>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29217375> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28720281>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28522338> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28498853>

3. Sobredosis de aluminio en el calendario de vacunación infantil

<https://cienciaysaludnatural.com/aluminio/>

1 agosto, 2024 Aluminio, Calendario Vac, vacunas

Un nuevo estudio publicado en el *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology* concluyó que el calendario de vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE. UU. que muchos otros países imitan, supera en 15.9 veces el nivel seguro recomendado de aluminio una vez que los investigadores ajustaron el peso corporal.

Se usa aluminio en las vacunas como adyuvante, un adyuvante es una sustancia que aumenta o modula la respuesta inmunitaria a una vacuna. El aluminio es especialmente perjudicial para nuestro cerebro y nuestros nervios, ya que desempeña múltiples funciones en la acumulación de sustancias nocivas (β -amiloide , proteína tau) en el cerebro, provoca la muerte de las células protectoras del cerebro llamadas astrocitos y altera el sistema «protector». pared» alrededor del cerebro, lo que resulta en una mayor vulnerabilidad a sustancias nocivas.

Cuando se inyecta aluminio en nuestros músculos en la formulación de una vacuna, se absorbe casi al 100 por ciento, luego viaja y cruza la barrera hematoencefálica y se acumula en nuestro cerebro y otros órganos. El aluminio es un conocido tóxico celular. Crea moléculas dañinas llamadas especies reactivas de oxígeno, engaña al sistema inmunológico para que reaccione exageradamente a los componentes de nuestro cuerpo, daña la cadena de suministro de energía y es tóxico para nuestro ADN.

Por otro lado, la farmacodinámica del aluminio inyectado utilizado en las vacunas no toma en cuenta como las diferencias en las fechas de aplicación afectan la acumulación de aluminio y cómo factores como la genética y las influencias ambientales afectan a la desintoxicación.

Las sales de aluminio son los adyuvantes más comunes en las vacunas infantiles. El contenido de aluminio de una vacuna lo proporciona el fabricante y se indica en el prospecto de información al paciente. No existe una verificación independiente, por ejemplo por parte de la Agencia Europea de Medicamentos, del contenido de aluminio de las vacunas infantiles.

Niveles permisibles para un bebé

La Administración de Drogas y Alimentos de EE.UU. (FDA) establece una dosis máxima de aluminio de 4 a 5 microgramos por kilogramo de peso por día. Si un bebe pesa 4 kg , puede recibir hasta 20 microgramos, pero con solo la vacuna Engerix contra la Hepatitis B, cuando nace, recibe 12 veces más que los niveles permitidos, porque esta vacuna tiene por lo menos 250 microgramos (mcg) de aluminio.

El Departamento de Salud y Derechos Humanos de EE.UU. Services (HHS) afirma que el aluminio es una neurotoxina y la exposición a este elemento pueden provocar importantes «alteraciones en la función motora, sensorial función y función cognitiva.» <https://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp22.pdf> pag. 34 Ver sección que dice:

- «**Significant alterations** in motor function, sensory function, and cognitive function have been detected following exposure to adult or weanling rats and mice or following gestation and/or lactation exposure of rats and mice to aluminum lactate, aluminum nitrate, and aluminum chloride»
 - TRADUCCIÓN: «Se han detectado alteraciones significativas en la función motora, la función sensorial y la función cognitiva después de la exposición a ratas y ratones adultos o destetados o después de la exposición durante la gestación y/o la lactancia de ratas y ratones a lactato de aluminio, nitrato de aluminio y cloruro de aluminio»

El aluminio es un adyuvante de uso común en muchas vacunas, incluidas

- HepB
- DTaP/Tdap
- PedvaxHIB (influenza)
- PCV (Pneumococcal)
- HepA
- HPV
- MenB (meningococcal B)

El límite superior establecido por la FDA para el aluminio en las vacunas es **de 850 a 1250 µg/dosis** , es decir microgramos por dosis. Sin embargo, hay tres problemas importantes con este límite:

- En primer lugar, esto se basó en datos de que esta cantidad de aluminio por dosis mejoraba la «antigenicidad» y la «efectividad» de la vacuna, pero no **incluye** consideraciones de seguridad.
- En segundo lugar, si convertimos esta dosis a una dosis pediátrica basada en el peso corporal, excede ampliamente el **límite de seguridad de la dosis parenteral** de aluminio de 4 a 5 µg/kg/día establecido por la FDA para la ingesta nutricional intravenosa. (µg = microgramos)
- También es **mucho más alto** de lo que los científicos calcularon como el límite seguro del aluminio de la vacuna de no más de 10,31 a 16,01 µg/kg por día al nacer.
- En tercer lugar, esta recomendación no tiene en cuenta la persistencia del aluminio en el organismo ni la ingesta constante del medio ambiente. Dado que el aluminio impregna nuestro medio ambiente, la comunidad científica ha expresado su preocupación por nuestra exposición al aluminio durante muchos años.

Actualización de la FDA:

Una actualización de la FDA proporcionó la siguiente respuesta a una solicitud de [información](#) el 12 de octubre de 2023 para el caso de la vacuna Gardasil contra el VPH fue:

«El sulfato de hidroxifosfato de aluminio amorfo, AAHS, utilizado en Gardasil para ayudar a provocar una respuesta inmunitaria, se ha utilizado en varias vacunas aprobadas por la FDA durante más de 6 décadas. La cantidad de aluminio en el grupo de vacuna y en el grupo de control fue la misma, 225 microgramos, El Título 21 del Código de Regulaciones Federales, Parte 610.15(a), limita la cantidad de aluminio en los productos biológicos, incluidas las vacunas, a 850 – 1250 microgramos/dosis, a menos que al fabricante se le haya concedido una exención de este requisito.»

La FDA no ha concedido tal exención a ninguna vacuna. La cantidad de aluminio en las vacunas actualmente autorizadas en los EE. UU. es consistente con los estándares de la Organización Mundial de la Salud por dosis humana única de un producto». El límite de la FDA de 850 µg de aluminio por dosis se derivó de datos que demostraban que esta cantidad por dosis mejoraba la «antigenicidad» y la «eficacia» de la vacuna, pero no se basaba en consideraciones de [seguridad](#). Se basó en un [artículo publicado](#) en 2002 en la revista Vaccine del Centro de Evaluación e Investigación Biológica de la FDA (CBER) que decía: «La cantidad de 15 mg de aluminio o 0,85 mg de aluminio por dosis se seleccionó empíricamente a partir de datos que demostraban que esta cantidad de aluminio mejoró la antigenicidad y eficacia de la vacuna (Joan May, FDA/CBER, comunicación personal)».

Además, es una cuestión de sentido común que la dosis de un medicamento pediátrico deba calcularse proporcionalmente en función del peso corporal. Del mismo modo, la dosis pediátrica equivalente de aluminio también debe calcularse en función del peso corporal.

Sin embargo, la cantidad de aluminio por dosis recomendada por la FDA en las vacunas para niños no tiene en cuenta su peso corporal. No han calculado una dosis segura para los niños en función de los riesgos de daños potenciales. El calendario actual de vacunas no tiene en cuenta estos factores, lo que constituye un problema grave que debe abordarse. Los científicos [han convertido](#) cada una de las dosis establecidas aprobadas por la FDA de 850 µg y 1250 µg en vacunas en dosis pediátricas equivalentes, con los siguientes resultados: Para 850 µg en cada dosis de vacuna, ajustado por peso corporal:

- En comparación con un adulto cuyo peso corporal es de 60 kg, para un niño varón, 850 µg equivalen a 254 µg/kg al nacer; 152,7 µg/kg a los 2 meses; 121,4 µg/kg a los 4 meses; 107,1 µg/kg a los 6 meses; 92,8 µg/kg al año; y 69,9 µg/kg a los 2 años (en comparación con 12,5 a 14,2 µg/kg para un adulto).
- Para una niña, el peso corporal es generalmente menor que el de un hombre, por lo que su carga de aluminio es aún mayor.

Para 1250 µg en cada dosis de vacuna, ajustado por peso corporal:

- En comparación con un adulto cuyo peso corporal es de 60 kg, para un niño varón, 1250 µg equivalen a 373,5 µg/kg al nacer; 224,5 µg/kg a los 2 meses; 178,5 µg/kg a los 4 meses; 157,5 µg/kg a los 6 meses; 136,4 µg/kg al año; y 102,9 µg/kg a los 2 años (en comparación con 18,4 a 20,8 µg/kg para un adulto).
- De manera similar, el peso corporal de una niña es generalmente menor que el de un niño, por lo que su carga de aluminio es aún mayor.

El único límite de dosificación de seguridad disponible para exposiciones parenterales al aluminio según el Código de Regulaciones Federales ([CFR/FDA 21CFR201.323](#)) se establece en 4 a 5 µg/kg/día.

En consecuencia, los límites de dosis de vacuna anteriores de 850 a 1250 µg/dosis de aluminio establecidos por la FDA exceden ampliamente el límite de seguridad de la dosis parenteral de aluminio de 4 a 5 µg/kg/día. Esto también es mucho más alto que el límite de seguridad del aluminio de la vacuna calculado por los científicos de no más de [10,31 a 16,01 µg/kg](#) por día al nacer.

No hemos considerado bebés con disfunción renal, una condición muy común entre los bebés prematuros.

Es importante considerar también que se ha [demostrado que los compuestos de aluminio persisten](#) hasta ocho años después de la vacunación en el cuerpo humano, y [los síntomas asociados con el aluminio](#) de la vacuna pueden persistir hasta ocho años. Este hecho, combinado con la exposición ambiental repetida, puede explicar la hiperactivación del sistema inmunológico y las [condiciones crónicas](#) posteriores, como alergias, eczema y asma, que sufren casi la mitad de los [niños estadounidenses](#).

La farmacodinámica efectos bioquímicos y fisiológicos, mecanismos de acción y relación entre la concentración del fármaco y el efecto de este sobre un organismo

Los niveles permisibles actuales de aluminio inyectado se han basado en un enfoque que ignora la edad, el peso y las consideraciones individuales, como la [genética](#) y las influencias ambientales en la desintoxicación.

Al igual que los mecanismos de acción como adyuvantes, la [farmacodinámica](#) de las formas inyectadas de aluminio comúnmente utilizadas en las vacunas no está bien caracterizada, particularmente con respecto a cómo las diferencias en los cronogramas impactan la acumulación y cómo factores como la genética y las influencias ambientales en [la desintoxicación](#) influyen en la eliminación.

Los esfuerzos de modelado anteriores se basan en **muy pocos datos empíricos** como el **modelo de Priest**, a veces es tomado como referencia por el Centro de Control de Enfermedades, CDC y la FDA. Priest se basa en tasas de eliminación de todo el cuerpo estimadas a partir de un estudio que involucra a un solo sujeto humano. **En el estudio** de James Lyons-Weiler et al, se analizó las exposiciones agudas esperadas y la acumulación/aclaración a largo plazo en todo el cuerpo a través de **esquemas de vacunación** del calendario actual de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU. Luego se analizó los efectos de una suposición implícita del **modelo de Priest** sobre si la dinámica de eliminación de dosis sucesivas está influenciada por el nivel actual de aluminio o modelada por la suposición de que una nueva dosis tiene su propia dinámica de todo el cuerpo «reiniciada» en el día de la inyección. Se modelaron dos factores adicionales: variación (deficiencia) en la desintoxicación de aluminio y un factor agregado a la ecuación de Priest para modelar el impacto potencial del propio aluminio en la desintoxicación celular y de todo el cuerpo. Estas exploraciones se comparan con un límite de dosis pediátrica (PDL) previamente estimado de exposición al aluminio en todo el cuerpo y proporcionan una nueva estadística: *%alumTox* , el porcentaje (esperado) de días (o semanas) que un bebé está expuesto a **la toxicidad por aluminio** , lo que refleja **la toxicidad crónica** . Se pudo demostrar que el programa de los CDC da como resultado un *%alumTox más alto independientemente de los supuestos del modelo* como el de Priest. Estos resultados son conservadores, ya que el Nivel mínimo de seguridad (Minimum Safe Level, MSL) se deriva de datos utilizados por la FDA para estimar la seguridad del aluminio en humanos adultos.

De acuerdo al estudio **Exposición aguda y retención crónica de aluminio** en los esquemas de vacunas y efectos de la variación genética y ambiental : «estudiamos los efectos de una suposición implícita del **modelo Priest** sobre si la dinámica de depuración de dosis sucesivas está influenciada por el nivel actual de aluminio o modelada por la suposición de que una nueva dosis tiene su propio «restablecimiento» de dinámica de cuerpo entero en el día de inyección. Modelamos dos factores adicionales: variación (deficiencia) en la desintoxicación de aluminio, y un factor agregado a la ecuación de Priest para modelar el impacto potencial del aluminio en la desintoxicación celular y de todo el cuerpo».

Ninguna de las **vacunas individuales viola** la guía de un máximo de 850 μ g de aluminio para un adulto sin embargo, **debido a las múltiples vacunas que generalmente se administran juntas a los 2, 4 y 6 meses, el programa de los CDC viola este límite incluso suponiendo un peso adulto** . Ajustar el límite de dosis segura basado en el peso de un niño a estas edades, por lo tanto, da como resultado dosis que superan con creces el límite seguro estimado de toxicidad aguda.

Una limitación de un **estudio anterior** fue que no consideró la toxicidad crónica debido a la acumulación. **El estudio de Priest del 2004** (15,152,306) **realizó mediciones repetidas de aluminio retenido durante un período de 12 años de un solo voluntario adulto después de una sola inyección con solución de citrato que contenía Aluminio** y un **pequeño estudio** de otros seis sujetos varones adultos durante un período más corto de tiempo. El modelo resultante puede ser limitado porque **las soluciones de citrato no se usan en la vacunación y los estudios incluyeron adultos en lugar de bebés**. Esto podría ser especialmente importante para los bebés, especialmente los recién nacidos, porque un alto porcentaje de ellos tiene una función renal subdesarrollada.

El adyuvante (ayudante)

Durante 70 años, los únicos adyuvantes con licencia fueron a base de aluminio . Aproximadamente el 80% de las vacunas (incluidas las que tienen un componente de difteria, tétanos o tos ferina, hepatitis A y B, *Haemophilus influenzae* tipo b, virus del papiloma humano, meningococo y neumococo) dependen de compuestos de aluminio con propiedades físicas y químicas variables :

- fosfato de aluminio,
- hidróxido de aluminio ,
- sulfato de aluminio y potasio y
- sulfato de hidroxifosfato de aluminio amorfo patentado de Merck (AAHS).

Hasta hace un tiempo, la literatura científica ha proporcionado poca evidencia para demostrar la seguridad del aluminio inyectado. Para complicar aún más las cosas, se ha especulado que, al menos para algunas personas, la capacidad del cuerpo para eliminar el aluminio podría verse ralentizada por la exposición previa al elemento. Además, los individuos tienen diferentes capacidades para desintoxicar metales pesados y toxinas en general, como aquellos con disfunción renal, bebés y, aún más, bebés en unidades neonatales.

En la actualidad hay varios estudios de Christopher Exley, profesor de química bioinorgánica, que es uno de los investigadores del aluminio más citados del mundo, con más de 200 artículos científicos revisados por pares publicados sobre el aluminio y más de 12.000 citas. Sus 35 años de investigación han demostrado un fuerte vínculo entre la exposición al aluminio y enfermedades como la enfermedad de Alzheimer, el autismo , la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson .



Christopher Exley, PhD, profesor de química bioinorgánica en la Universidad de Keele y líder del grupo de investigación sobre aluminio y silicio, <https://www.bitchute.com/video/fJcwKK0plSeB/>

También el estudio de Goullé , Grangeot-Keros demuestra que los pacientes con insuficiencia renal dializados han desarrollado encefalitis relacionada con la acumulación excesiva de aluminio en el cerebro. Los que fallecieron tenían un nivel diez veces mayor de aluminio en la materia gris, lo que provocaba enfermedades cerebrales mortales en entre el 30 y el 50% de los casos.

Sus síntomas cerebrales se correlacionaron con sus niveles de aluminio en sangre, incluidos problemas de habla, coordinación, cognición y convulsiones fatales. Como toxina potente, el aluminio puede dañar gravemente múltiples sistemas del cuerpo humano . Los efectos tóxicos del aluminio en nuestros nervios, pulmones, músculos, intestinos, riñones e hígado han sido bien documentados.

El aluminio iónico absorbido en la dieta puede salir de nuestro cuerpo a través de los riñones; sin embargo, la mayoría de las mezclas de antígeno y aluminio en las vacunas son demasiado grandes para que los riñones las expulsen del cuerpo. En consecuencia, la exposición al aluminio de las

vacunas plantea un **riesgo de seguridad mucho mayor** que el aluminio de la dieta.

Según el profesor Exley, «La **conocida toxicidad del aluminio** contribuye casi con toda seguridad al éxito de las sales a base de aluminio como adyuvantes». Un **estudio de Nature de 2016** proporcionó información sobre la toxicidad celular inducida por el aluminio utilizado como adyuvante en vacunas humanas clínicamente aprobadas.

Cuando inyectamos una vacuna con aluminio en el músculo, sólo podemos imaginar qué reacciones físicas y químicas se desencadenarán. Al principio, puede haber poca respuesta en el lugar de la inyección. La única reacción puede deberse al daño causado por la aguja.

«Cuando la vacuna se inyecta profundamente en el tejido muscular, los iones de aluminio comienzan a disolverse y atacar las células circundantes», afirmó Exley en el documental «Under the Skin». «Entonces, dependiendo de esa velocidad de disolución, se obtendrá el grado de citotoxicidad: toxicidad celular», dijo. Los iones de aluminio matan nuestras células sanas normales y, a medida que esas células mueren, liberan mensajeros químicos que piden ayuda de las otras células inmunitarias. Las células inmunes reaccionan inmediatamente y comienzan a atacar cualquier cosa sospechosa en el lugar de la vacunación. Se produce una feroz batalla.

Sólo durante esta **inflamación provocada por el aluminio** se toman se incorporan también los antígenos silenciosos y son transportados por células inmunitarias especializadas. Esas proteínas virales silenciosas también son identificadas por las células inmunes como enemigas y se producen anticuerpos específicos para unirse a ellas. **Como resultado, los científicos están utilizando los efectos tóxicos del aluminio que pueden desencadenar inflamación para comenzar una batalla contra un antígeno inactivo.** El nivel de toxicidad del aluminio es un término alternativo utilizado para describir su capacidad para producir anticuerpos en una vacuna.

ASIA Síndrome autoinmune inflamatorio inducido por adyuvantes



Sobre los adyuvantes en vacunas por el Dr. Yehuda Shoenfeld forma parte del consejo editorial de revistas científicas en los campos de la reumatología y la autoinmunidad. Es fundador y editor de “Autoimmunity Reviews” y co-editor de “The Journal of Autoimmunity” Sus trabajos clínicos y científicos se centran en enfermedades autoinmunes y reumáticas y ha publicado más de 1700 artículos en revistas tales como el New England Journal of Medicine, Nature, Lancet, las Actas de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, el Journal of Clinical Investigation, el Journal of Immunology, Blood, el Journal of the Federation of

American Societies Para Biología Experimental, el Diario de Medicina Experimental, Circulación, Cáncer, y otros, y sus artículos han tenido más de 31.000 citas. El Nuevo libro del Dr. Shoenfeld “Vaccines and Autoimmunity”.

<https://www.bitchute.com/video/8koFEZB9slvQ/>

El papel de varios factores ambientales en la **patogénesis** de las enfermedades inmunes está bien establecido. De los cuales, los factores que implican una actividad inmune **adyuvante** , tales como agentes infecciosos, **silicona** , **sales de aluminio** y otros, se asociaron con enfermedades

inmunomediadas definidas y no definidas tanto en modelos animales como en humanos. En los últimos años, cuatro afecciones: la siliconosis, el **síndrome de la guerra del Golfo** (GWS), el síndrome de **miofasciitis** macrofágica (MMF) y los fenómenos posteriores a la vacunación se vincularon con la exposición previa a un adyuvante. Además, estas cuatro enfermedades comparten un complejo similar de **signos y síntomas que** respaldan aún más un denominador común. Por lo tanto, revisamos aquí los datos actuales sobre el papel de los adyuvantes en la patogénesis de las enfermedades inmunes mediadas, así como los datos acumulados sobre cada una de estas cuatro condiciones. En relación con el conocimiento actual, nos gustaría sugerir incluir estas condiciones comparables bajo un síndrome común titulado **ASIA**, » Síndrome autoinmune (autoinflamatorio) inducido por adyuvantes». ver más <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2010.07.003> 'ASIA' – Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants

El aluminio no debería usarse como placebo en ensayos clínicos

Según la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA), un placebo se define como «una pastilla, líquido o polvo inactivo que no tiene valor terapéutico». Por lo tanto, las propiedades tóxicas bien establecidas del aluminio sugieren que el aluminio no puede constituir un placebo válido.

La vacunación postnatal afecta el desarrollo cerebral en un modelo animal

El primer estudio para probar el efecto de la vacunación postnatal en el desarrollo del cerebro fue publicado en 2015 ([Li 2015](#)). En este experimento, las ratas neonatales fueron administradas con la vacuna Bacillus Calmette-Guérin (BCG) y la vacuna contra la hepatitis B (HB) o una combinación (BCG + BV) programado para imitar los calendarios de vacunación infantil humanos. Las vacunas BCG y HB producen efectos opuestos en el cerebro. Específicamente, la BCG afecta la plasticidad sináptica (LTP, la base de aprendizaje y la memoria); HB inhibe la plasticidad sináptica y la LTP. También causaron cambios opuestos en algunos niveles de proteína sináptica.

LTP (*Long-term potentiation*) es un proceso por el cual las conexiones sinápticas entre las neuronas se fortalecen con la activación frecuente. Se cree que LTP es una forma en que el cerebro cambia en respuesta a la experiencia y, por lo tanto, puede ser un mecanismo subyacente al aprendizaje y la memoria.

La plasticidad sináptica o neuronal es la capacidad del cerebro de reconstruirse de aprender y recordar. En la literatura existe amplia evidencia de que **la experiencia promueve modificaciones en la estructura sináptica**, particularmente en regiones como el hipocampo.

La vacuna contra la hepatitis B (HB) (pero no la vacuna BCG) aumentó la expresión génica de la IL-6 en el cerebro; aumento de la expresión de genes probablemente indica una elevación en el cerebro de IL-6. La vacuna contra el HB contiene el adyuvante de aluminio, y la BCG no contiene adyuvante de aluminio. **Por lo tanto, el adyuvante de aluminio puede ser el ingrediente responsable de la expresión génica elevada IL-6 .**

La **expresión génica** es el proceso mediante el cual la información codificada en un gen se utiliza para

dirigir el montaje de una molécula de proteína.

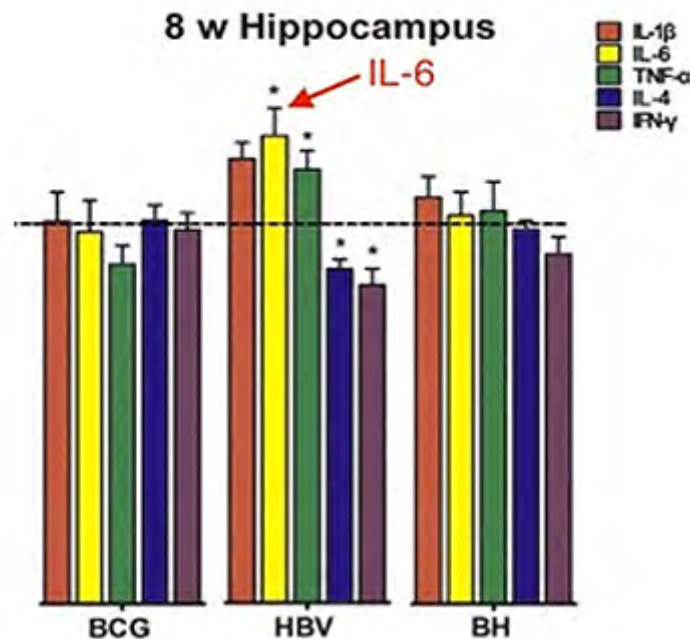


Fig. 4: vacuna contra la hepatitis B, aumento la IL-6 de la expresión génica en el cerebro a las 8 semanas después de la vacunación neonata, la vacuna BCG, no lo aumentó. La vacuna contra la hepatitis B contiene adyuvante de aluminio; La vacuna BCG no tiene aluminio. Elevada IL-6 provoca comportamientos tipo autismo en modelos animales. Li et al 2015.

El estudio [Li et al](#) demostró que las vacunas causaron otros cambios en el cerebro, incluyendo

- 1) los cambios en la potenciación a largo plazo (LTP) (Hep B disminuyó LTP),
- 2) cambios en las espinas dendríticas, y
- 3) cambios en la expresión de proteína sináptica. Los cambios en las proteínas de la sinapsis y espinas dendríticas se han observado en los trastornos del cerebro humano.

[Li et al](#) atribuyen los efectos cerebrales a los cambios en los niveles de citoquinas y la polarización inmune (polarización Th1 / Th2) inducida por el adyuvante de aluminio en las vacunas que causan la polarización Th2.

[Li et al](#) declaran que los resultados sugieren que las vacunas pueden interactuar a través de efectos de activación inmune:

“... nuestros datos sugieren que las combinaciones de diferentes vacunas pueden interactuar entre sí (potenciar o contrarrestar). El mecanismo de modulación de la plasticidad sináptica a través de BCG neonatal / vacuna contra el VHB puede ser a través de un sesgo sistémico Th1 / Th2 acompañado de un perfil específico de citoquinas y las neurotrofinas en el cerebro.”(Li 2015)

Li 2015 demuestra que las vacunas afectan el desarrollo del cerebro por un mecanismo de activación inmune. Además, el adyuvante de aluminio puede inducir la activación de Th2 y

polarización largo plazo de Th2. Los resultados de Li 2015 sugieren que todas las vacunas con adyuvante de aluminio, pueden causar efectos adversos similares a la vacuna contra la HB. **En consecuencia, los resultados de Li 2015 sugieren que los estudios muestran que la activación inmune provoca trastornos neurológicos / psiquiátricos relacionados a los efectos adversos de la vacuna.**

Las vacunas se administran Durante Synaptogenesis

Otra manera de responder a la cuestión de la vulnerabilidad del cerebro a la activación inmune es tener en cuenta los tipos de procesos de desarrollo del cerebro que ocurren cuando se administran las vacunas. Las vacunas se administran principalmente en los primeros 18 meses de vida. El cerebro humano se somete a un rápido e intenso desarrollo durante este período. Synaptogenesis (formación de conexiones sinápticas entre neuronas) es especialmente intenso en este periodo.

La vulnerabilidad del cerebro en desarrollo a la activación inmune está aparentemente relacionada con los tipos específicos de los procesos de desarrollo del cerebro que ocurren (Tau 2010, Meyer 2006, Meyer 2007). Tales procesos incluyen la migración (movimiento de las neuronas a ubicaciones finales en el cerebro), la adhesión (formación de adhesiones químico-mecánicas entre las células cerebrales), y la sinaptogénesis (formación de conexiones sinápticas entre neuronas), entre otros (neurogénesis, gliogenesis, mielinización, etc).

Las citoquinas afectan a los procesos de desarrollo del cerebro. Por ejemplo, elevada IL-6 afecta a la migración, adhesión y sinaptogénesis (Wei 2011). La IL-6 elevada en el periodo postnatal promueve un exceso de sinapsis excitadoras y un déficit de sinapsis inhibitoras, y media comportamientos parecidos al autismo (Wei 2012 (a)).

En los seres humanos, un aumento dramático en la sinaptogénesis comienza alrededor del momento del nacimiento, y continúa hasta aproximadamente los 3 años (Huttenlocher 1997, Tau 2010, Stiles 2010, Semple 2013). Las vacunas se administran durante esta intensa sinaptogénesis. Ver figura 5.

Un IL-6 elevado en el cerebro inducido por la vacunación durante la sinaptogénesis puede causar un desequilibrio excitatorio-inhibidor, desequilibrado causando excitación. Un desequilibrio excitatorios se ha observado en el autismo humano.(Robertson 2016, Freyberg 2015)

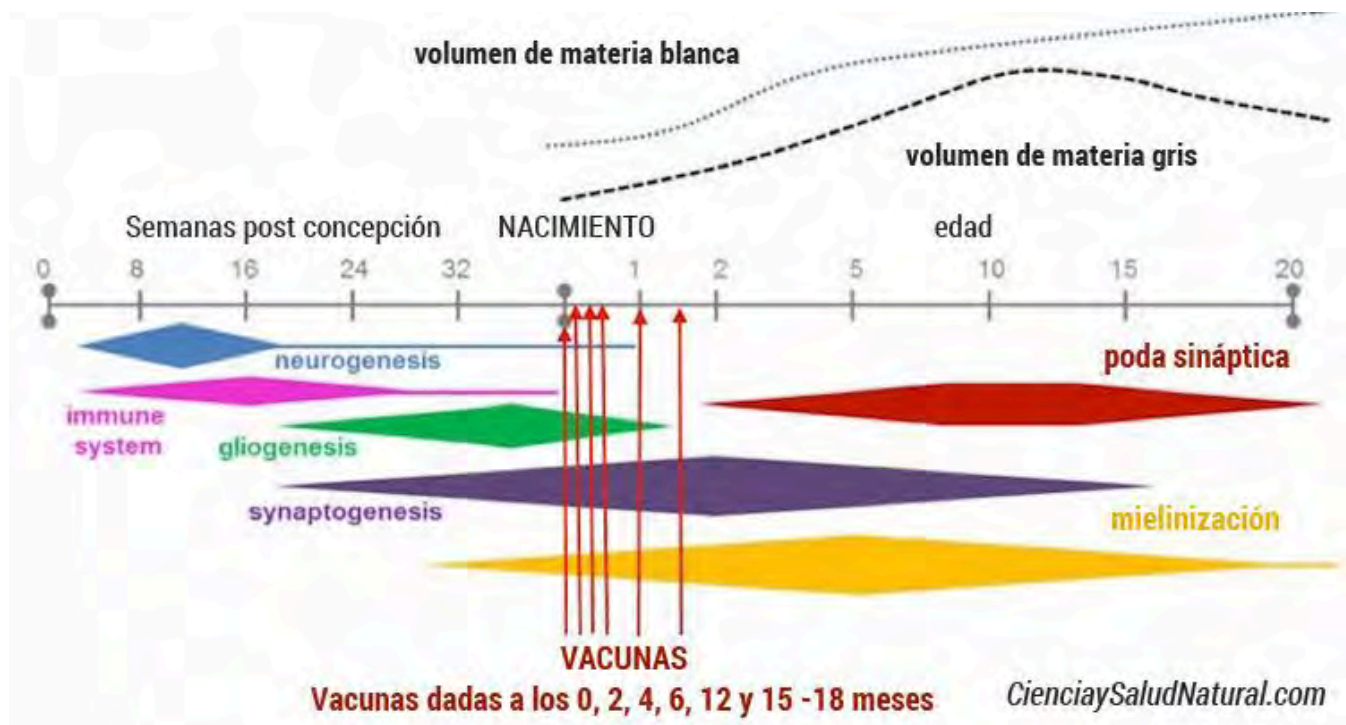


Fig. 5: Cronología de los procesos de desarrollo del cerebro específica en los seres humanos. Sinaptogénesis es más intensa durante los primeros dos años de vida, cuando se administran las vacunas. Se muestra momento de la vacunación de acuerdo con el calendario de vacunación escolar del CDC. Un elevado IL-6 durante la sinaptogénesis puede causar un desequilibrio de la sinapsis inhibitoria excitadora, causando excitación. Adaptado de [Semple 2013](#).

Niños más vulnerables

Es contraproducente vacunar a un bebé recién nacido con vacunas con aluminio como la de hepatitis B dado que los niños con problemas congénitos como por ejemplo mutación MTHFR pueden quedar gravemente dañados como lo aclara Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los EEUU., IOM. [De acuerdo al IOM](#): “Tanto las investigaciones epidemiológicas como las mecanísticas sugieren que la mayoría de los individuos que experimentan una reacción adversa a las vacunas tienen una susceptibilidad preexistente. Estas predisposiciones pueden existir por varias razones: variantes genéticas (en el ADN humano o microbioma), exposiciones ambientales, comportamientos, enfermedades intermedias o etapa de desarrollo, por nombrar solo algunas, todas las cuales pueden interactuar entre ellas. Algunas de estas reacciones adversas son específicas de la vacuna en particular, mientras que otras pueden no serlo”. Este tipo de mutación MTHFR lo padece más del 30 % de la población. Es decir, estamos exponiendo al 30% de los bebés a riesgo de quedar gravemente dañados de por vida, cuando en realidad [los riesgos no superan los beneficios](#). Ver más sobre [niños vulnerables](#)

Adyuvantes de aluminio: neurotóxicos a dosis de vacuna

Los adyuvantes de aluminio (Al) tienen un papel esencial en muchas vacunas que es estimular la activación inmune. Sin adyuvantes de aluminio las vacunas tendrían una eficacia muy reducida.

Los adyuvantes de aluminio comprenden partículas submicrónicas (partículas primarias) de compuestos de aluminio, típicamente AlOH, AlPO₄, AlSO₄ o una combinación de estas. Las partículas primarias típicamente se aglomeran en partículas más grandes con tamaños de alrededor de 2-20 micrones (Harris 2012). Las partículas de adyuvantes de aluminio tienen baja solubilidad en agua y fluidos corporales. Las partículas de adyuvantes de aluminio son biopersistentes y pueden permanecer en el cuerpo durante meses o años (Flarend 1997, Khan 2013, Gherardi 2001).

Aluminio inyectado Vs. Aluminio ingerido

Durante el siglo pasado, el uso de aluminio en ciertos productos ha llevado a una mayor exposición humana. Las mayores fuentes de dicha exposición son los alimentos que contienen aluminio (por ejemplo, polvo de hornear, alimentos procesados, fórmulas infantiles, etc.), productos médicos (por ejemplo, antitranspirantes, antiácidos, etc.), vacunas contra la alergia, etc, y las vacunas del calendario.¹⁻³

La FDA ha considerado que el aluminio es generalmente reconocido como seguro (GRAS) desde 1975.⁹ Sin embargo, antes de 1990, no existía la tecnología para detectar con precisión pequeñas cantidades de aluminio administradas a sujetos en estudios científicos.¹⁰ En consecuencia, se desconocía la cantidad de aluminio que podía absorberse antes de que aparecieran los efectos negativos.

Desde 1990, debido a los avances tecnológicos, se ha observado que pequeñas cantidades de aluminio que permanecen en el cuerpo humano interfieren con una variedad de procesos celulares y metabólicos en el sistema nervioso y en tejidos de otras partes del cuerpo.^{1,10,11} Los mayores efectos negativos del aluminio se han observado en el sistema nervioso y van desde el deterioro de las habilidades motoras hasta la encefalopatía (alteración del estado mental, cambios de personalidad, dificultad para pensar, pérdida de memoria, convulsiones, coma y más).^{2,12}

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) reconoce el aluminio como una neurotoxina conocida.² Además, la FDA ha advertido sobre los riesgos de la toxicidad del aluminio en bebés y niños.¹³

En 2008, la Agencia para el Registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades (ATSDR), una división del HHS, utilizó estudios de los efectos neurotóxicos del aluminio para determinar que no se administran más de 1 miligramo (mg) (1000 microgramos [mcg]) de aluminio por kilogramo. (kg) de peso corporal deben tomarse por vía oral al día para evitar los efectos negativos del aluminio.²

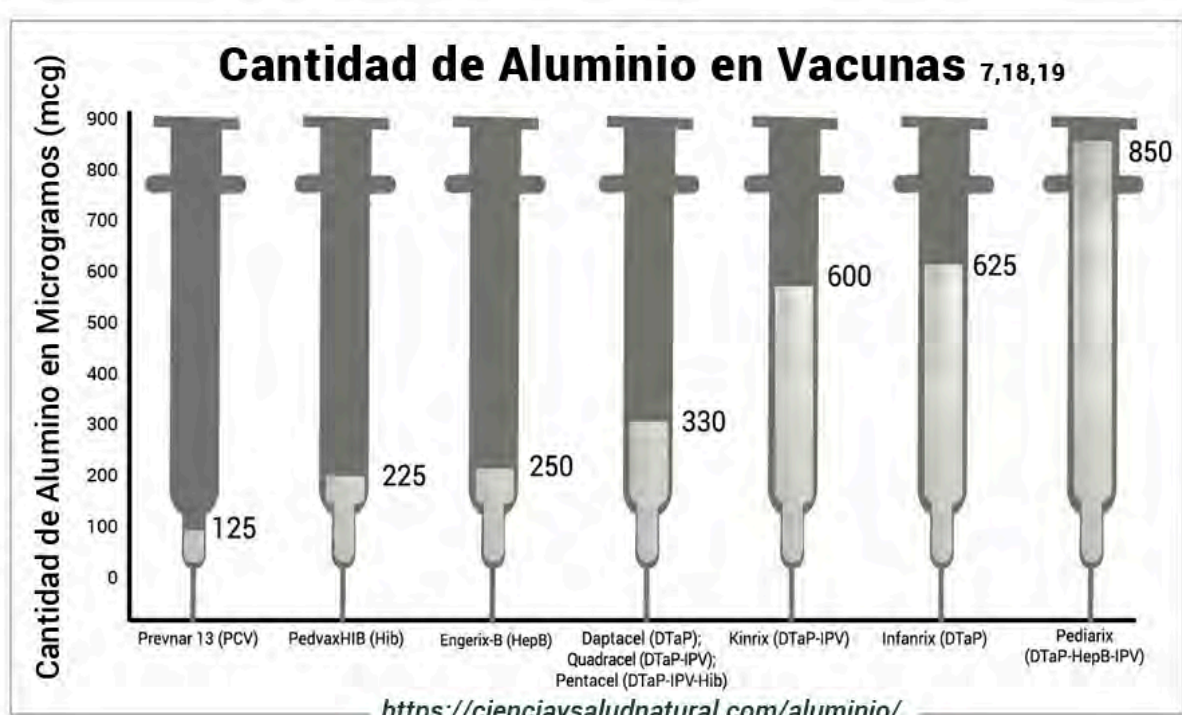
¿Cuánto aluminio inyectado no es seguro?

Para determinar la cantidad de aluminio que se puede inyectar de forma segura se requiere una conversión del límite de aluminio oral de la ATSDR. El límite de aluminio oral de la ATSDR se basa en que el 0,1% del aluminio oral se absorba en el torrente sanguíneo, ya que el tracto digestivo bloquea casi todo el aluminio oral.² Por el contrario, el aluminio inyectado por vía intramuscular no pasa por el tracto digestivo y el 100% del aluminio puede absorberse en el torrente sanguíneo con el tiempo (es

decir, la proporción de aluminio absorbido es 1000 veces mayor). Para tener en cuenta estas diferentes cantidades de absorción, el límite de aluminio oral de la ATSDR debe dividirse por 1000. Esta conversión da como resultado un límite de aluminio en el torrente sanguíneo derivado de la ATSDR de 1 mcg de aluminio (0,1 % de 1000 mcg) por kg de peso corporal por día (Fig. 2b). En consecuencia, para evitar los efectos neurotóxicos del aluminio, no debe ingresar al torrente sanguíneo diariamente más de 1 mcg de aluminio por kg de peso corporal.

¿Cuánto aluminio contienen las vacunas?

La cantidad de aluminio en las vacunas varía. ¹⁶ En 1968, el gobierno federal estableció el límite de cantidad de aluminio en las vacunas en 850 mcg por dosis, basándose en la cantidad de aluminio necesaria para que ciertas vacunas sean efectivas. ^{6,17} En consecuencia, la cantidad de aluminio en las vacunas infantiles que contienen aluminio oscila entre 125 y 850 mcg por dosis. La Figura 4 muestra el contenido de aluminio de una dosis de diversas vacunas administradas a niños. ^{7,18,19}



Este gráfico muestra el contenido de aluminio de una dosis de varias vacunas administradas a niños. La administración de una dosis de Pevnar 13, PedvaxHIB, Engerix-B e Infanrix en una visita proporciona 1,225 mcg de aluminio. Las vacunas PCV, Hib, HepB y DTaP se administran varias veces a los 6 meses de edad. Se desconoce la velocidad a la que el aluminio de las vacunas migra del músculo humano al torrente sanguíneo.

La leche materna se ingiere, todo lo que se ingiere está sujeto al tracto gastrointestinal antes de que sea absorbido por el torrente sanguíneo y termine en otros órganos y tejidos vitales. El tracto gastrointestinal es una excelente barrera (cuando está sano) y la Agencia para el Registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades (ATSDR) afirma que solo **0.1-0.4% del aluminio ingerido se absorbe realmente**.

Por lo tanto, hasta el **99.9% del aluminio no se absorbe cuando se ingiere** (a través de la leche

materna o los alimentos), y se elimina del cuerpo antes de que llegue al torrente sanguíneo.

Tomando 10 mg de aluminio en la leche materna y 0.4% para la tasa de absorción:

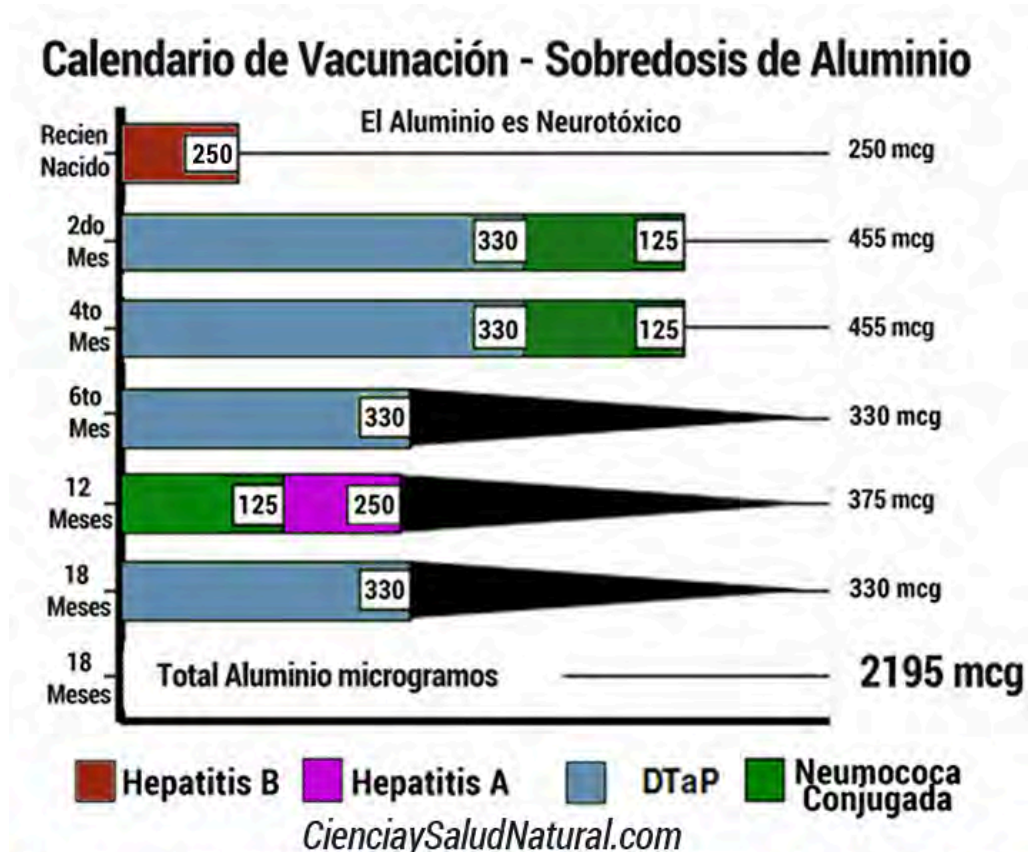
$$(10 \text{ mg de aluminio}) \times (0.004 \text{ tasa de absorción}) = \mathbf{0.04 \text{ mg}}$$

Conversión de mg a mcg = **40 mcg** de aluminio *absorbido* total .

En contraste, por supuesto, la mayoría de las vacunas se inyectan .

El contenido de una vacuna inyectada no está sujeto al tracto gastrointestinal. El aluminio, junto con otros ingredientes, se inyecta por vía intramuscular para evitar intencionalmente las barreras naturales del cuerpo (piel, membranas mucosas, etc., que existen para ayudar a prevenir la absorción). La sangre fluye hacia y desde nuestros músculos, por lo que el contenido de una vacuna puede ingresar al torrente sanguíneo rápidamente. Por lo tanto, la absorción de aluminio a través de la vacuna es del **100%** .

Ahora podemos hacer una comparación precisa entre el aluminio absorbido a través de la leche materna y las vacunas, en los primeros 6 meses de vida:



<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=201.323>

Leche Materna: 40mcg (0.04mg) | Vacunas: 2000 mcg (2 mg)

El Aluminio en las Vacunas inyectado es absorbido 100%, el ingerido sólo el 0,4%
Exposición durante los primeros 18 meses de vida del bebe

Leche Materna

10.000 mcg de aluminio



Ingerido

0,4% absorbido

TOTAL

40 mcg

Vacunas

2.000 mcg de aluminio



Inyectado

100% absorbido

TOTAL

2.000 mcg

<https://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp22.pdf>

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12026-016-8811-0>

[CienciaySaludNatural.com/aluminio](https://www.cienciaysaludnatural.com/aluminio)

<https://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp22.pdf>

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12026-016-8811-0>

Pruebas científicas demuestran que los adyuvantes de aluminio tienen efectos neurológicos adversos a dosis más bajas que o similares a las dosificaciones que los lactantes reciben en las vacunas

Estos efectos parecen depender de la naturaleza de partículas y biopersistencia del adyuvante de aluminio. Inyectado Al adyuvante tiene efectos adversos que están aparentemente mediados por las partículas e iones independientes solubilizados Al^{3+} + liberadas por la disolución lenta de partículas. (Crepeaux 2017).

FDA "nivel permitido" 5 microgramos/kg/día *
Un bebe de 4 kg. no más de 25 mcg x día

Vacuna	Cantidad de Aluminio
Daptacel (DTaP - Diphtheria, Tetanus, & Pertussis)	330mcg
Infanrix (DTaP)	625mcg
Kinrix (DTaP + Polio)	600mcg
Pediarix (DTaP + Polio + Hepatitis B)	850mcg
Pentacel (DTaP + Polio + Hib)	330mcg
Quadracel (DTaP + Polio)	330mcg
Vaxelis (DTaP + Polio + Hepatitis B + Hib)	319mcg
PedvaxHIB (Haemophilus influenzae B)	225mcg
Havrix (Hepatitis A)	250mcg
Vaqta (Hepatitis A)	225mcg
Twinrix (Hepatitis A & B)	450mcg
Engerix-B (Hepatitis B)	250mcg
Recombivax (Hepatitis B)	500mcg
Gardasil (Human Papillomavirus / HPV)	225mcg
Gardasil 9 (HPV)	500mcg
Bexsero (Meningococcal B)	519mcg
Prennar (Pneumococcal)	125mcg
Td (Tetanus & Diphtheria)	530mcg
Tenivac (Tetanus & Diphtheria)	330mcg
Adacel (Tdap)	330mcg
Boostrix (Tdap)	390mcg

* FDA: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=201.323>

Prospectos con cantidades de Aluminio:
<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/vaccines-licensed-use-united-states>
[CienciaYSaludNatural.com/aluminio](https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/vaccines-licensed-use-united-states)

Las inyecciones con adyuvante de aluminio en ratones causan efectos adversos a dosis de vacuna de 100, 200, 300 y 550 mcg / Kg de peso corporal (Crepeaux 2017, Shaw 2009, Petrik 2007, Shaw 2013). Estos incluyen déficit en el aprendizaje y la memoria (Shaw 2009), déficit en la fuerza / función neuromuscular (Petrik 2007), y cambios en la actividad locomotora y / o de la marcha (Shaw 2009, Shaw 2013). El autismo se asocia con alteraciones de la marcha y el movimiento (Kindregan 2015) y disfunción de la memoria (Williams 2006).

Dosis de adyuvante Al de 200 mcg / kg (como 3 x 66mcg / Kg) (Crepeaux 2017) y 300 mcg / Kg (como 6 x 50 mcg / Kg) (Shaw 2009) aumentó la activación microglial en el prosencéfalo ventral y la médula espinal lumbar, respectivamente. La activación microglial elevada se midió alrededor de 6 meses después de la inyección adyuvante Al, lo que sugiere que la activación microglial es crónica. La Microglia activada indica un proceso inflamatorio en curso y sugiere la presencia de citocinas elevadas. Los casos de autismo de humanos tienen microglia activada y citoquinas elevadas en todo el cerebro (Vargas 2005, Suzuki 2013, Li 2009).

La microglía activada está implicada como un factor causal en el autismo, ya que la microglía media la inflamación en el cerebro. La microglía puede producir IL-6 cuando está en un estado activado. Una revisión reciente sobre la microglía y el autismo (Takano 2015) afirma:

“... cualquier factor que altere el número o estado de activación de la microglía, ya sea en el útero o durante el período postnatal temprano pueden afectar profundamente el desarrollo neuronal, lo que resulta en trastornos del desarrollo neurológico, incluyendo el autismo.” (Takano 2015)

La microglía parece jugar un papel importante en la etiología del autismo (Takano 2015, Kneusel 2014). Por lo tanto, la activación microglial causada por adyuvantes de aluminio sugiere un papel en el autismo.

Varios estudios muestran que los adyuvantes de aluminio aumentan el contenido de aluminio del cerebro (Crepeaux 2017, Flarend 1997, Shaw 2009, Khan 2013, Crepeaux 2015). Una dosis de 200 mcg / Kg Al adyuvante causó un aumento de 50 veces en el contenido de aluminio en el cerebro de ratones, a partir de 0,02 ug / g a 1,0 ug / g de peso seco de cerebro (Crepeaux 2017).

Estas mediciones se realizaron 6 meses después de la inyección final, que indica que el Al persiste en el cerebro a largo plazo (Crepeaux 2017). Se ha encontrado que el adyuvante de Al puede acumularse en el cerebro de los ratones hasta un año después de la inyección (Khan 2013). Crepeaux 2015 demostró la persistencia y la creciente acumulación de partículas de adyuvantes de Al hasta 270 días en el bazo y los ganglios linfáticos de ratones. El aumento de la acumulación de aluminio en diferentes órganos del cuerpo sugiere que con el tiempo los efectos tóxicos pueden aumentar y podrán desarrollarse meses o años después de haber sido inyectados.

El adyuvante de aluminio puede ser transportado a todo el cuerpo

Los 400 y 800 mcg / kg de dosis utilizados en el estudio Crepeaux 2017 no causaron efectos adversos ni elevaron el aluminio en el cerebro. Los autores atribuyen esta relación dosis-respuesta invertida sorprendente a granulomas inducidos por las dosis más altas. Los Granulomas interceptan el adyuvante de aluminio en el sitio de inyección, evitando de este modo su transporte al cerebro y a otros tejidos sensibles. Los granulomas se producen después de aproximadamente 1% de vacunas (Bergfors 2014). Esto es motivo de preocupación ya que indica que, para el 99% de las vacunas, el adyuvante de aluminio puede ser transportado a todo el cuerpo. No se limita a un granuloma.

Relación invertida de dosis-respuesta con granulomas inducidos por las dosis más altas de Aluminio



Fig. : Las dosis altas de aluminio inyectadas en el músculo causan un granuloma, que atrapa el adyuvante Al y evita que sea transportado al cerebro por los macrófagos. En dosis bajas no se forma un granuloma. Por lo tanto, la dosis más baja permite que sea transportada al cerebro. En consecuencia, la dosis más baja es más tóxica que la dosis más alta. Este mecanismo explica los resultados de dosis-toxicidad invertidas

Los adyuvantes de aluminio pueden ser transportados al cerebro por los macrófagos

Los adyuvantes de aluminio pueden llegar al cerebro (Khan 2013, Crepeaux 2015, Crepeaux 2017, Shaw 2009, Flarend 1997). Partículas de adyuvantes de aluminio pueden pasar a través de la barrera hematoencefálica del cerebro, transportadas por los macrófagos (Khan 2013). El transporte es promovido por la proteína quimiotáctica-1 (MCP-1) de los macrófagos (Khan 2013). El transporte de partículas al cerebro por los macrófagos está bien establecido y se ha investigado para aplicaciones terapéuticas. (Choi 2012, Pang 2016).

La cantidad de MCP-1 es elevada en los cerebros de los casos de autismo humanos (Vargas 2005) y se eleva en la sangre de los recién nacidos más tarde con diagnóstico de autismo (Zerbo 2014). Esto sugiere que los recién nacidos con alta MCP-1 experimentarán un transporte elevado del adyuvante de Al en el cerebro cuando sean inyectados con vacunas con adyuvante de Al. Esto es consistente con adyuvantes de Al, causar autismo mediante la inducción de la activación inmune y elevados niveles de citocinas en el cerebro

El Aluminio induce la expresión IL-6 (Interleucina-6) en el cerebro

La IL-6 es una citocina multifuncional que puede influir sobre las funciones de una amplia variedad de células y procesos fisiológicos. La IL-6 es un punto crítico en la red de citocinas inflamatorias. En condiciones de autoinmunidad e inflamación crónica, los niveles elevados de IL-6 pueden afectar a la homeostasis de múltiples procesos fisiológicos y contribuir a la inflamación crónica y progresión de la

enfermedad.

Sales de aluminio solubles en agua (por ejemplo, $AlCl_3$, Al lactato) inducen elevada de IL-6 en el cerebro y en otros tejidos. De hecho, el aluminio parece inducir IL-6 selectivamente (Viezeliene 2013). Los estudios de exposición de aluminio y expresión IL-6 en el cerebro incluyen:

Cao 2016: La ingestión de 30 o 90 mg / kg / día de aluminio (como $AlCl_3$) durante 90 días aumentó significativamente la expresión del gen de IL-6 y otras citoquinas en el cerebro (hipocampo).

Alawdi 2016: La ingestión de 3,4 mg/día/kg de aluminio ($AlCl_3$) durante 6 semanas causó un aumento de 4 veces en IL-6 en el cerebro (hipocampo). Esta dosificación es mucho más baja que el ya obsoleto umbral de toxicidad que dice “no se observan efectos adversos en este nivel” (NOAEL) dosis orales de (26 y 62 mg / kg / día) que se utilizan como puntos de referencia para umbral de toxicidad (Mitkus 2011, Offit 2003).

De hecho, otros experimentos muestran que las dosis orales de 3.4, 4, 5.6, 6, y 20.2 mg / kg / día de aluminio causan numerosos efectos adversos en ratones o ratas, por lo tanto el NOAEL para ingerir por vía oral de aluminio es actualmente desconocido (Alawdi 2016, Dera 2016, Sethi 2008, 2009 Sethi, Bilkei-Gorzo 1993).

La inducción de IL-6 se puede producir porque el aluminio induce fuertemente el estrés oxidativo (Exley 2003). El estrés oxidativo induce IL-6 expresión (Viezeliene 2013).

El documento histórico de la FDA sobre la seguridad del aluminio en las vacunas tiene un error matemático crucial

Los estudios que se citan como base para justificar los niveles permisibles es el del científico de la FDA, son de Robert Mitkus que usó una variedad de ecuaciones del estudio Priest y las aplicó al aluminio ingerido en 2011. Este estudio de Mitkus se usa para justificar la seguridad del aluminio inyectado para todas las edades, pesos, géneros y variaciones genéticas individuales **a pesar de que es un estudio de aluminio ingerido que se utiliza para justificar el aluminio inyectado.**

La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) y la Agencia para el Registro de Sustancias Tóxicas y Enfermedades (ATSDR), una división del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS), han expresado su preocupación sobre los efectos negativos de la exposición al aluminio en humanos. Debido a que algunas vacunas contienen aluminio, la FDA publicó un artículo en 2011 (Mitkus et al.) para abordar las preocupaciones sobre la exposición al aluminio de las vacunas en los bebés. El artículo comparó la exposición al aluminio de las vacunas en bebés con un límite de seguridad del aluminio oral determinado por la ATSDR. Sin embargo, este estudio basó incorrectamente sus cálculos en que el 0,78 % del aluminio oral se absorbe en el torrente sanguíneo en lugar del valor del 0,1 % utilizado por la ATSDR en sus cálculos. Como resultado, el documento de la FDA asumió que casi 8 (0,78%/0,1%) veces más aluminio puede ingresar de manera segura al torrente sanguíneo.

El Dr. Christopher Shaw, profesor de la Universidad de Columbia Británica, ha realizado [numerosos estudios](#) sobre los efectos del aluminio inyectado en ratones y comentó: “Sabíamos que el estudio de Mitkus et al. el modelado en papel de la eliminación del aluminio tenía que ser inexacto ya que se suponía que la cinética del aluminio inyectado era la misma que la cinética del aluminio adquirida a través de la dieta. Ahora, además, vemos que hicieron su modelado basándose en utilizar el nivel incorrecto de absorción de aluminio. Lo que llama especialmente la atención es que a pesar de todos estos errores, desde 2011, Mitkus et al. Es utilizado por los CDC y otras entidades como base para afirmar que los adyuvantes de aluminio son seguros”.

Errores básicos

Las dosis de adyuvantes de aluminio recibidos por los niños aumentaron dramáticamente a medida que el calendario de vacunación se amplió en los años 1980 y 1990. Sin embargo, la seguridad de las dosis crecientes de adyuvantes de aluminio no fue probada. Las agencias gubernamentales (HHS, NIH, CDC, FDA) no han hecho ningún nuevo trabajo experimental sobre la toxicidad del adyuvante de aluminio.

Para justificar la seguridad de los adyuvantes de aluminio con las dosis más altas de hoy en día, los CDC citan un estudio de 2011 de la FDA sobre la exposición de aluminio de las vacunas ([Mitkus 2011](#)). **Este estudio es la única evidencia científica citada por los sitios web de los CDC y la FDA que apoya la seguridad de los adyuvantes de aluminio.**

El Mitkus 2011 es un estudio de modelado teórico de la cinética del adyuvante de aluminio que no contiene nuevos datos relativos a la toxicidad del adyuvante de aluminio (a partir de modelos de animales o epidemiológicos). Mitkus 2011 calcula una carga corporal de aluminio resultante de la disolución lenta de las partículas del adyuvante, y compara la carga corporal- aluminio disuelto a un “nivel de riesgo mínimo” (MRL). El MRL se deriva de un estudio de toxicidad de aluminio ingerido en ratones ([Golub 2001](#)). El estudio [Golub 2001](#) proporciona el NOAEL (26 mg / kg / día que se ingiere), que se convierte en el MRL para bebés humanos (en base a 1 mg / kg / día ingerido) mediante el uso de un factor de seguridad de alrededor de 30. El estudio Mitkus tiene fallas fatales por estas razones:

1. Mitkus asume que las partículas del adyuvante de aluminio son inofensivas

Mitkus hace una suposición implícita de que el adyuvantes de aluminio en forma de partículas tienen toxicidad cero. Mitkus sólo considera la toxicidad potencial de los iones de aluminio (Al^{3+}) liberados por la disolución lenta de partículas del adyuvante de aluminio .

Los adyuvantes de aluminio contienen una baja solubilidad y biológicamente persistentes partículas microscópicas. En el análisis, Mitkus asume que las partículas son absolutamente no tóxicas y perfectamente inofensivas, incluso cuando están presentes en el cerebro y en otros órganos. Mitkus no ofrece ninguna justificación para esta suposición no declarada. Además, el supuesto se contradice con hallazgos recientes sobre la toxicidad del adyuvante de aluminio ([Crepeaux 2017](#)) y la toxicidad de partículas en general. Las partículas pueden tener efectos tóxicos mediados por la química de la superficie (por ejemplo, carga superficial y la actividad catalítica de superficie) y por la forma de las

partículas, entre otras características de las partículas sólidas ([Sharifi 2012](#), [Podila 2013](#)).

Varios estudios muestran adyuvantes de aluminio inyectados que causan anomalías de comportamiento, aumento anormal de peso, problemas de aprendizaje y deterioro de la memoria, de neuronas motoras de la muerte / apoptosis, los déficit de fuerza neuromusculares, la activación microglial crónica / inflamación del cerebro, y en casos aumento del contenido de aluminio (por ejemplo, 50X) en el cerebro y de la médula espinal ([Petrik 2007](#), [Shaw 2009](#), [Shaw 2013](#), [Crepeaux 2017](#)). Estos efectos adversos se producen a dosis menores o similares a las dosis recibidas por los niños de acuerdo con el calendario de vacunación del CDC.

2. Nuevas investigaciones demuestran que el aluminio ingerido en dosis más bajas que 26 mg/kg/día son nocivas

Mitkus asume que la toxicidad adyuvante de aluminio está mediada exclusivamente Al solubilizado (iones Al^{3+}) liberadas por las partículas de adyuvante de Al que se disuelven lentamente. Al establecer un nivel de umbral de toxicidad del aluminio solubilizado, Mitkus se basa en un estudio de alimentación de ratón ([Golub 2001](#)) que reporta que no se “observada nivel de efectos adversos” (nivel sin efecto adverso observado ((no observed adverse effect level, NOAEL)) con una dosificación oral de 26 mg / Kg / día ingerido aluminio. Mitkus utiliza un factor de seguridad 30X para la aplicación de esta dosis para los seres humanos, que es razonable.

Sin embargo, otros experimentos muestran que mucho más bajas las dosis orales de 3.4, 4, 5.6, 6, y 20.2 mg / Kg / día de aluminio causan efectos adversos en ratones o ratas ([Alawdi 2016](#), [Dera 2016](#), [Sethi 2008](#), [2009 Sethi](#), [Bilkei-Gorzo 1993](#)).

Los efectos adversos incluyen inflamación crónica del cerebro, el aprendizaje y deterioro de la memoria, y la inflamación del riñón. Por lo tanto, el análisis Mitkus está mal porque 26 mg / kg / día no es un NOAEL. El **NOAEL** (No observed adverse effect level), es un índice de toxicidad que se determina en el proceso de «evaluación toxicológica», y a partir de él se deriva el resto de parámetros de toxicidad. El “nivel de riesgo mínimo” (MRL) determinado por Mitkus es demasiado alto en un factor de al menos $26 / 3,4 = 7,6$.

Si en vez se usa un NOAEL con resultados corregidos de 3.4 mg / Kg / día (basado en [Alawdi 2016](#)) en la exposición de aluminio en vacunas se excede el MRL para el adyuvante $AlPO_4$, y coincide aproximadamente al MRL del adyuvante $AlOH$. Las nuevas, líneas corregidas del MRL indican que adyuvante de Al fosfato y adyuvante de hidróxido de Al del calendario del CDC puede causar toxicidad por el Aluminio solubilizado per se.

3. No se citan datos de toxicidad a pesar de que hay datos disponibles

Mitkus no cita ninguna información de toxicidad para los adyuvantes de aluminio inyectados. En su lugar utiliza los datos de toxicidad para la ingestión de aluminio no particulado, soluble en agua, ([Golub 2001](#), que utiliza Al lactato) para derivar el MRL. Estos datos provienen de un único estudio ([Golub](#)

2001).

Así, sorprendentemente, Mitkus reivindica un nivel seguro de exposición al adyuvante de aluminio inyectado, sin citar ningún dato de toxicidad. El error es negligente porque existen al menos dos estudios en animales sobre la toxicidad del adyuvante de aluminio inyectado y estaban disponibles antes de la publicación de Mitkus en 2011 (Petrik 2007, Shaw 2009). Estos documentos no fueron citados ni mencionados por Mitkus 2011.

Cada uno de estos tres defectos es fatal para la validez del estudio de Mitkus en el establecimiento de la seguridad de los adyuvantes de aluminio. Por lo tanto, el CDC carece por completo pruebas válidas para la seguridad del adyuvante de Al. Esto es especialmente cierto para la seguridad en relación con los resultados neurológicos a largo plazo, ya que otros estudios disponibles sobre la seguridad del adyuvante de Al (por ejemplo, Jefferson 2004) no consideran (o son incapaces de detectar) estos resultados.

CDC no investiga la toxicidad de los adyuvantes de aluminio Al

El CDC ha realizado estudios epidemiológicos sobre la seguridad a largo plazo (por ejemplo, teniendo en cuenta los resultados neurológicos) del adyuvante de Aluminio (Al). Hay un estudio de datos a nivel de país, que informó de una asociación entre la exposición de adyuvante de Al y el autismo (Tomljenovic 2011). Sin embargo, siendo un estudio ecológico, es altamente susceptible a la confusión y sesgos.

Dr. Frank DeStefano de la Oficina de Seguridad de Inmunización de los CDC es co-autor de un estudio de viabilidad (Glanz 2015) y uso el Vaccine Safety Datalink (VSD) para investigar la seguridad de los ingredientes individuales de las vacunas. El documento se centra en adyuvantes de Al. Se reconoce que el timerosal es el único ingrediente de la vacuna estudiada para el autismo o la seguridad neurológica, y que una posible asociación entre adyuvantes de Al y el autismo no se ha explorado en los estudios epidemiológicos. Glanz 2015 establece lo siguiente:

- ***“Hasta la fecha, no ha habido estudios poblacionales específicamente diseñados para evaluar las asociaciones entre resultados clínicamente significativos y los ingredientes no antígeno, distintos de timerosal.”***

El CDC no ha investigado las preocupaciones de seguridad de adyuvantes de Al, a pesar de la evidencia científica acumulada de daño y evidencia que vincula estos adyuvantes a los mecanismos de activación inmune y de daño cerebral. Sin embargo, el documento Glanz señala que los estudios de adyuvantes de aluminio son problemáticos debido a pequeñas diferencias esperadas en adyuvantes, en particular en relación con el autismo y otros resultados neurológicos a largo plazo.

Conclusión sobre el estudio de Mitkus 2011

En 2011 se publica este estudio que fingía comparar la cantidad de aluminio en las vacunas con el

límite del torrente sanguíneo derivado de la ATSDR.²⁰, sin embargo, este estudio se basó incorrectamente en que el 0,78% del aluminio oral se absorbe en el torrente sanguíneo en lugar del valor de 0,1% utilizado por la ATSDR en sus cálculos.^{21,22} Como resultado, el estudio de 2011 asumió que casi 8 (0,78 %/0,1 %) veces más aluminio puede entrar de manera segura al torrente sanguíneo, y esto llega a una conclusión incorrecta.

¿Es segura la exposición al aluminio de las vacunas?

Las vacunas se inyectan por vía intramuscular y se desconoce la velocidad a la que el aluminio de las vacunas migra del músculo humano al torrente sanguíneo. Los estudios en animales sugieren que el aluminio de las vacunas puede tardar desde un par de meses hasta más de un año en ingresar al torrente sanguíneo, debido a múltiples variables.²³⁻²⁵ Debido a que la exposición acumulada al aluminio de las vacunas en niños menores de 1 año excede el límite diario derivado de la ATSDR en varios ciclos (Figs. 3 Y 4), el límite aún se excedería si el aluminio de las vacunas ingresara al torrente sanguíneo durante el último año. transcurso de aproximadamente un año. Además, los estudios han demostrado que el aluminio de las vacunas es absorbido por las células inmunitarias que viajan a partes distantes del cuerpo, incluido el cerebro.²⁶

Los estudios también han demostrado que los efectos adversos del aluminio en las vacunas pueden no limitarse a las consecuencias neurológicas. Un estudio publicado en *Pediatría Académica* encontró que el asma se produce en 1 de cada 183 niños vacunados por cada aumento de 1 mg (1000 mcg) en la exposición al aluminio.²⁷

Los ensayos clínicos que incluyen sujetos de 9 años o más, Los ensayos clínicos que incluyen, en los que a 13.023 sujetos se les inyectó un compuesto de aluminio y a 594 se les inyectó un placebo de solución salina, observaron 18 reacciones adversas sistémicas graves (1 en 724) en el grupo de aluminio y ninguna en el grupo de solución salina.²⁸ No se han realizado estudios de seguridad que comparen a niños menores de 9 años vacunados con vacunas que tienen aluminio con niños pequeños no vacunados con dichas vacunas.

Ver más en los siguientes enlaces:

- **Vea estudios de expertos científicos sobre daños que causa el aluminio:**
<https://cienciaysaludnatural.com/aluminio/>
- **Activación Inmune Materna causada por el aluminio en vacunas en el embarazo, peligros:**
<https://cienciaysaludnatural.com/el-aluminio-en-las-vacunas-pueden-causar-autismo/>
- **El estudio de Mitkus 2011 que los laboratorios usan para defender la seguridad del adyuvante de Aluminio en las vacunas, tiene serias fallas.**
<https://cienciaysaludnatural.com/estudios-defectuosos-sobre-la-toxicidad-del-aluminio-en-las-vacunas/>
- **Mitos y desinformación sobre el aluminio en las vacunas:**
<https://cienciaysaludnatural.com/aluminio-en-vacunas-falta-informacion/>

- **Exposición al aluminio de vacunas y sus efectos:**
<https://cienciaysaludnatural.com/exposicion-al-aluminio-de-vacunas-y-sus-efectos/>
- **Aluminio en Vacunas tóxico para las Mitocondrias**
<https://cienciaysaludnatural.com/aluminio-en-vacunas-toxico-para-las-mitocondrias/>
- **Aluminio en el Tejido Cerebral en Autismo:**
<https://cienciaysaludnatural.com/estudio/aluminio-en-el-tejido-cerebral-en-autismo/>
- **Sobre la toxicidad del aluminio** <https://cienciaysaludnatural.com/la-toxicidad-del-aluminio/>

Referencias

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Aluminum toxicity in infants and children. *Pediatrics*. 1996 Mar;97(3):413. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8604282/>.
2. Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). Toxicological profile for aluminum. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.3, 13-24, 145, 171-7, 208. <https://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp22.pdf>.
3. Yokel RA. Aluminum in food—the nature and contribution of food additives. In: El-Samragy Y, editor. *Food additive*. Rijeka (Croatia): InTech; 2012. 203-28. <https://www.intechopen.com/chapters/28917>.
4. Marrack P, McKee AS, Munks MW. Towards an understanding of the adjuvant action of aluminium. *Nat Rev Immunol*. 2009 Apr;9(4):287. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19247370/>.
5. Volk VK, Bunney WE. Diphtheria immunization with fluid toxoid and alum-precipitated toxoid. *Am J Public Health Nations Health*. 1942 Jul;32(7):690-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1527016/>.
6. Baylor NW, Egan W, Richman P. Aluminum salts in vaccines—U.S. perspective. *Vaccine*. 2002 May 31;20 Suppl 3:S18-22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12184360/>.
7. U.S. Food and Drug Administration. Silver Spring (MD): U.S. Food and Drug Administration. *Vaccines licensed for use in the United States*; [updated 2018 Feb 14; cited 2018 Feb 27]. <https://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/Ucm093833.htm>.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. *Recommended child and adolescent immunization schedule for ages 18 years or younger, United States, 2022*; 2022 Feb 17 [cited 2022 Dec 4]. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf>.
9. U.S. Food and Drug Administration. Silver Spring (MD): U.S. Food and Drug Administration. *SCOGS (Select Committee on GRAS Substances)*; [cited 2024 Jul 15]. <https://www.cfsanappsexternal.fda.gov/scripts/fdcc/?set=SCOGS>.
10. Priest ND. The biological behaviour and bioavailability of aluminium in man, with special reference to studies employing aluminium-26 as a tracer: review and study update. *J Environ Monit*. 2004;6:376,392. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15152306>.
11. Poole RL, Pieroni KP, Gaskari S, Dixon TK, Park KT, Kerner JA. Aluminum in pediatric parenteral nutrition products: measured versus labeled content. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2011;16(2):92-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22477831>.
12. Sedman A. Aluminum toxicity in childhood. *Pediatr Nephrol*. 1992 Jul;6(4):383-93.

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1498007>.
13. U.S. Food and Drug Administration, Department of Health and Human Services. Rules and regulations. Fed Regist. 2003 Jun 9;68(110):34286.
<https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2003-06-09/pdf/03-14140.pdf>.
 14. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. National Center for Health Statistics: Data table for boys length-for-age and weight-for-age charts; [cited 2019 April 2].
https://www.cdc.gov/growthcharts/who/boys_length_weight.htm.
 15. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. National Center for Health Statistics: Data table for girls length-for-age and weight-for-age charts; [cited 2019 April 2].
https://www.cdc.gov/growthcharts/who/girls_length_weight.htm.
 16. U.S. Food and Drug Administration, Department of Health and Human Services. Revision of the requirements for constituent materials. Final rule. Fed Regist. 2011 Apr 13;76(71):20513-8.
<https://www.federalregister.gov/documents/2011/04/13/2011-8885/revision-of-the-requirements-for-constituent-materials>.
 17. Office of the Federal Register, National Archives and Records Service, General Services Administration. Rules and regulations. Fed Regist. 1968 Jan; 33(6):369.
<https://tile.loc.gov/storage-services/service/ll/fedreg/fr033/fr033006/fr033006.pdf>.
 18. GlaxoSmithKline Biologics. Rixensart, Belgium: GlaxoSmithKline. Kinrix (diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis adsorbed and inactivated poliovirus vaccine); [cited 2023 Apr 9].
<http://wayback.archive-it.org/7993/20170723032435/https://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM241453.pdf>; as of November 2022, the FDA posted an updated package insert, with decreased aluminum content, to its Kinrix product information webpage. No documentation is available explaining the change in the aluminum content. PIC has filed a FOIA request to examine the discrepancy.
 19. GlaxoSmithKline Biologics. Rixensart, Belgium: GlaxoSmithKline. Infanrix (diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis vaccine adsorbed); [cited 2023 Feb 23].
<http://wayback.archive-it.org/7993/20170723024611/https://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM124514.pdf>; as of November 2022, the FDA posted an updated package insert, with decreased aluminum content, to its Infanrix product information webpage. No documentation is available explaining the change in the aluminum content. PIC has filed a FOIA request to examine the discrepancy.
 20. Mitkus RJ, King DB, Hess MA, Forshee RA, Walderhaug MO. Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination. Vaccine. 2011 Nov 28;29(51):9538-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22001122/>.
 21. Miller S, Physicians for Informed Consent. Erratum in 'Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination.' In: ResearchGate. Berlin (Germany): ResearchGate GmbH; 2020 Mar 6 [cited 2020 Mar 6].
https://www.researchgate.net/publication/51718934_Updated_Aluminum_pharmacokinetics_following_infant_exposures_through_diet_and_vaccines/comments.

22. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Erratum in 'Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination'; [cited 2020 Mar 6].
<https://physiciansforinformedconsent.org/mitkus-2011-erratum/>.
23. Flarend RE, Hem SL, White JL, Elmore D, Suckow MA, Rudy AC, Dandashli EA. In vivo absorption of aluminium-containing vaccine adjuvants using 26Al. *Vaccine*. 1997 Aug-Sept;15(12-13):1314-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9302736/>.
24. Verdier F, Burnett R, Michelet-Habchi C, Moretto P, Fievet-Groyne F, Sauzeat E. Aluminium assay and evaluation of the local reaction at several time points after intramuscular administration of aluminium containing vaccines in the Cynomolgus monkey. *Vaccine*. 2005 Feb 3;23(11):1359-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15661384/>.
25. Weisser K, Göen T, Oduro JD, Wangorsch G, Hanschmann KO, Keller-Stanislawski B. Aluminium in plasma and tissues after intramuscular injection of adjuvanted human vaccines in rats. *Arch Toxicol*. 2019 Oct;93(10):2787-96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31522239/>.
26. Masson JD, Crépeaux G, Authier FJ, Exley C, Gherardi RK. Critical analysis of reference studies on the toxicokinetics of aluminum-based adjuvants. *J Inorg Biochem*. 2018 Apr;181:87-95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29307441/>.
27. Daley MF, Reifler LM, Glanz JM, Hambidge SJ, Getahun D, Irving SA, Nordin JD, McClure DL, Klein NP, Jackson ML, Kamidani S, Duffy J, DeStefano F. Association between aluminum exposure from vaccines before age 24 months and persistent asthma at age 24 to 59 months. *Acad Pediatr*. 2022 Sep 27:S1876-2859(22)00417-X. Epub ahead of print.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36180331/>; the study found a 26% increased risk of asthma for every 1 mg increase in aluminum exposure. Because the overall risk of asthma in children without eczema was 2.1%, an increased risk of 26% results in an absolute risk of 0.546% (2.1% times 26%, or 1 in 183).
28. Merck. Whitehouse Station (NJ): Merck and Co., Inc. Gardasil; revised 2015 Apr [cited 2024 Jul 10]. 7. https://www.fda.gov/files/vaccines_blood_biologicals/published/Package-Insert—Gardasil.pdf.

Más referencias de estudios mencionados

- Akintunde et al., 2015 Increased production of IL-17 in children with autism spectrum disorders and co-morbid asthma, *Journal of Neuroimmunology* 286 (2015) 33-41.
- Al-Ayadhi et al., 2012 Elevated serum levels of interleukin-17A in children with autism, *Journal of Neuroinflammation* 2012, 9:158.
- Alawdi et al., Neuroprotective Effect of Nanodiamond in Alzheimer's Disease Rat Model: a Pivotal Role for Modulating NF-κB and STAT3 Signaling, *Molecular Neurobiology*, 54 (3):1906-1918.
- Atladottir et al., Maternal infection requiring hospitalization during pregnancy and autism spectrum disorders, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2010 Dec;40(12):1423-1430.
- Bauman et al., 2014 Activation of the Maternal Immune System During Pregnancy Alters Behavioral Development of Rhesus Monkey Offspring, *Biological Psychiatry*, 2014;75: 332-341

- Bergfors et al., 2014 How common are long-lasting, intensely itching vaccination granulomas and contact allergy to aluminium induced by currently used pediatric vaccines? A prospective cohort study, *European Journal of Pediatrics*, 173:1297–1307.
- Bilkei-Gorzo, 1993, Neurotoxic effect of enteral aluminum, *Food and Chemical Toxicology*, 31(5):357-361.
- Brown et al., 2014 Metabolic consequences of interleukin-6 challenge in developing neurons and astroglia, *Journal of Neuroinflammation*, 11:183.
- Brown et al., Epidemiologic studies of exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia and autism, *Developmental Neurobiology*, 2012 October ; 72(10): 1272–1276.
- Bruce et al., 2011 Converging pathways lead to overproduction of IL-17 in the absence of vitamin D signaling, 2011 Aug; 23(8): 519–528.
- Careaga et al 2017 Maternal Immune Activation and Autism Spectrum Disorder: From Rodents to Nonhuman and Human Primates, *Biological Psychiatry*, March 1, 2017; 81:391–401. Chen et al., Postnatal systemic inflammation exacerbates impairment of hippocampal synaptic plasticity in an animal seizure model, *Neuroimmunomodulation*, 2013;20(4):223-32.
- Choi et al., 2012, Delivery of nanoparticles to brain metastases of breast cancer using a cellular Trojan horse, *Cancer Nanotechnology*, 3:47–54.
- Choi et al., 2016 The maternal interleukin-17a pathway in mice promotes autismlike phenotypes in offspring, *Science*, 2016 Feb 26; 351(6276): 933–939.
- Ciaranello et al The Neurobiology of Infantile Autism, *The Neuroscientist*, 1:361-367 Coiro et al., Impaired synaptic development in a maternal immune activation mouse model of neurodevelopmental disorders, *Brain, Behavior, and Immunity*, Nov;50:249-258.
- Crepeaux et al., 2015 Highly delayed systemic translocation of aluminum-based adjuvant in CD1 mice following intramuscular injections, *Journal of Inorganic Biochemistry*, 152:199-205.
- Crepeaux et al., 2017 Non-linear dose-response of aluminium hydroxide adjuvant particles: Selective low dose neurotoxicity, *Toxicology*, 375 (2017) 48–57.
- DeLong et al., 1981 Acquired reversible autistic syndrome in acute encephalopathic illness in children, *Archives of Neurology*, 36:191-194.

-
- Dera 2016, Protective effect of resveratrol against aluminum chloride induced nephrotoxicity in rats, *Saudi Medical Journal*, 37 (4).
 - DeStefano et al., 2013 Increasing Exposure to Antibody-Stimulating Proteins and Polysaccharides in Vaccines Is Not Associated with Risk of Autism, *The Journal of Pediatrics*, 163 (2).
 - Deverman and Patterson, 2009 Cytokines and CNS Development, *Neuron* 64:61-78.
 - Drozdenko et al., 2014 Oral vitamin D increases the frequencies of CD38+ human B cells and ameliorates IL-17-producing T cells, *Experimental Dermatology*, 23: 107-112.
 - Estes and McAllister, 2016 Maternal immune activation: implications for neuropsychiatric disorders, *Science*, 353 (6301) 772-777.
 - Exley, 2003 The Pro-Oxidant Activity of Aluminum, *Free Radical Biology and Medicine*, 36(3): 380-387.

- Flarend et al., 1997 In vivo absorption of aluminum-containing vaccine adjuvants using 26 Al, *Vaccine*, 15(12/13):1314-1318.
 - Freyberg et al., 2015 Reduced perceptual exclusivity during object and grating rivalry in autism, *Journal of Vision*, 15(13):11, 1–12.
 - Galic et al., 2008 Postnatal Inflammation Increases Seizure Susceptibility in Adult Rats, *The Journal of Neuroscience*, 2008, 28 (27) 6904-6913.
 - Garay et al., 2013 Maternal immune activation causes age- and region-specific changes in brain cytokines in offspring throughout development, *Brain, Behavior, and Immunity*, 31: 54-68.
 - Ghaziuddin et al., 2002 Autistic symptoms following herpes encephalitis, *European Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 11, No. 3:142-146.
 - Gherardi et al., 2001 Macrophagic myofasciitis lesions assess long-term persistence of vaccine-derived aluminium hydroxide in muscle, *Brain*, 124:1821-1831.
 - Ghiani et al., 2011 Early effects of lipopolysaccharide induced inflammation on foetal brain development in rat, *ASN Neuro*, 3 (4): 233-245.
 - Gillberg 1986 Brief Report: Onset at Age 14 of a Typical Autistic Syndrome. A Case Report of a Girl with Herpes Simplex Encephalitis, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol 16, No. 3:369-375.
 - Giulivi et al 2013 Gestational Exposure to a Viral Mimetic Poly(I:C) Results in Long- Lasting Changes in Mitochondrial Function by Leucocytes in the Adult Offspring, *Mediators of Inflammation*, Vol 2013:609602.
 - Glanz et al., 2015, Cumulative and episodic vaccine aluminum exposure in a population-based cohort of young children, *Vaccine* 33:6736–6744.
 - Golub et al., 2001 Long-term consequences of developmental exposure to aluminum in a suboptimal diet for growth and behavior of Swiss Webster mice, *Neurotoxicology and Teratology* 23 (2001) 365–372.
 -
 - Gupta et al., 1998 Th1- and Th2-like cytokines in CD4+ and CD8+ T cells in autism, *Journal of Neuroimmunology*, 85:106-109.
 - Harre et al., 2008 Neonatal inflammation produces selective behavioural deficits and alters N-methyl-D-aspartate receptor subunit mRNA in the adult rat brain, *European Journal of Neuroscience*, 2008 Feb; 27(3): 644–653.
 - Harris et al., 2012 Alhydrogel® adjuvant, ultrasonic dispersion and protein binding: A TEM and analytical study, *Micron*, 43:192-200.
-
- Hsiao et al., 2013 The microbiota modulates gut physiology and behavioral abnormalities associated with autism, *Cell*, 155(7): 1451-1463.
 - Huttenlocher and Dabholkar, 1997 Regional Differences in Synaptogenesis in Human Cerebral Cortex, *Journal of Comparative Neurology*, 387:167–178 (1997).
 - Jefferson 2004 Adverse events after immunisation with aluminium-containing DTP vaccines: systematic review of the evidence, *The Lancet* 4:84-90.
 - Jones et al., 2016 Autism with Intellectual Disability is Associated with Increased Levels of

- Maternal Cytokines and Chemokines During Gestation, *Molecular Psychiatry*, 22(2):273-279.
- Khan et al., 2013 Slow CCL2-dependent translocation of biopersistent particles from muscle to brain, *BMC Medicine*, 11:99.
 - Kindregan et al., 2015 Gait Deviations in Children with Autism Spectrum Disorders: A Review, *Autism Research and Treatment*, ID:741480.
 - Knuesel et al., 2014, Maternal immune activation and abnormal brain development across CNS disorders, *Nature Reviews* 10:643-660.
 - Labouesse et al., 2015, Long-term pathological consequences of prenatal infection: beyond brain disorders, *American Journal of Physiology*, 309:1.
 - Li et al. 2009 Elevated Immune Response in the Brain of Autistic Patients, *Journal of Neuroimmunology*, 207(1-2): 111–116.
 - Li et al., 2015 Neonatal vaccination with bacillus Calmette–Guérin and hepatitis B vaccines modulates hippocampal synaptic plasticity in rats, *Journal of Neuroimmunology*, 288 (2015) 1-12.
 - Machado et al., 2015 Maternal Immune Activation in Nonhuman Primates Alters Social Attention in Juvenile Offspring, *Biological Psychiatry*, 2015 May 1;77(9):823-32.
 - Malkova et al., 2012 Maternal immune activation yields offspring displaying mouse versions of the three core symptoms of autism, *Brain Behavior and Immunity*, 2012 May ; 26(4): 607–616.
 - Marques et al., 2014 Autism Spectrum Disorder Secondary to Enterovirus Encephalitis, *Journal of Child Neurology*, 2014, Vol. 29(5) 708-714.
 - Mestas et al., 2004 Of Mice and Not Men: Differences between Mouse and Human Immunology, *Journal of Immunology*, 0022-1767:2731-2738.
 - Meyer et al., 2006 The Time of Prenatal Immune Challenge Determines the Specificity of Inflammation-Mediated Brain and Behavioral Pathology, *The Journal of Neuroscience*, 26(18):4752– 4762.
 - Meyer et al., 2007 The neurodevelopmental impact of prenatal infections at different times of pregnancy: the earlier the worse?, *Neuroscientist*, Jun;13(3):241-56.
 - Meyer et al., 2009 In-vivo rodent models for the experimental investigation of prenatal immune activation effects in neurodevelopmental brain disorders, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33 (2009) 1061–1079.
 - Meyer 2014, Prenatal Poly(I:C) Exposure and Other Developmental Immune Activation Models in Rodent Systems, *Biological Psychiatry*, 75:307-315.
 - Mitkus et al., 2011 Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination, *Vaccine* 29 (2011) 9538–9543.
 - Offit et al., 2003 Addressing Parents' Concerns: Do Vaccines Contain Harmful Preservatives, Adjuvants, Additives, or Residuals? *Pediatrics*, 112(6): 1394-1401.
-
- Oskvig et al., 2012 Maternal immune activation by LPS selectively alters specific gene expression profiles of interneuron migration and oxidative stress in the fetus without triggering a fetal immune response, *Brain Behavior and Immunity*, 2012 May ; 26(4): 623–634.
 - Pang et al., 2016 Exploiting macrophages as targeted carrier to guide nanoparticles into

glioma, *Oncotarget* 7(24):37081.

- Parker-Athill and Tan, 2010 Maternal Immune Activation and Autism Spectrum Disorder: Interleukin-6 Signaling as a Key Mechanistic Pathway, *NeuroSignals*, 2010;18:113–128.
- Petrik et al., 2007 Aluminum Adjuvant Linked to Gulf War Illness Induces Motor Neuron Death in Mice, *NeuroMolecular Medicine*, Vol. 9, 83-100.
- Pineda et al., 2013 Maternal immune activation promotes hippocampal kindling epileptogenesis in mice, *Annals of Neurology*, 2013 July ; 74(1): 11–19.
- Podila et al., 2013 Toxicity of Engineered Nanomaterials: A Physicochemical Perspective, *Journal of Biochemical and Molecular Toxicology*, 2013 January ; 27(1): 50–55.
- Robertson et al., 2016 Reduced GABAergic Action in the Autistic Brain, *Current Biology*, 26, 1-6.
- Saad et al., 2016 Vitamin D status in autism spectrum disorders and the efficacy of vitamin D supplementation in autistic children, *Nutritional Neuroscience*, 19 (8) 346-351.
- Semple et al., 2013 Brain development in rodents and humans: Identifying benchmarks of maturation and vulnerability to injury across species, *Progress in Neurobiology*, Jul-Aug;106-107:1-16.
- Sethi et al., 2008 Aluminium-induced electrophysiological, biochemical and cognitive modifications in the hippocampus of aging rats, *Neurotoxicology* 29, 1069-1079.
- Sethi et al., 2009 Curcumin attenuates aluminium-induced functional neurotoxicity in rats, *Pharmacology, Biochemisatry, and Behavior* 93:31-39.
- Shen et al., 2016 Postnatal activation of TLR4 in astrocytes promotes excitatory synaptogenesis in hippocampal neurons, *Journal of Cell Biology*, 215(5):719-734.
- Sharifi et al., 2012 Toxicity of Nanomaterials, *Chemical Society Reviews*, 2012 Mar 21; 41(6): 2323–2343.
- Shaw and Petrik, 2009 Aluminum hydroxide injections lead to motor deficits and motor neuron degeneration, *Journal of Inorganic Biochemistry* 103 (11).
- Shaw and Tomljenovic, 2013 Administration of aluminium to neonatal mice in vaccine-relevant amounts is associated with adverse long term neurological outcomes, *Journal of Inorganic Biochemistry*, 128 (2013) 237–244.
- Shi et al., 2009 Activation of the Maternal Immune System Alters Cerebellar Development in the Offspring, *Brain, Behavior, and Immunity*, January, 23(1): 116–123.
- Smith et al., 2007 Maternal Immune Activation Alters Fetal Brain Development through Interleukin-6, *Journal of Neuroscience*, 2007 October 3; 27(40).
- Smith et al., 2012, Maternal Immune Activation Increases Neonatal Mouse Cortex Thickness and Cell Density, *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 7(3):529-532.
- Stiles et al., 2010 The Basics of Brain Development, *Neuropsychology Reviews* (2010) 20:327–348.
- Suzuki et al., 2011 Plasma Cytokine Profiles in Subjects with High-Functioning Autism Spectrum Disorders, *PloS ONE* 6(5).
Suzuki et al., 2013 Microglial Activation in Young Adults With Autism Spectrum Disorder, *JAMA Psychiatry* 70(1): 49-58.

- Takano 2015 Role of Microglia in Autism: Recent Advances, *Developmental Neuroscience*, 37:195-202.
- Tau and Peterson, 2010 Normal Development of Brain Circuits, *Neuropsychopharmacology*, (2010) 35:147–168. Taylor et al., 2014 Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies, *Vaccine*, 32:3623-3629.
- Taylor et al., 2014 Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies, *Vaccine*, 32:3623-3629.
- Tomljenovic and Shaw, 2011 Do aluminum vaccine adjuvants contribute to the rising prevalence of autism? *Journal of Inorganic Biochemistry* 105.
- Tsilioni et al., 2015 Children with autism spectrum disorders, who improved with a luteolin-containing dietary formulation, show reduced serum levels of TNF and IL-6, *Translational Psychiatry*, 5, 647.
- Vargas et al., 2005 Neuroglial Activation and Neuroinflammation in the Brain of Patients with Autism, *Annals of Neurology*, 2005;57:67–81.
- Viezeleiene et al., 2013 Selective induction of IL-6 by aluminum-induced oxidative stress can be prevented by selenium, *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 27:226-229.
- Wei et al., 2011 IL-6 is increased in the cerebellum of autistic brain and alters neural cell adhesion, migration and synaptic formation, *Journal of Neuroinflammation* 2011, 8:52.
- Wei et al., 2012 (a) Brain IL-6 elevation causes neuronal circuitry imbalances and mediates autism-like behaviors, *Biochimica et Biophysica Acta*, 1822 (2012) 831–842.
- Wei et al. 2012 (b) Alteration of brain volume in IL-6 overexpressing mice related to autism, *International Journal of Developmental Neuroscience*, 30:554-559.
- Wei et al., 2013 Brain IL-6 and autism, *Neuroscience* 252 (2013): 320–325.
- Wei et al., 2016 Inhibition of IL-6 trans-signaling in the brain increases sociability in the BTBR mouse model of autism, *Biochimica et Biophysica Acta*, 1862(10):1918-1925.
- Weir et al., 2015 Preliminary evidence of neuropathology in nonhuman primates prenatally exposed to maternal immune activation, *Brain, Behavior, and Immunity*, 48,139–146.
- Williams et al., 2006 The Profile of Memory Function in Children With Autism, *Neuropsychology*, 20(1): 21-29.
- Wobke et al., 2014 Vitamin D in inflammatory diseases, *Frontiers in Physiology*, 5: 244.
- Zerbo et al., 2014 Neonatal cytokines and chemokines and risk of Autism Spectrum Disorder: the Early Markers for Autism (EMA) study: a case-control study, *Journal of Neuroinflammation*, 11:113.
- Zerbo et al., 2017 Association Between Influenza Infection and Vaccination During Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder, *JAMA Pediatrics*, 171(1).

4. Lista de los graves riesgos de la Vacuna contra Hepatitis B, con estudios para presentar a su médico

4 octubre, 2023 Hepatitis B, vacunas

<https://cienciaysaludnatural.com/lista-de-los-graves-riesgos-de-la-vacuna-contr-hepatitis-b-con-estudios-para-presentar-a-su-medico/>

El calendario de vacunación infantil de los CDC en EE. UU. y varios países incluye la vacuna contra la hepatitis B desde la década de 1990. Recomienda que los médicos administren la primera dosis (de una serie de una a dos inyecciones) la primera dosis, el primer día de vida. ¹ Las dos vacunas contra la hepatitis B inyectadas en bebés evaluaron las reacciones adversas durante **sólo cuatro** y **cinco** días, respectivamente.

Enfermedad objetivo	Nombre del producto (fabricante)	Duración de la revisión de seguridad después de la inyección	
		Reacciones solicitadas	Reacciones no solicitadas
Hepatitis B	Recombivax HB (Merck)	5 días	5 días
	Engerix-B (GSK)	4 días	4 días

Los datos de seguridad para la licencia de hepatitis B deficientes

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (**HHS**) de EE.UU. afirma que: “Los datos en los que se basa la autorización para el uso infantil de la vacuna contra la hepatitis B se resumen en el prospecto respectivo”. La seguridad de las vacunas contra la hepatitis B que se administran habitualmente a los recién nacidos no se ha probado en un solo ensayo clínico controlado aleatorio en el que un el grupo de control recibió un placebo como se manifiesta en los propios prospectos.

Sin ensayos clínicos (con métodos rigurosos, muestras de gran tamaño, verdaderos controles de placebo y períodos prolongados de observación de los daños causados por la vacuna) que arrojen resultados que demuestren que los beneficios de la vacunación superan claramente los daños, el programa de vacunación a gran escala no puede estar éticamente justificado y va en contra del

principio de precaución.

El prospecto de Recombivax HB en la sección 6 de Efectos Adversos señala que se consideró seguro para los niños según un ensayo clínico en el que se monitorizó **sólo 147 bebés y niños** (de hasta 10 años de edad) durante cinco días después de la vacunación.

Este ensayo es inútil porque el **tamaño de la muestra es demasiado pequeño, el período de revisión de seguridad es demasiado corto y no hay control con placebo**. La información de seguridad en el prospecto de Engerix-B es igualmente inadecuada ya que el ensayo clínico de esta vacuna tampoco tuvo control con placebo y solo monitoreó la seguridad durante **cuatro días después de la vacunación**.

Estos prospectos claramente no respaldan la seguridad de administrar estos productos a bebés. Por lo tanto, la afirmación del HHS de que “los datos en los que se basa la autorización para el uso infantil de la vacuna contra la hepatitis B se resumen en el prospecto respectivo” es muy preocupante.

Por otro lado es contraproducente vacunar a un bebe recién nacido dado que la vacuna contra hepatitis B tiene sobredosis de aluminio, varias veces más los niveles permisibles y los niños con problemas congénitos como por ejemplo mutación MTHFR pueden quedar gravemente dañados como lo aclara Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los EEUU., IOM. **De acuerdo al IOM:** “Tanto las investigaciones epidemiológicas como las mecanísticas sugieren que la mayoría de los individuos que experimentan una reacción adversa a las vacunas tienen una susceptibilidad preexistente. Estas predisposiciones pueden existir por varias razones: variantes genéticas (en el ADN humano o microbioma), exposiciones ambientales, comportamientos, enfermedades intermedias o etapa de desarrollo, por nombrar solo algunas, todas las cuales pueden interactuar entre ellas. Algunas de estas reacciones adversas son específicas de la vacuna en particular, mientras que otras pueden no serlo”. Este tipo de mutación MTHFR los padece más del 30 % de la población. Es decir, estamos exponiendo al 30% de los bebés a riesgo de quedar gravemente dañados de por vida, cuando en realidad **los riesgos no superan los beneficios**.

Efectos Adversos

Es manifiesta la necesidad de evaluar la seguridad de cada vacuna contra la hepatitis B en ensayos clínicos sólidos. La siguiente es una lista de las reacciones adversas post comercialización notificadas que se **agregaron al prospecto** de Engerix-B porque Merck tenía una “base para creer que existe una relación causal entre el medicamento y la aparición del evento adverso” :

- Pruebas de función hepática anormales; Reacción alérgica; Alopecia; Reacción Anafilactoide; Anafilaxia; angioedema; Apnea; Artralgia; Artritis; Síntomas similares al asma; parálisis de Bell; Broncoespasmo; Conjuntivitis; Reacciones Dermatológicas; Dispepsia; Dolor de oídos; Eczema; Equimosis; Encefalitis; Encefalopatía; Eritema Multiforme; Eritema nudoso; Síndrome de Guillain-Barré; Síndrome de hipersensibilidad (similar a la enfermedad del suero que aparece días o semanas después de la vacunación); hipoestesia; queratitis; Liquen plano; Meningitis; Migraña; Esclerosis múltiple; Mielitis; Neuritis; Neuropatía; Neuritis óptica;

Palpitaciones; Parálisis; parestia; Parestesia; Púrpura; Convulsiones; Síndrome de Stevens-Johnson; Síncope; Taquicardia; Tinnitus; Debilidad Muscular Transversa; Trombocitopenia; Urticaria; vasculitis; Vértigo; Alteraciones visuales.¹⁹⁴

Y estas son las reacciones adversas post comercialización reportadas para Recombivax HB agregadas al prospecto porque GSK tenía una base para concluir que cada una tiene una relación causal con esa vacuna:

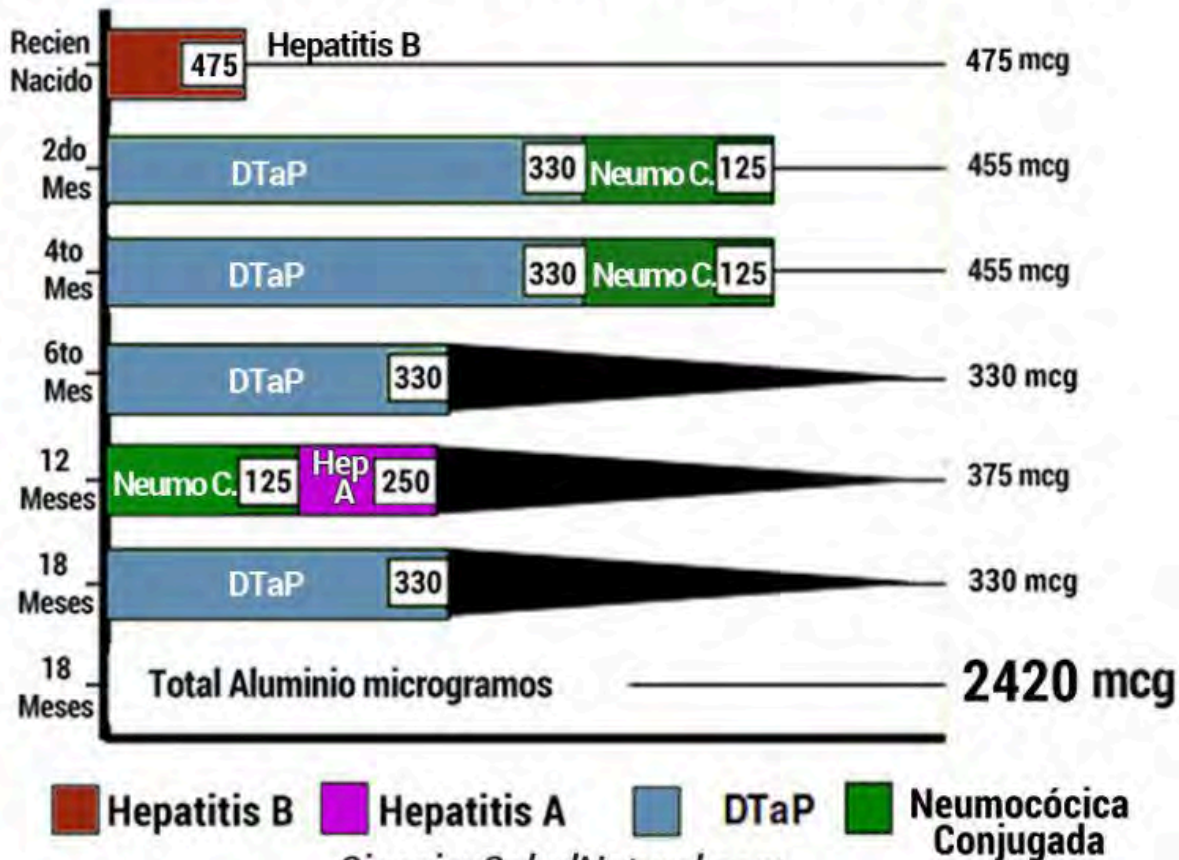
- Agitación; Alopecia; Reacciones Anafilácticas/Anafilactoides; Artralgia; Artritis; Dolor De Artritis En Las Extremidades; Enfermedades autoinmunes; parálisis de Bell; Broncoespasmo; Constipación; Conjuntivitis; Reacciones Dermatológicas; Equimosis; Eczema; Elevación De Las Enzimas Hepáticas; Encefalitis; Eritema Multiforme; Eritema nudoso; Exacerbación De La Esclerosis Múltiple; Convulsión febril; Síndrome de Guillain-Barré; Infección de herpes; Reacciones hipersensibles; Síndrome de hipersensibilidad (similar a la enfermedad del suero que aparece días o semanas después de la vacunación); Hiperestesia; Aumento de la tasa de sedimentación de eritrocitos; Irritabilidad; síndrome similar al lupus; Migraña; Esclerosis múltiple; Debilidad muscular; Mielitis, incluida la mielitis transversa; Neuritis óptica; Neuropatía periférica; Petequias; Poliarteritis nudosa; Radiculopatía; Convulsión; Síndrome de Stevens-Johnson; Somnolencia; Síncope; lupus eritematoso sistémico (LES); Taquicardia; Trombocitopenia; Tinnitus; Urticaria; Urticaria; uveítis; vasculitis; Alteraciones visuales.¹⁹⁵

Estas reacciones poscomercialización revelan un patrón constante de trastornos autoinmunes, neurológicos y otros trastornos crónicos que aparecerían o solo se diagnosticarían años después de vacunar a un bebé. Sin embargo, en lugar de investigar estos eventos adversos en ensayos clínicos metodológicamente sólidos, el HHS responde a estos informes posteriores a la comercialización de lesiones crónicas de por vida diciendo que «no se ha demostrado la causalidad», sabiendo muy bien que es muy poco probable que se demuestre la causalidad, de una forma u otra, hasta que se realice un ensayo controlado con placebo de duración suficiente.

Sobredosis de Aluminio

El calendario escolar tiene sobredosis de aluminio. El aluminio es tóxico al sistema nervioso central y a los huesos. Si tomamos en cuenta que la dosis máxima es de 5 microgramos por kilogramo, un bebé recién nacido no puede recibir más de 20 mcg/día y con solo la vacuna de hepatitis B, recibe 250 mcg, es decir 12 veces más de los niveles permitidos, con un sistema inmunológico que aún se está desarrollando. Ver niveles permisibles en : El Código de Regulaciones Federales, CFR, Título 21, Volumen 4, publicados en FDA.gov de la Federal Drug Administration (FDA),
<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=201.66>
<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=201.323>

Calendario de Vacunación - Sobredosis de Aluminio



CienciySaludNatural.com

<https://accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/CFRSearch.cfm?fr=201.323>

Si su hijo/a o nieto/a tiene mutacion MTHFR, que mucha gente la padece (30%) entonces si lo vacunan corre un gran peligro porque **el aluminio es tóxico para las mitocondrias**



Dr. Stanley Plotkin asesor de laboratorios fabricantes de vacunas admite bajo declaración jurada que la Vacuna de Hepatitis B, solo tuvo 4 días de estudios de seguridad <https://www.bitchute.com/video/0ojBNV0Z19PA/> vea usted mismo los datos en el prospecto;

https://gskpro.com/content/dam/global/hcpportal/en_US/Prescribing_Information/Engerix-B/pdf/ENGERIX-B.PDF

Falta de eficiencia de la vacuna

Alrededor del 50% de los niños vacunados contra Hepatitis B **pierden su inmunidad a los 5 años**, y la vacuna no ha tenido un **impacto mensurable** en la **prevalencia de la infección** crónica por hepatitis B

Varios estudios de vacunados versus no vacunados demuestran eventos adversos asociados con la vacuna contra la hepatitis B

Vacuna contra la hepatitis B y problemas hepáticos en niños estadounidenses menores de 6 años

El Gráfico 1 muestra los resultados del artículo “La vacuna contra la hepatitis B y los problemas hepáticos en niños estadounidenses menores de 6 años”, publicado en la revista *Epidemiology en 1999*.² La autora principal es la Dra. Monica A. Fisher, afiliada al Departamento de Epidemiología de la Universidad de Michigan en Ann Arbor. En **este estudio de 5.505 niños** que participaron en la Encuesta Nacional de Información de Salud de 1993, los niños menores de seis años que recibieron al menos **una dosis de la vacuna contra la hepatitis B tenían 2,94 veces más probabilidades de ser diagnosticados con problemas hepáticos** que los niños que no recibieron una vacuna contra la hepatitis B (IC del 95% de 1,07 a 8,05).³ Al considerar sólo a los niños con registro de vacunación, **el índice de probabilidades (odds ratio) en el grupo vacunado aumentó a 13,08 veces** en comparación con el grupo que no había sido vacunado contra la hepatitis B (IC del 95% de 2,66 a 64,39).⁴ Ambos resultados informados fueron estadísticamente significativos.⁵ La diferencia entre los resultados “con y sin registros de vacunación” y “solo con registros de vacunación” pueden deberse a personas contadas en el grupo “no vacunados” que fueron vacunadas pero no poseían registros de vacunación.



Gráfico 1: Índice de probabilidades para problemas hepáticos en niños de 0 a 5 años que recibieron al menos una vacuna contra la hepatitis B versus niños no vacunados contra la hepatitis B (Fisher et al. 1999).

La inmunización con la vacuna contra la hepatitis B acelera la enfermedad similar al Lupus eritematoso sistémico (LES) en un modelo murino

El Gráfico 2 muestra los resultados del artículo “La inmunización con la vacuna contra la hepatitis B acelera la enfermedad similar al LES en un modelo murino”, publicado en el *Journal of Autoimmunity* en 2014.⁶ La autora principal es la Dra. Nancy Agmon-Levin, afiliada al Centro Zabludowicz de enfermedades autoinmunes en el Centro Médico Sheba en Tel-Hashomer, Israel. El Dr. Yehuda Shoenfeld, titular de la cátedra Laura Schwarz-Kip de autoinmunidad en la Universidad de Tel Aviv en Israel, es el autor correspondiente y es considerado una de las principales autoridades mundiales en autoinmunidad.

En este estudio, los investigadores inyectaron a ratones hembra 0,4 milímetros de la vacuna contra la hepatitis B Engerix® o de solución salina tamponada con fosfato a las edades de 8 y 12 semanas. La solución salina tamponada con fosfato es inerte y proporciona un control placebo adecuado. Los investigadores midieron la proteína en la orina (proteinuria) como indicador de enfermedad renal. En consecuencia, **los niveles de proteína en la orina de los ratones hembra vacunados fueron 7,5 veces mayores que los de los ratones que recibieron solución salina** tamponada con fosfato (valor de $p < 0,004$).⁷ Además, los ratones inyectados con Engerix® mostraron nefropatología (enfermedad renal) grave y avanzada en comparación con los ratones que recibieron solución salina tamponada con fosfato o solo adyuvante de aluminio.⁸

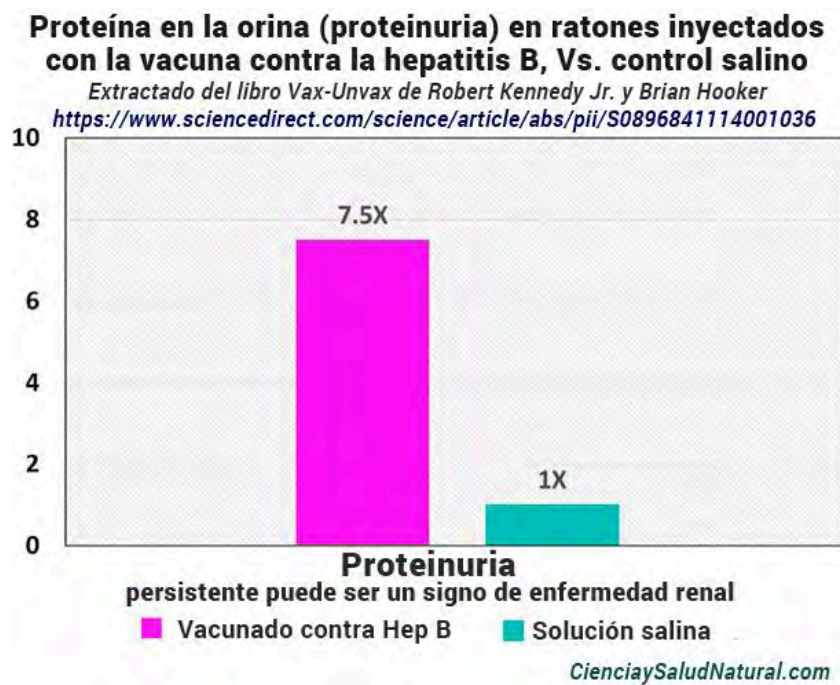


Gráfico 2

El Gráfico 2 trata sobre proteína en la orina (proteinuria) de ratones hembra inyectados con la vacuna contra la hepatitis B en comparación con ratones hembra inyectados con solución salina tamponada con fosfato (Agmon-Levin et al. 2014). Tener niveles elevados de **proteína en la orina** de forma persistente puede ser un signo de enfermedad renal.

El momento oportuno para la vacunación pediátrica y el riesgo de diabetes mellitus insulino dependiente

El Gráfico 3 muestra los resultados del artículo «El momento de la vacunación pediátrica y el riesgo de diabetes mellitus insulino dependiente» (“The Timing of Pediatric Immunization and the Risk of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus”), publicado en *Infectious Diseases in Clinical Practice* en 1997.⁹ El autor principal es el Dr. John B. Classen, afiliado a Inmunoterapias Classen en Baltimore, Maryland. La incidencia de diabetes tipo 1 en niños que viven en Christchurch, Nueva Zelanda, aumentó de 11,2 por 100.000 (promedio entre 1982 y 1987) a 18,1 por 100.000 (promedio entre 1989 y 1991) después de la introducción de la vacuna contra la hepatitis B en 1988 (p -valor = 0,0008).¹⁰ Más del 70% de los niños menores de 16 años fueron vacunados durante los primeros años del programa.¹¹

Aumento de la incidencia de diabetes tipo 1 en niños de Nueva Zelanda con la introducción de la vacuna contra la hepatitis B en el calendario de vacunación infantil

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. - Brian Hooker

https://journals.lww.com/infectdis/citation/1997/06070/the_timing_of_pediatric_immunization_and_the_risk.7.aspx

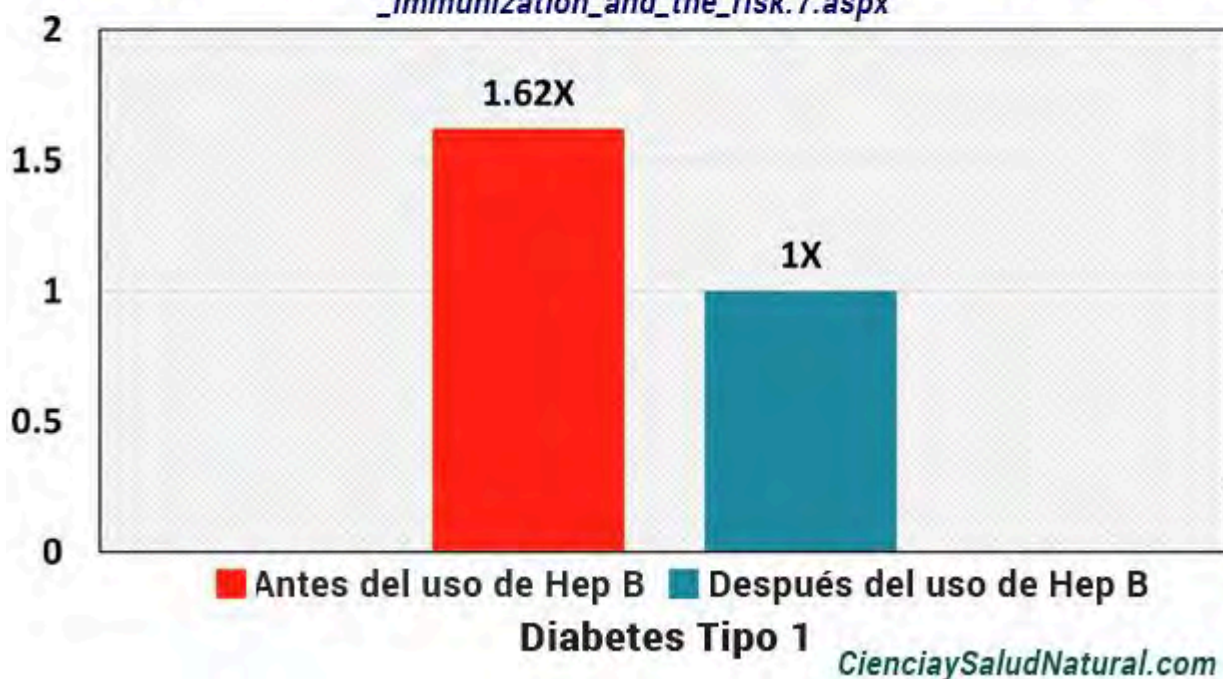


Gráfico 3: Aumento de la incidencia de diabetes tipo 1 en niños de Nueva Zelanda con la introducción de la vacuna contra la hepatitis B en el calendario de vacunación infantil (Classen et al. 1997).

Vacuna recombinante contra la hepatitis B y el riesgo de esclerosis múltiple: un estudio prospectivo

El Gráfico 4 muestra los resultados del artículo “La vacuna recombinante contra la hepatitis B y el riesgo de esclerosis múltiple: un estudio prospectivo”, publicado en *Neurology* en 2004.¹² El autor principal es el Dr. Miguel A. Hernán, afiliado al Departamento de Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de Harvard en Boston, Massachusetts. Dentro de la población de la Base de Datos de

Investigación de Práctica General (GPRD) del Reino Unido, que **incluía a más de 3 millones de pacientes**, los pacientes que recibieron una vacuna contra la hepatitis B en los tres años anteriores tenían **3,1 veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de esclerosis múltiple en comparación con pacientes que no habían recibido una vacuna** contra la hepatitis B en los tres años anteriores. ¹³ La diferencia en la incidencia fue estadísticamente significativa, con un intervalo de confianza del 95% de 1,5 a 6,3. ¹⁴

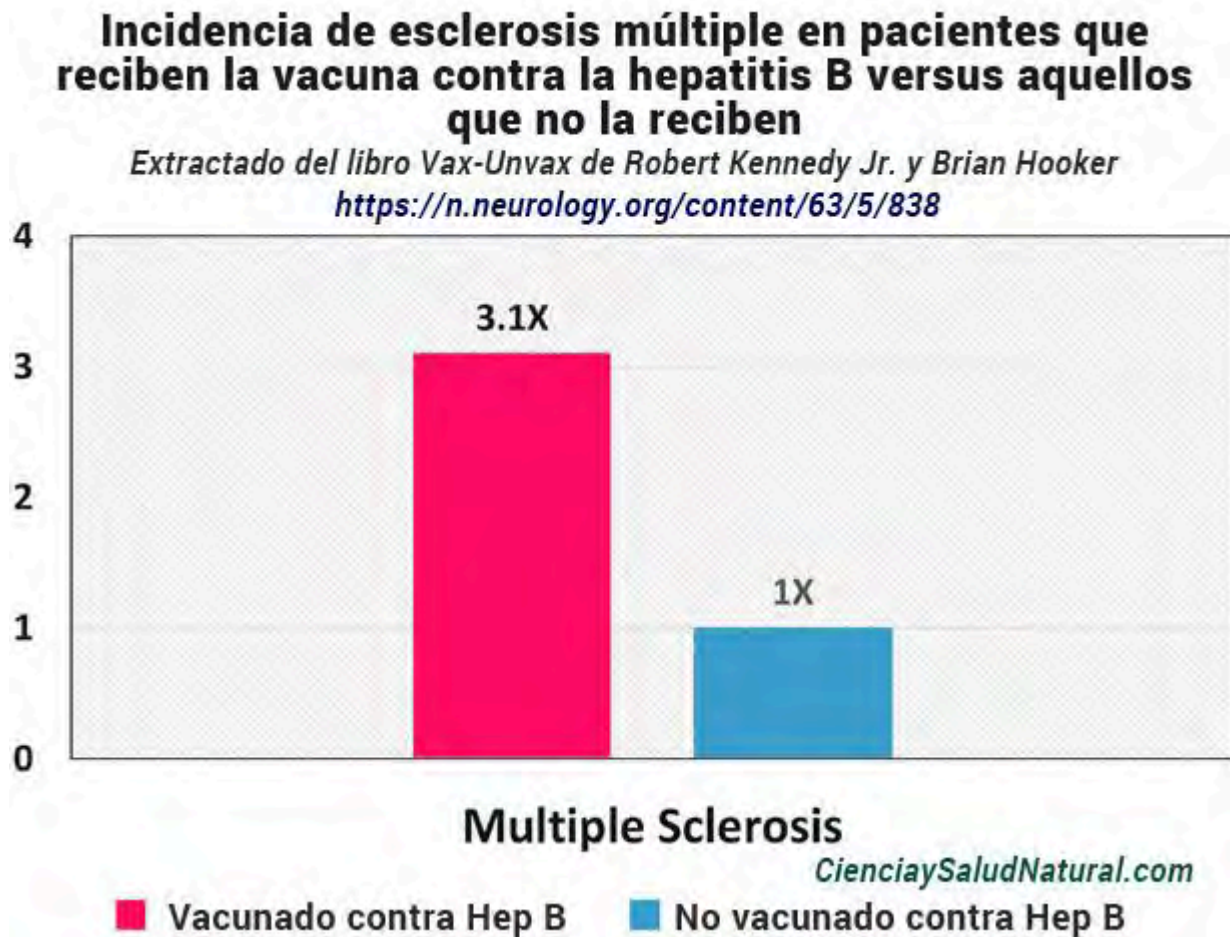


Gráfico 4: Incidencia de esclerosis múltiple en pacientes que reciben la vacuna contra la hepatitis B versus aquellos que no la reciben (Hernán et al. 2004).

Inmunogenicidad de la hepatitis B después de un ciclo de vacunación primaria asociada con asma, rinitis alérgica y sensibilización a alérgenos

El Gráfico 5 muestra los resultados del artículo “Inmunogenicidad de la hepatitis B después de un ciclo de vacunación primaria asociado con asma, rinitis alérgica y sensibilización a alérgenos”, publicado en la revista *Pediatric Allergy and Immunology* en 2018. ¹⁵ Dr. Dong Keon Yon, afiliado a el Departamento de Pediatría del Centro Médico CHA Bundang en CHA

La Facultad de Medicina de la Universidad de Seongnam, Corea, es el autor principal del estudio. De 3.176 niños coreanos de 12 años que recibieron la serie de tres inyecciones de vacuna contra la hepatitis B cuando eran bebés, 976 niños estaban produciendo actualmente anticuerpos contra el

antígeno de superficie de la hepatitis B, y 2.200 niños no. ¹⁶ **Los niños que tenían anticuerpos positivos contra el antígeno de superficie de la hepatitis B mostraron una mayor incidencia de asma (9,7% a 7,0%, valor de p = 0,009), rinitis alérgica (33,3% frente a 28,8%, valor de p = 0,013) y sensibilización a alérgenos. (59,2 % frente a 54,5 %, valor de p = 0,014) en comparación con los niños vacunados que tenían anticuerpos negativos.** ¹⁷ Este estudio también demuestra la disminución de la inmunidad asociada con la vacunación contra la hepatitis B en la infancia, ya que **solo el 30,7% de los vacunados generaban anticuerpos específicos contra la hepatitis B a los 12 años.** ¹⁸

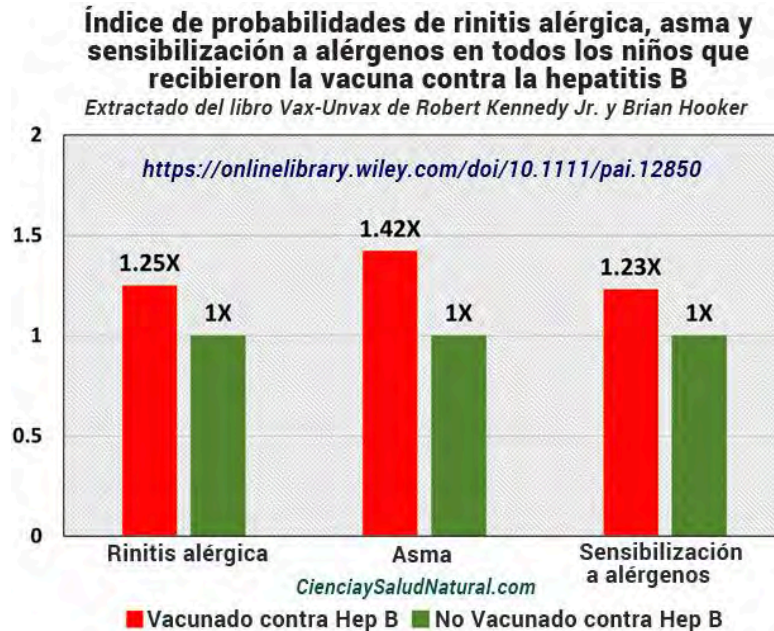


Gráfico 5 — Índice de probabilidades (Odds ratio) para rinitis alérgica, asma y sensibilización a alérgenos en todos los niños que reciben la vacuna contra la hepatitis B. Los niños que se seroconvirtieron para producir anticuerpos contra la hepatitis B se comparan con los niños que no lo hicieron (Yon et al. 2018).

La figura 6 muestra nuestro análisis de los casos de SMSL notificados después de las vacunas contra la hepatitis B, *Haemophilus influenzae* B, difteria, tétanos, tos ferina acelular y neumonía. ¹⁹ VAERS ha implicado la vacunación contra la hepatitis B en 410 muertes por SMSL. ²⁰ Muchas de estas vacunas se administran simultáneamente y algunos de los informes anteriores se asignaron a múltiples vacunas.

Informes VAERS de muertes por Síndrome de Muerte Súbita del Lactante SMSL

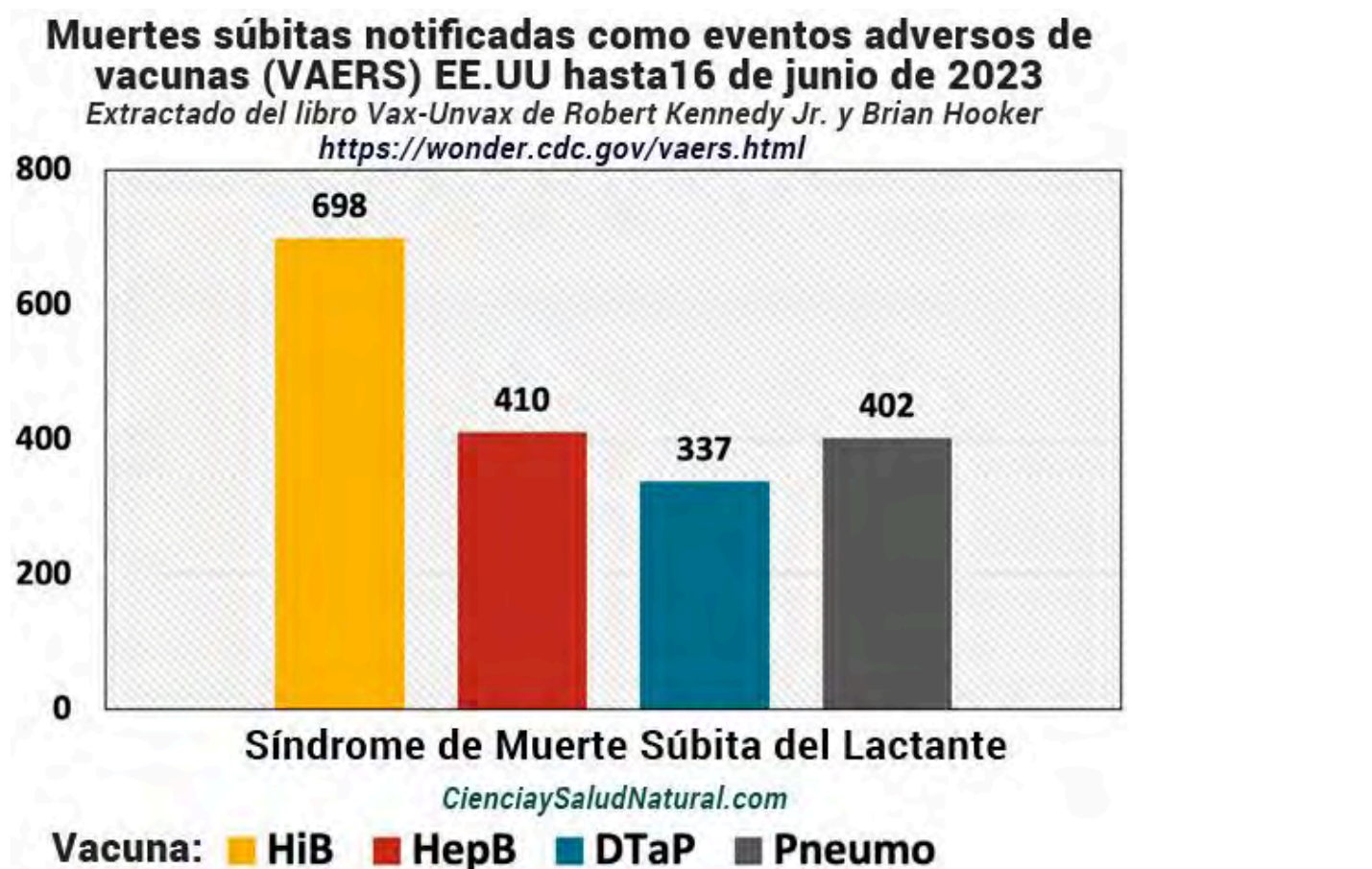


Gráfico 6: Número de muertes por Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, SMSL notificadas a la base de datos del Sistema de notificación de eventos adversos a las vacunas (VAERS) de los CDC hasta el 16 de junio de 2023.
<https://vaers.hhs.gov/data.html>.

Penina Haber (de la Oficina de Seguridad de las Inmunizaciones de los Centros para el Control de Enfermedades) y sus compañeros de trabajo completaron una breve encuesta de los informes del VAERS asociados con la vacuna contra la hepatitis B que incluían un tratamiento significativo de los bebés que recibieron la vacuna sola o dentro de una vacuna combinada (multivalente).²¹ En general, los investigadores **informaron 10.291 informes de eventos adversos en niños menores de dos años que recibieron la vacuna contra la hepatitis B durante un período de 11 años** desde enero de 2005 hasta diciembre de 2015.²² Esto incluyó **197 informes de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)**.²³ A partir de esto, los autores del estudio concluyeron: "Review [*sic*] las vacunas contra la HepB actualmente autorizadas en EE. UU. administradas solas o en combinación con otras vacunas no revelaron problemas de seguridad nuevos o inesperados".²⁴ Sin embargo, el estudio no proporcionó ninguna base para realizar comparaciones con respecto a las muertes por SMSL. En un estudio similar que involucra la vigilancia de eventos adversos de la vacuna en Corea del Sur, la mayor proporción de muerte súbita en lactantes después de la vacunación estuvo relacionada con la vacuna contra la hepatitis B.²⁵



Dr Peter McCullough: «Las vacunas contra la hepatitis B administradas a los bebés normales con madres normales son completamente innecesarias. No hay ningún beneficio porque a menos que la madre esté abusando activamente de las drogas o tenga hepatitis B, no hay riesgo». Además la vacuna tienen al menos 250 microgramos (sobredosis) de aluminio que es neurotóxico, lea los efectos adversos del prospecto y se dará cuenta que su pediatra, si se la recomienda, es porque solo sigue un protocolo elaborado por los laboratorios fabricantes de vacunas dictado por la OMS que está controlada por estos laboratorios. Ver efectos adversos en el prospecto . Item 6.2 Postmarketing Experience

<https://www.fda.gov/media/119403/download>

Resumen

Análisis no publicado de las muertes por SMSL asociadas con la vacuna contra la hepatitis B del VAERS.
26, 27, 28, 29, 30, 31 Hay otros informes de eventos adversos asociados con la vacuna contra la hepatitis B (por ejemplo, Agmon-Levin et al. sobre el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia).³² Sin embargo, las publicaciones destacadas en este artículo comparan específicamente poblaciones vacunadas y no vacunadas.



La Dra Chinda Brandolino menciona los efectos adversos de la vacuna de hepatitis B, que tiene más riesgos que beneficio. Vea prospecto usted mismo y cuestione a su pediatra que tratará de minimizar estos riesgos graves, pero los estudios que presentamos, de expertos sin conflicto de intereses, demuestran su peligro. Ver prospecto en : <https://www.fda.gov/media/119403/download>

- Falta de estudios de seguridad
- Tiene sobredosis de Aluminio,
- No se controla una posible mutación MTHFR antes de la vacunación,
- Los Vacunados tienen más enfermedades crónicas que los no vacunados
- No hay razón científica para la aplicación de esta vacuna
- Riesgos de la hepatitis B en comparación con los riesgos de la vacuna contra la hepatitis B
- 1 caso de autismo cada 36 niños en EE.UU., investigación del CDC, ocultan las causas
- <https://cienciaysaludnatural.com/category/hepatitis-b/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/tema/hepatitis-b/>

Referencias

1. "Hepatitis B Vaccination of Infants, Children, and Adolescents," U.S. Centers for Disease Control, accessed March 26, 2023, <https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/vaccchildren.htm>.
2. Monica A. Fisher and Stephen A. Eklund, "Hepatitis B Vaccine and Liver Problems in U.S. Children Less than 6 Years Old, 1993 and 1994," *Epidemiology* 10, no. 3 (1999): 337-339, http://journals.lww.com/epidem/Abstract/1999/05000/Hepatitis_B_Vaccine_and_Liver_Problem_s_i_n_U_S_.24.aspx.
3. Ibid.
4. Ibid.

5. Ibid.
6. Nancy Agmon-Levin et al., "Immunization with Hepatitis B Vaccine Accelerates SLE-Like Disease in a Murine Model," *Journal of Autoimmunity* 54, (2014): 21-32, doi:10.1016/j.jaut.2014.06.006.
7. Ibid.
8. Ibid.
9. David C. Classen and John Barthelow Classen, "The Timing of Pediatric Immunization and the Risk of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus," *Infectious Diseases in Clinical Practice* 6, no. 7 (1997): 449-454, https://journals.lww.com/infectdis/citation/1997/06070/the_timing_of_pediatric_immunization_and_the_risk.7.aspx.
10. Ibid.
11. Ibid.
12. Miguel A. Hernán et al., "Recombinant Hepatitis B Vaccine and the Risk of Multiple Sclerosis: A Prospective Study," *Neurology* 63, no. 5 (2004): 838-842, doi:10.1212/01.wnl.0000138433.61870.82.
13. Ibid.
14. Ibid.
15. Dong Keon Yon et al., "Hepatitis B Immunogenicity After a Primary Vaccination Course Associated with Childhood Asthma, Allergic Rhinitis, and Allergen Sensitization." *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology* 29, no. 2 (2018): 221-224, doi:10.1111/pai.12850.
16. Ibid.
17. Ibid.
18. Ibid.
19. "VAERS Data," VAERS, accessed September 23, 2022, <https://vaers.hhs.gov/data.html>.
20. Ibid.
21. Penina Haber et al., "Safety of Currently Licensed Hepatitis B Surface Antigen Vaccines in the United States, Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 2005-2015," *Vaccine* 36, no. 4 (2018): 559-564, doi:10.1016/j.vaccine.2017.11.079.
22. Ibid.
23. Ibid.
24. Ibid.
25. Young June Choe et al., "Sudden Death in the First 2 Years of Life following Immunization in the Republic of Korea," *Pediatrics international: Official Journal of the Japan Pediatric Society* 54, no.6 (2012): 905-910, doi:10.1111/j.1442-200X.2012.03697.x.
26. Monica A. Fisher and Stephen A. Eklund, "Hepatitis B Vaccine and Liver Problems in U.S. Children Less than 6 Years Old, 1993 and 1994," *Epidemiology* 10, no. 3 (1999): 337-339, http://journals.lww.com/epidem/Abstract/1999/05000/Hepatitis_B_Vaccine_and_Liver_Problem_s_in_U_S_.24.aspx
27. Nancy Agmon-Levin et al., "Immunization with Hepatitis B Vaccine Accelerates SLE-Like Disease in a Murine Model," *Journal of Autoimmunity* 54, (2014): 21-32, doi:10.1016/j.jaut.2014.06.006.

28. David C. Classen and John Barthelme Classen, "The Timing of Pediatric Immunization and the Risk of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus," *Infectious Diseases in Clinical Practice* 6, no. 7 (1997): 449-454, https://journals.lww.com/infectdis/citation/1997/06070/the_timing_of_pediatri_c_immunization_and_the_risk.7.aspx.
29. Miguel A. Hernán et al., "Recombinant Hepatitis B Vaccine and the Risk of Multiple Sclerosis: A Prospective Study," *Neurology* 63, no. 5 (2004): 838-842, doi:10.1212/01.wnl.0000138433.61870.82.
30. Dong Keon Yon et al., "Hepatitis B Immunogenicity after a Primary Vaccination Course Associated with Childhood Asthma, Allergic Rhinitis, and Allergen Sensitization." *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology* 29, no. 2 (2018): 221-224, doi:10.1111/pai.12850.
31. VAERS Data," VAERS, accessed September 23, 2022, <https://vaers.hhs.gov/data.html>.
32. Nancy Agmon-Levin et al., "Immunization with Hepatitis B Vaccine Accelerates SLE-Like Disease in a Murine Model," *Journal of Autoimmunity* 54, (2014): 21-32, doi:10.1016/j.jaut.2014.06.006.

Ver más:

Vacuna contra la hepatitis B riesgo de desmielinización inflamatoria del SNC en la infancia

<https://cienciaysaludnatural.com/estudio/vacuna-contr-la-hepatitis-b-riesgo-de-desmielinizacion-inflamatoria-del-snc-en-la-infancia/>

Relación causal entre la vacuna de la Hepatitis B y la esclerosis múltiple en Francia

<https://cienciaysaludnatural.com/relacion-causal-entre-la-vacuna-hepatitis-b-y-la-esclerosis-multiple-en-francia/>

Vacuna contra la hepatitis B y riesgo de esclerosis múltiple

<https://cienciaysaludnatural.com/estudio/vacuna-contr-la-hepatitis-b-y-riesgo-de-esclerosis-multiple/>

Vacuna contra la hepatitis B y discapacidad del desarrollo en niños

<https://cienciaysaludnatural.com/estudio/vacuna-contr-la-hepatitis-b-y-discapacidad-del-desarrollo-en-ninos/>

Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada asociada con la vacunación contra la hepatitis B

<https://cienciaysaludnatural.com/estudio/enfermedad-de-vogt-koyanagi-harada-asociada-con-la-vacunacion-contr-la-hepatitis-b/>

Lista de mas de 100 estudios sobre efectos adversos de la vacuna contra la hepatitis B

<https://cienciaysaludnatural.com/category/hepatitis-b/>

5. DNA de abortos humanos en vacunas infantiles, autismo y disforia de género

14 junio, 2023 ADN, Autismo, Transgénero, vacunas

Con el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (*Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP*) actual y las recomendaciones de vacunación vigentes en varios países, los niños pueden estar expuestos a más de 7 vacunas contaminadas con ADN fetal de líneas celulares de fetos humanos abortados que hay en las vacunas, antes de los 2 o 3 años de edad, en comparación a principios de la década de 1990 había sólo 2 vacunas que contenían ADN fetal. Los niveles de ADN contaminante en las vacunas contra el sarampión, rubéola, y paperas, la varicela y algunas vacunas contra la hepatitis A disponibles, superan varias veces la recomendación actual de la Organización Mundial de la Salud

El programa de vacunas expone a los niños pequeños a la inserción de fragmentos de ADN fetal durante un período de desarrollo cerebral significativo **pudiendo causar autismo, leucemia, cáncer, esquizofrenia y trastorno bipolar y/o posiblemente contribuir al alarmante aumento de disforia de género.**

En la mayoría de las personas solo 7 u 8 células madre están produciendo activamente todos los billones de células sanguíneas en nuestros cuerpos. Una mutación en una sola célula madre de la sangre es bastante probable, cuando los niños reciben contaminantes de ADN fetal humano en sus vacunas esto significa que una mutación en una sola célula madre sanguínea, podría causar un trastorno difuso del neurodesarrollo como el autismo.

Mutagénesis por inserción y enfermedad inducida por autoinmunidad causada por toxinas residuales fetales y retrovirales humanas en vacunas.

Resumen

1. Niveles de ADN contaminante en las vacunas contra la rubéola, las paperas, el sarampión, la rubéola, la varicela y algunas vacunas contra la hepatitis A disponibles en los EE. UU. superan con creces la orientación actual de la Organización Mundial de la Salud de menos de 10 ng de ADN de sustrato celular por dosis de vacuna.

2. El ADN de la vacuna contra la rubéola antes mencionada se fragmentó en piezas cortas de aproximadamente 215 pares de bases (en promedio) de longitud, una longitud ideal para la absorción celular y la integración genómica.
3. Algunas de las vacunas contra la varicela y el sarampión/paperas/rubéola también están contaminadas con fragmentos del retrovirus endógeno humano K (HERVK), un retrovirus que invade el genoma de su huésped, puede ser reactivable y que puede facilitar la integración de ADN extraviado en el genoma del huésped.
4. Se sabe que los fragmentos cortos de ADN se integran en el genoma de una manera específica de especie y pueden provocar mutagénesis y/o inestabilidad genómica, así como una respuesta autoinmune.
5. El programa de vacunas expone a los niños pequeños a la inserción de fragmentos de ADN fetal durante un período de desarrollo cerebral significativo.

Los peligros de los fragmentos retrovirales, así como del ADN diploide humano residual, son un riesgo no estudiado para los receptores de vacunas y, sin embargo, la abrumadora cantidad de literatura científica claramente demuestra la alta probabilidad de peligros de mutagénesis autoinmune y/o de inserción de estos contaminantes. Este es un tema que indudablemente clama por una seria investigación epidemiológica y científica. Actualmente, SCPI está realizando un estudio para proporcionar más pruebas clínicas de la autoinmunidad causada por el ADN fetal que se encuentra en las vacunas (consulte el Anexo al final de esta publicación para obtener detalles adicionales).

Peter Jarzyna, Ph.D., Ngoc V. Doan, BS, Theresa A. Deisher, Ph.D – 2016 PMID: 29108182
<https://drive.google.com/file/d/1NJkz8-v1jFpF7KwHijdjv-3WYY8k4Z/view>

Objetivos

- Comprender los niveles de contaminantes residuales del sustrato celular y la fabricación de vacunas.
- Adquirir conocimientos sobre mutagénesis insercional y autoinmunidad específica de especie.
- Comprender la relación de estos procesos patológicos con las epidemias actuales de enfermedades infantiles, incluidos el trastorno autista, la leucemia, el linfoma, discapacidad intelectual, esquizofrenia y trastorno bipolar.

Introducción

Hay una mayor preocupación por la vacunación con respecto a las enfermedades infantiles en términos de mutagénesis por inserción y autoinmunidad. Las consecuencias potenciales de inyectar a nuestros hijos con contaminantes de ADN fetal humano incluyen dos patologías bien establecidas:

1) Mutagénesis por inserción en la que el ADN fetal de las vacunas se incorpora al ADN del niño provocando mutaciones.

2) Enfermedad autoinmune provocada por el ADN fetal humano en las vacunas que hace que el sistema inmunitario de un niño ataque su propio cuerpo.



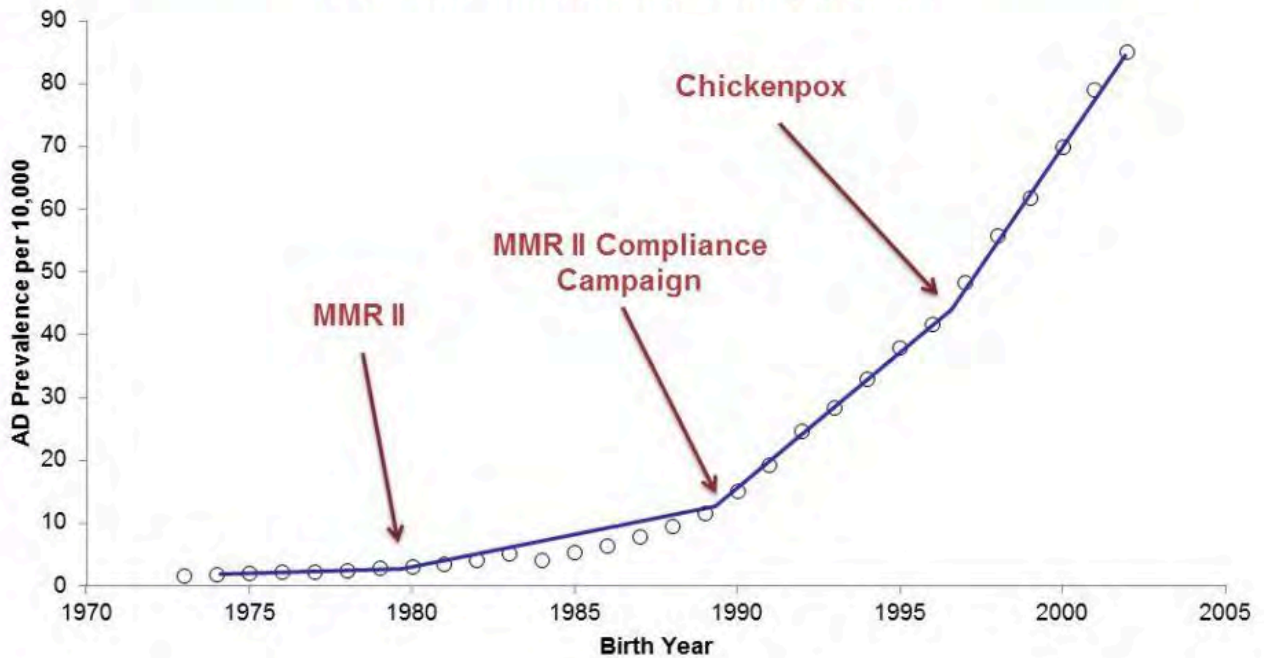
Theresa Deisher explica cómo hay residuos de ADN de líneas celulares de fetos humanos abortados en las vacunas que pueden causar todo tipo de problemas en los vacunados <https://www.bitchute.com/video/1yQc8HbJI9IN/>

Vacunas

Proceso de fabricación de Estados Unidos e historial de vacunas con el uso de líneas de células fetales humanas:

- En enero de 1979, la FDA aprobó el cambio de fabricación de rubéola de origen animal por la **línea de células fetales humanas WI-38**. Una vacuna monovalente contra la rubéola recientemente aprobada y una vacuna trivalente contra las paperas, el sarampión y la rubéola utilizan la línea de células fetales WI-38 para su fabricación.
- En noviembre de 1987, la FDA aprobó una vacuna contra la poliomielitis fabricada en una línea de células fetales humanas, que se suspendió en los EE. UU. después de 1991.
- En 1989, se recomendó una segunda dosis de vacuna fetal trivalente contra las paperas, el sarampión y la rubéola para niños a los 12 meses o mayor, y se lanzó una campaña de cumplimiento de la vacunación contra el sarampión que duplicó la tasa de vacunación fetal trivalente contra las paperas, el sarampión y la rubéola, SRP (MMR).
- En 1995, la FDA aprobó una vacuna contra la varicela fabricada con las líneas celulares fetales humanas WI-38 y MRC-5.

Human Fetal DNA and Retrovirus Contaminants in Vaccines Coincide with Autism Changepoints



En los EE.UU, el autismo ha aumentado en 3 años distintos, llamados puntos de cambio. El primer punto de cambio ocurrió en 1981, el segundo en 1981, y el tercero en 1996. Estos picos coinciden con la introducción de vacunas que se producen en células fetales humanas. En 1979, la célula fetal humana producida MMR II (SRP – tripleviral, contra Sarampión, Rubeola, Paperas). Las campañas de MMR II se elevaron de un 49% para los niños nacidos antes de 1987 a más del 82% para los niños nacidos en 1989 y posteriores. También se introdujo una segunda dosis de MMR II en el calendario de vacunación de los niños nacidos en 1988 y posteriores. El tercer punto de cambio corresponde a la aprobación de Varivax (viruela) producida con células fetales humanas en 1995 (véase la figura a arriba).

<https://www.soundchoice.org/autism/>

https://www.soundchoice.org/wp-content/uploads/2012/08/Regressive_Autism_Prevalence.pdf



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Documentación varia

Número: IF-2019-09732186-APN-DECBR#ANMAT

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 18 de Febrero de 2019

Referencia: Informe Expediente Electrónico EX-2019-02750139- -APN-DNAIP#AAIP

Solicitud de copia completa de los expedientes, antecedentes y fuentes documentadas formalmente de los últimos 10 años referidos a vacunas del calendario de vacunas.

Dada la naturaleza de lo solicitado, no estando dentro de las incumbencias de la Dirección de Evaluación y Control de Biológicos y Radiofármacos se sugiere dar intervención a la Dirección de Gestión Técnica de ANMAT.

1.- Detalle del contenido de composición y excipientes de cada una de las vacunas previstas como obligatorias. Especialmente, requerimos se acompañe la documentación respecto de los siguientes elementos presentes en las vacunas presentadas como obligatorias:

a.- Informe qué es el MRC-5 o el WI-38 y qué vacunas contienen estos elementos y los respectivos porcentajes.

MRC-5 es una línea celular humana diploide compuesta por fibroblastos tomados de pulmón de feto humano masculino de 14 semanas de gestación.

WI-38 es una línea celular humana diploide compuesta por fibroblastos tomados de pulmón de feto humano femenino de 3 meses de gestación.

Ambas líneas son utilizadas como sustrato celular para la producción de Vacunas contra la Hepatitis A; Rubéola; Varicela; Herpes zóster y Rabia.

Las vacunas mencionadas no contienen células enteras en la composición del producto terminado ya que las

Respuesta de ANMAT a solicitud de información confirmando el uso de línea de células de fetos humanos abortados en las vacunas del calendario escolar argentino

- **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** Mantiene el prospecto del fabricante de vacunas más actualizado en su [sitio web](#) .
- **Centros para el Control de Enfermedades (CDC):** ingredientes utilizados en las vacunas disponibles en el [sitio web de los CDC](#) .
- **Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health:** mantiene enlaces a [prospectos](#) , así como tablas de [componentes](#) , [excipientes](#) y [alérgenos de la vacuna que ayudan a identificar los ingredientes de la vacuna.](#)

Material de línea celular fetal abortada: con respecto a la presencia de material genético o celular derivado de una línea celular fetal abortada humana en las vacunas, o su uso en el desarrollo de vacunas, también se enumeran en los prospectos del fabricante de la vacuna.

A continuación se incluye información adicional y terminología para ayudar a reconocer si el material de una línea celular fetal abortada está presente en una vacuna o si se usó en el desarrollo de una vacuna. Sin embargo, la siguiente no es una lista completa.

- **MRC-5** y **WI-38** son líneas celulares de fibroblastos de pulmón fetal. Las células MRC-5 son de un niño varón de 14 semanas abortado en 1966 y las células WI-38 son de un niño varón de 3 meses abortado en 1962.
- **Las células HEK o HEK 293** son células de riñón embrionario humano (HEK) de un niño abortado en 1972. Estas células se usan para desarrollar y probar algunas de las vacunas contra el COVID-19.
- **Las células PER.C6** son células de la retina de un niño abortado de 18 semanas y también se utilizan para desarrollar algunas de las vacunas COVID-19.
- **Las células WALVAX 2** provienen del tejido pulmonar de una niña abortada de 3 meses de edad y es una línea celular más nueva que no parece estar en uso todavía en los EE. UU. Es posible que esta línea celular pueda reemplazar a MRC-5 y WI-38 células en uso en vacunas en algún momento en el futuro.

Según los insertos de productos de vacunas en el sitio web de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU., las siguientes vacunas implican el uso de líneas celulares fetales abortadas.

- **Hepatitis A:** **Havrix** y **Twinrix**
- **Hepatitis B:** **Twinrix**
- **Sarampión, paperas y rubéola:** **MMR II** y **ProQuad**
- **Herpes:** **Zostavax**
- **Varicela:** **Varivax**

La cobertura mediática de **las vacunas COVID-19 en desarrollo** ha indicado que las células PER.C6 y HEK se utilizan en algunas vacunas COVID-19.

Otras líneas celulares no humanas: las líneas celulares utilizadas en el desarrollo de vacunas provienen de más células humanas e incluyen el uso de células de pollos, perros, vacas, cerdos, hamsters e insectos. Para determinar la presencia de estas células, consulte los enlaces de recursos anteriores para obtener información sobre los ingredientes de la vacuna.

En general, una vacuna es un vial que contiene un virus o una subunidad de un virus, un tampón líquido y contaminantes de la línea celular que se utilizó para fabricar el virus. Algunas vacunas también contienen conservantes o adyuvantes, como timerosal o sales de **aluminio**.

Los virus que se usarán en las vacunas se fabrican en células o líneas celulares. Los fabricantes aprovechan la forma natural en que los virus se replican infectando células o líneas celulares con el virus y luego recolectando el virus después de que se haya replicado miles o millones de veces.

Inquietudes con respecto a las líneas celulares derivadas de seres humanos para la fabricación.

Una línea celular proviene originalmente de un animal u organismo vivo (las células primarias), pero luego se realizan modificaciones genéticas en muchos casos a las células primarias de modo que se vuelven longevas y se pueden cultivar en el laboratorio durante años e incluso décadas sin tener que volver atrás y obtener más células primarias del animal u organismo. Cuando la fuente de la que finalmente se hizo la línea celular fue un feto abortado electivamente, los fabricantes las llaman “**líneas de células diploides humanas**”. Actualmente, si ve estas palabras en el prospecto de una vacuna o un medicamento, o en la lista de ingredientes de un cosmético, **la línea celular se derivó de un bebé abortado de forma electiva.**

Por ejemplo, **HEK293** se derivó de los riñones de un feto abortado y la inmortalización se logró mediante la transformación con las funciones de los genes Ad5 E1A y E1B (ADN adenoviral).

MRC-5 o WI-38 son ejemplos de dos líneas de células fetales utilizadas para la fabricación de vacunas que se derivaron de pulmón embrionario que no ha sido inmortalizado y posee solo una vida finita (~50 duplicaciones de población).¹

Directrices y umbral de la OMS/FDA

En las primeras reuniones de orientación, las agencias reguladoras y los expertos abogaron inicialmente por un límite recomendado de 10 pg de ADN de sustrato celular contaminante por dosis,² que luego se relajó a 100 pg en 1986 (Estudio de la Organización Mundial de la Salud Group; Ginebra).³

Después de otro cambio basado en una reunión de la OMS en 1997, la cantidad máxima actualmente recomendada de ADN de sustrato celular residual por dosis en una vacuna producida en una línea celular continua es de 10 ng.⁴

Ningún límite se basó en estudios empíricos o datos para justificar la guía.

Extracto del documento informativo de la FDA del 19 de septiembre de 2012 (pág. 25): Reunión del Comité Asesor sobre Vacunas y Productos Biológicos Relacionados.

El valor de 100 pg de ADN de la célula huésped por dosis de vacuna siguió siendo el estándar recomendado durante una década. Sin embargo, el tema fue revisado en 1997 por varias razones. Primero, los fabricantes de vacunas no siempre podían alcanzar este nivel de ADN de sustrato celular residual para algunas vacunas virales, como con ciertos virus envueltos. En segundo lugar,

había más información disponible sobre los eventos oncogénicos en los cánceres humanos, donde se ha establecido que se requieren múltiples eventos, tanto genéticos como epigenéticos.*⁵⁻⁹ Y tercero, para líneas celulares continuas no tumorigénicas como Vero, el principal sustrato celular que se estaba considerando en ese momento, la presencia de oncogenes dominantes activados en estas células era poco probable.

El resultado de la reunión de la OMS de 1997 fue que la cantidad de ADN de sustrato celular residual permitida por dosis en una vacuna producida en una línea celular continua y administrada por vía parenteral **augmentó de 100 pg a 10 ng.***¹⁰ (numeración de preferencia cambiada para esta publicación)

Fragmentación de ADN fetal derivado

El mismo documento informativo de la FDA (2012) informa (p 17, 18):

El riesgo oncogénico e infeccioso del ADN residual en las vacunas puede ser reducido por la implementación de pasos de fabricación diseñados para reducir la cantidad de ADN, disminuir el tamaño del ADN, y/o reducir la actividad del ADN residual mediante tratamiento químico o radiación gamma. ... Las recomendaciones actuales son que el nivel de ADN de sustrato celular residual debe ser de ¹⁰ ng por dosis y un tamaño medio de ADN de 200 pb o menos.

Resumen: Aunque las recomendaciones de pruebas actuales incluyen la evaluación de la oncogenicidad del ADN de la célula huésped y los lisados celulares in vivo, el riesgo oncogénico e infeccioso del ADN se aborda principalmente al reducir la cantidad de ADN, disminuir el tamaño del ADN (mediante digestión con nucleasas), y/o reduciendo la actividad del ADN (por tratamiento químico o radiación gamma).

Contenido de ADN fetal humano en varias vacunas por encima del umbral de la OMS/FDA

La única vacuna monovalente contra la rubéola disponible en los EE. UU. hasta 2011 (descontinuada) se fabricó con la línea celular diploide humana WI-38 y **se contaminó con más de 150 ng de ADN de sustrato celular (suma de dsDNA y ssDNA) por dosis, fragmentado en aproximadamente 215 pares de bases de longitud. 150 ng de ADN equivalen a la cantidad total de ADN en más de 22.000 células. Además, esta vacuna estaba contaminada con fragmentos del retrovirus HERVK.**

Otro ejemplo es una **vacuna contra la hepatitis A** que se fabrica con la línea celular diploide humana MRC-5 y **está contaminado con más de 300 ng de ADN de sustrato celular (dsDNA + ssDNA) por dosis de vacuna.**¹¹

La vacuna contra la varicela disponible en los EE. UU. **está contaminada con más de 2 pg de ADN fetal MRC-5**, según las medidas del fabricante.¹²

Las recomendaciones para fragmentar el ADN contaminante se basaron en la preocupación de que un gen causante de cáncer completo pudiera estar presente entre los contaminantes del ADN fetal.

Sin embargo, la ciencia ha demostrado que, en contraste con la integración de genes de ADN de gran longitud, se ha demostrado que la integración de fragmentos cortos de ADN es mucho más eficiente. La integración es máxima cuando los fragmentos tienen entre 100 y 1000 pares de bases de longitud.¹³⁻¹⁴ **Por lo tanto, las recomendaciones de fragmentar el ADN contaminante pueden haber aumentado el peligro de los contaminantes.**

Los contaminantes de la vacuna de ADN fetal tienen el potencial de causar mutagénesis por inserción.

Las células de mamíferos pueden captar fragmentos de ADN extracelular mediante endocitosis mediada por receptores. La captación es más eficiente a bajas concentraciones de ADN extracelular¹⁵ y alcanza su punto máximo 2 horas después de la adición de los fragmentos de ADN al cultivo celular.¹⁶ En el rango de concentración extracelular de 0,1 a 7 pM, los oligonucleótidos (pequeños fragmentos de ácidos nucleicos) ingresan fácilmente a las células cultivadas a través del receptor. captación mediada,^{17'20} alcanzando concentraciones intracelulares y nucleares ^{17'21'23} que igualan o superan las del medio extracelular dentro de 2 a 4 horas.²⁴ Los experimentos empíricos han demostrado que la adición de fragmentos de ADN placentario de 500 pares de bases de longitud contribuyó con aproximadamente el 4 % del contenido genómico de una célula por hora de incubación: aproximadamente el 40-50 % del ADN fragmentado agregado al cultivo celular ser absorbido por una célula y el 10-20% del ADN agregado será entregado al núcleo, lo que demuestra la rapidez con la que el ADN puede ingresar a una célula. ¹⁵

Mutagénesis por inserción y trastornos del espectro autista

Los fragmentos de ADN fetal contaminante podrían insertarse en el genoma de un niño causando mutaciones posteriores durante el proceso normal de reparación de rotura de doble cadena (double strand break repair (DSB)).

De hecho, se ha demostrado que los genes implicados en DSB se expresan diferencialmente en ASD (trastorno del espectro autista, *ASD*, por sus siglas en inglés).²⁵ Se sabe que el DSB defectuoso está involucrado en muchas enfermedades.²⁶ Los DSB ocurren tanto en células somáticas como en la línea germinal, y pueden programarse, como en células somáticas para

hipermutación de inmunoglobulina y cambio de clase, o como resultado de la replicación del ADN, hidrólisis espontánea del ADN o metabolismo celular.^{27'28}

Las toxinas y los quimioterapéuticos pueden ser inductores de DSB en células somáticas. En el caso de varios linfomas, sabemos que la adición de una DSB inducida por una toxina o un quimioterapéutico además de una DSB de cambio de clase programada conduce al cáncer.²⁸ En resumen, esta investigación revela que la susceptibilidad genética de **algunos niños al desarrollo de TEA se debe a los genes involucrados en DSB se expresa diferencialmente (es decir, no es normal)**. Junto con la presencia de puntos críticos de recombinación en genes que se han asociado con ASD, estos genes DSB expresados diferencialmente constituyen una predisposición subyacente al desarrollo de ASD como resultado de inserciones de ADN fetal. Por lo tanto, los niños con esta condición genética (DSB anormales) son extremadamente susceptibles a dichas inserciones.

La recombinación meiótica (Meiotic recombination (MR)) involucra vías altamente reguladas de doble cadena formación y reparación de roturas (DSB). La MR ocurre en sitios agrupados dentro del genoma humano, denominados puntos críticos de recombinación, la gran mayoría de los cuales se encuentran fuera de regiones génicas,²⁹ presumiblemente para reducir el potencial de resultados letales después de la RM. Curiosamente, se ha demostrado que los sitios de MR/HR (recombinación homóloga) son más susceptibles a DSB y mutaciones adicionales.^{30'32} **Más de 350 genes se han asociado con trastornos del espectro autista.** Las anomalías genómicas incluyen variaciones genéticas comunes,³³ cambios en la estructura cromosómica,³⁴ y mutaciones raras.³⁵ Recientemente, se han identificado deleciones de novo y duplicaciones en hasta el 10% de los trastornos del espectro autista simplex, lo que indica influencias ambientales en la genética del espectro autista.^{36'37} El 10 % bien puede subrepresentar las mutaciones de novo (de novo mutations (DNM)), ya que los métodos se limitan a detectar grandes CNV de novo (variaciones en el número de copias – CNVs (copy-number variations)) y no capturan completamente las mutaciones más pequeñas.³⁸ Además, cada mutación específica se encuentra en solo un porcentaje muy pequeño de los casos, lo que destaca la complejidad de los impactos genómicos en los trastornos del espectro autista y el desafío de comprender el proceso de mutación de novo. El mapeo de redes está revelando vínculos descendentes entre estas diversas mutaciones genómicas y el fenotipo de los trastornos del espectro autista,³⁹ sin embargo, no entendemos el proceso por el cual diversos sitios genómicos son el objetivo de la mutación. Sin embargo, **los puntos críticos de recombinación están concentrados en los genes que se han asociado con el autismo, y puede contribuir a una susceptibilidad subyacente a las mutaciones en esos genes cuando se presentan con fragmentos de ADN fetal.**^{11 – 40}

Los puntos críticos de recombinación están concentrados en los genes que se han asociado con el autismo, y puede contribuir a una susceptibilidad subyacente a las mutaciones en esos genes cuando se presentan con fragmentos de ADN fetal.

Las vías alteradas de formación y reparación de roturas de doble hebra (DSB) pueden ser un elemento común entre las mutaciones genéticas extremadamente diversas observadas en el autismo trastornos del espectro autista.

Desafortunadamente, el centro de las preocupaciones entre los científicos en la academia, en la industria y en la FDA se ha centrado en el potencial del ADN residual para la oncogenicidad o infectividad, no en el potencial para la inducción de mutaciones genéticas posteriores la inserción genómica de fragmentos de ADN, aunque este peligro sí se discutió durante un taller de la FDA de 1999 titulado “**Evolución de las perspectivas científicas y regulatorias sobre sustratos celulares para el desarrollo de vacunas.**”⁴¹ Numerosos estudios han establecido la capacidad del ADN específico de una especie para acumularse intracelularmente e insertarse en el organismo del huésped genoma a un ritmo apreciable, especialmente como fragmentos de ADN en forma de fragmentos muy pequeños partículas similares a la cromatina («nanopartículas de ADN» naturales).^{42'43}

Mutagénesis por inserción y otros trastornos del neurodesarrollo

Además de la epidemia de trastornos del espectro autista, también existen niveles epidémicos aparentes de otros síndromes del neurodesarrollo de inicio temprano, como la esquizofrenia de inicio en la infancia (0,4% de la población afectada),⁴⁴ y trastorno bipolar.^{45'46}

La prevalencia continua o creciente de estas enfermedades del neurodesarrollo de aparición temprana

a pesar de la aptitud reproductiva reducida asociada con ellas implica importantes componentes ambientales y genómicos no hereditarios de las enfermedades.⁴⁷ La evidencia acumulada de los enfoques de secuenciación del exoma basados en la familia publicados últimos años señala la importancia de las mutaciones de novo en estas enfermedades que incluyen **el trastorno autista simple y del espectro autista, la esquizofrenia y**

la discapacidad intelectual.^{48'56} Se han identificado cientos de mutaciones raras de novo en personas

con trastorno autista o discapacidad intelectual que están relacionados por su participación en grandes

redes funcionales de genes.^{50'57}

La evidencia acumulada de los enfoques de secuenciación del exoma basados en la familia publicados últimos años señala la importancia de las mutaciones de novo en estas enfermedades que incluyen **el trastorno autista simple y del espectro autista, la esquizofrenia y la discapacidad intelectual.** Nota del editor: Hay una relación entre la epidemia de autismo y la

epidemia de disforia de género, acaso puede existir una relación entre las mutaciones de novo y la disforia de género, ver video a continuación:



Relación entre la epidemia de autismo y la epidemia de disforia de género Dr Peter McCullough,
<https://www.bitchute.com/video/KfSt5D3wxCB8/>

En el caso de la esquizofrenia, esta red involucra los sistemas glutamatérgicos, y en el caso del trastorno autista, la red involucra genes que son importantes para la formación y función de las sinapsis. La literatura es divergente con respecto a si las de novo mutations (DNM) se encuentran en una tasa más alta con la enfermedad versus la población en general. Si bien la tasa de DNM no se informa de manera uniforme como elevada en comparación con los niños sin enfermedad,⁵⁸ las DNM en estas enfermedades se encuentran consistentemente en exones o regiones críticas de codificación de genes que conducirían a una parada prematura o proteínas no funcionales.^{50'51'59}

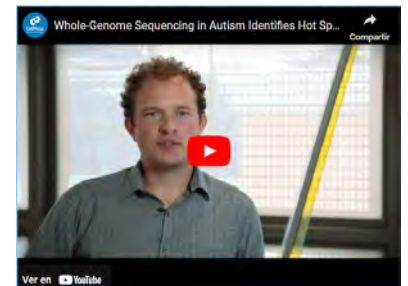
Otros investigadores, como Awadalla, encontraron un exceso de DNM en el autismo y la esquizofrenia,⁴⁹ y los DNM identificados por Hamdan et al., que alteraban la función proteica en niños con discapacidad intelectual, no estaban presentes en los controles sanos.⁶⁰ En contraste con el ligero aumento de DNM encontrado en niños con enfermedades del neurodesarrollo, las inserciones y deleciones genómicas de novo tienen un aumento significativo en la esquizofrenia o el trastorno autista de inicio en la infancia en comparación con controles sanos (0 % frente a 10 %).^{51'55'61}

Las inserciones y deleciones genómicas de novo tienen un aumento significativo en la esquizofrenia o el trastorno autista de inicio en la infancia en comparación con controles sanos (0 % frente a 10 %).^{51'55'61}



Michael Schatz: On Autism and De Novo Mutations | Big Think

La secuenciación del genoma completo en el autismo identifica puntos calientes para la mutación de la línea germinal de novo



Vacunas que contienen HERVK

El retrovirus endógeno humano K (HERVK), un contaminante en algunas de las vacunas contra la varicela y el sarampión/parotiditis/rubéola⁶², es un retrovirus que se integró en el células de la línea germinal hace relativamente poco tiempo en la evolución humana y se hereda en un **estilo mendeliano** como un retrovirus endógeno. Dichos retrovirus son generalmente inactivos. Así, los expertos han considerado la presencia de retrovirus endógenos en el genoma humano, inocuos. Sin embargo, evidencia reciente ha demostrado que HERVK puede reactivarse⁶³⁶⁶ o incluso mantener su actividad en los seres humanos actualmente⁶⁷ y se ha informado actividad de integrasa de secuencias homólogas de HERVK.⁶⁴ El HERVK activo se integra preferentemente en unidades de transcripción, en regiones ricas en genes y características cercanas asociadas con unidades de transcripción activas y regiones reguladoras asociadas.⁶⁸

La evidencia reciente ha demostrado que **las transcripciones de HERVK son elevadas en los cerebros de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar**⁶⁹⁷⁰ y en los leucocitos mononucleares de sangre periférica de pacientes con trastornos del espectro autista.⁷¹ Este retrovirus también se ha asociado con varias enfermedades autoinmunes.⁷²⁷⁴ HERVK pertenece a la misma familia de retrovirus que el virus MMLV75 utilizado en un ensayo de terapia génica, en el que **la inserción inadecuada de genes condujo a mutaciones somáticas adicionales posteriores y cáncer en 4 de 9 niños pequeños.**⁷⁶ Es muy probable que el fragmento del gen HERVK presente en las vacunas codifique la integrasa o la proteína de la cubierta, por lo que es activo e induce la inserción del gen⁶⁴ o la neuroinflamación.⁷⁷⁷⁸

Las transcripciones de HERVK son elevadas en los cerebros de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar⁶⁹⁷⁰

Ejemplo de mutagénesis por inserción en casos de pacientes

En un ensayo inicial de terapia génica, los expertos de la División de Terapia Génica de la FDA calcularon que el riesgo de cáncer y mutaciones inducidas por fragmentos de ADN humano y retroviral era de 1 en un billón.

Trágicamente, cuando administraron fragmentos de ADN retroviral y humano a niños con enfermedad SC1D en un ensayo de terapia génica, 4 de 9 (44 %) de los niños desarrollaron leucemia.⁷⁶ 44 % es mucho más alto que el riesgo estimado por la FDA de 1 en un trillón.

Autoinmunidad

Causa (fragmentos de ADN humano fetal)

Los científicos han descubierto que los niños con trastorno autista tienen anticuerpos contra el ADN humano en la sangre que los niños no autistas no tienen. Estos anticuerpos puede estar involucrada en ataques autoinmunes en niños autistas.^{79'81}

La exposición de un niño a fragmentos de ADN no propio fetal (primitivo) humano podría generar una respuesta inmune que reaccionaría de forma cruzada con el propio ADN del niño, ya que el ADN contaminante podría tener secciones de superposición muy similares al propio ADN del niño.

Mediciones de anticuerpos en el suero de personas autistas versus personas sanas de edad y sexo emparejadas los controles demostraron un porcentaje significativamente mayor de positividad de anticuerpos antineuronales séricos (62,5 %) que los controles sanos (5 %). Además, la frecuencia de la presencia de estos anticuerpos fue significativamente mayor en las niñas con autismo (90 %) que en los niños autistas varones (53,3 %; 60 varones y 20 mujeres; las edades oscilan entre los 6 y los 12 años)⁷⁹.

Aumentado por el número de vacunas administradas con contaminantes de ADN fetal y frecuencia de inyecciones

Durante el período que va desde el nacimiento hasta los tres años o más, el desarrollo del cerebro humano es un proceso activo en el que se establecen circuitos neuronales, se eliminan las células dendríticas no utilizadas sinapsis en marcha, y la muerte de las células nerviosas que se produce a gran escala.^{82'83} **Durante períodos de muerte intensa de las células cerebrales como este, el ADN que no se encuentra extracelularmente estaría presente y serviría como objetivo para los ataques autoinmunes, desencadenados originalmente por la exposición de un niño pequeño a los fragmentos de ADN fetal que se encuentran en las vacunas.**

Importante

Realizar más pruebas clínicas o estudios realizados actualmente para la autoinmunidad y la mutagénesis por inserción causada por el ADN fetal humano que se encuentra en las vacunas.

Autoinmunidad

Durante los últimos años, varias publicaciones científicas han demostrado que aproximadamente el 40 % de los niños con autismo simple tienen respuestas inmunitarias al tejido neural y, lo que es más importante, al ADN humano que los niños con un desarrollo normal no tienen.^{79'80'85'87} es actualmente realizando un estudio de observación aprobado por la Junta de Revisión Institucional ensayo clínico, en colaboración con la Dra. Karin Burkhard, MD, para determinar si los niños con autismo también tienen respuestas inmunitarias a los contaminantes fetales humanos específicos

encontradas en las vacunas infantiles sospechosas. La Dra. Burkhard es psiquiatra en Hauppauge, NY, recibió su título de médico en la Escuela de Medicina Geisel en Dartmouth y ha estado en la práctica clínica durante más de 20 años. Ya llevamos 20 inscritos autistas y 20 niños con desarrollo típico para este estudio, que determinará la inmunidad de cada niño individual a lo siguiente:

- ADN humano general,
- el ADN fetal humano específico de las líneas celulares MRC-5 y WI-38, y
- su propio ADN (autoinmunidad)

La evidencia de inmunidad a los contaminantes del ADN fetal humano, así como la autoinmunidad al propio ADN de los niños, proporcionará pruebas convincentes de los peligros de utilizar líneas de células fetales humanas para fabricar vacunas debido a las razones presentadas en esta publicación.

Mutagénesis por inserción

Parece razonable que los contaminantes fetales en las vacunas puedan causar una enfermedad como el cáncer, porque se sabe que los cánceres comienzan debido a una mutación en una sola célula, pero ¿cómo podría una mutación en una célula causar un trastorno difuso del neurodesarrollo como el autismo?

Se sabe que los cánceres como el linfoma y la leucemia son clonales. Clonal significa que todas las células cancerosas surgen de una sola célula mutada. Por lo general, la célula de origen tendrá una mutación que le dará una ventaja de supervivencia sobre otras células. Si bien tiene sentido que una sola célula pueda absorber los contaminantes del ADN fetal humano encontrados en las vacunas, se someten a mutagénesis por inserción y conducen al cáncer, parece menos obvio cómo una sola célula podría conducir a una enfermedad difusa del neurodesarrollo como el autismo.

Bueno,

el campo de la hematología ha demostrado que nuestro sistema sanguíneo es en gran parte clonal.⁸⁸⁻⁸⁹ Tenemos

billones de células sanguíneas en nuestro cuerpo, sin embargo, resulta que solo unas pocas células madre sanguíneas están activas y producen todos esos billones de células sanguíneas, células de sangre.

¿Cómo podría una mutación en una célula madre hematopoyética (HSC) causar problemas en el cerebro?

Las células gliales que se encuentran en nuestros cerebros se generan a partir de la diferenciación de las HSC en nuestros cuerpos. Las HSC circulan periódicamente y luego regresan a la médula ósea. Mientras circula, una de estas células madre podría absorber fácilmente fragmentos de ADN fetal humano causando la inserción en el ADN de la célula y una mutación, como nos ha enseñado la recombinación homóloga de fragmentos pequeños, ocurre fácilmente en las células madre formadoras de sangre.

Lo que esto significa es que si bien tenemos millones de células madre, en la mayoría de las personas solo 7 u 8 células madre están produciendo activamente todos los billones de células sanguíneas en nuestros cuerpos. En muchas personas, solo 1 o 2 células madre constituyen hasta

el 90 % de los trillones de células sanguíneas en nuestro cuerpo, lo que significa una mutación en una sola célula madre sanguínea, lo que generalmente le da a la célula mutada una ventaja de supervivencia como se ve con el cáncer.

Podría resultar en un 50% o más de nuestras células sanguíneas portadoras de la misma mutación. **Además, las células gliales que pueblan nuestro cerebro pueden ser reemplazadas durante la vida con nuevas células gliales de la sangre si esas células gliales reemplazantes están formadas por una célula madre sanguínea mutada, entonces las células gliales en el cerebro podrían portar una mutación dominante.** Las células gliales mutadas en el cerebro podrían causar una actividad inmunológica anormal difusa en el cerebro, y también se sabe que las células gliales son de importancia crítica para la señalización de las células nerviosas.

Por lo tanto, una mutación en una sola célula madre de la sangre es bastante probable cuando los niños

reciben contaminantes de ADN fetal humano en sus vacunas. Tal mutación daría esa célula una ventaja de supervivencia, y esa célula mutada podría producir billones de células sanguíneas mutadas que posteriormente poblarían el compartimento glial del cerebro y conducirían a una función cerebral anormal difusa en estos niños. **Este mecanismo parece ser la causa del autismo simple en alrededor del 60% de los niños, mientras que el otro 40% parece tener un autismo regresivo mediado por autoinmunidad.**

Referencias

- 1 Immortality, but not oncogenic transformation, of primary human cells leads to epigenetic reprogramming of DNA methylation and gene expression. Gordon, K., et al. 6, 2014, Nucleic Acids Res., Vol. 42, pp. 3529-3541.
- 2 DNA, dragons and sanity. Petricciani JC, Horaud FN. 3, Seo 1995, Biologicals, Vol. 23, pp. 233-8.
- 3 Series, WHO Technical Report. WHO Expert Committee on Biological Standardization 878. [Online]
- 4— . WHO Expert Committee on Biological Standardization 941. [Online]
- 5 Creation of human tumour cells with defined genetic elements. Hahn, W C., et al. 1999, Nature, Vol. 400, pp. 464-468.
- 6 Rules for making human tumor cells. Hahn, W C. and Weinberg, R. A. . 2002, N Engl / Med, Vol. 347, pp. 1593-1603.
- 7 Tumor metastasis: molecular insights and evolving. Valastyan, S. and Weinberg, R. A. 2011, Cell, Vol. 147, pp. 275-292.
- 8 How cancer arises. Weinberg, R. A. 1996, Sci Am , Vol. 275, pp. 62-70.
- 9 The molecular basis of carcinogenesis: understanding the cell cycle clock. Weinberg, R. A. 1996, Cytokines Mol Ther, Vol. 2, pp. 105-110.
- 10 Safety of Biological Products Prepared from Mammalian Cell Culture. Brown, E, et al. s.LKarger, 1998, Developments in Biologicals, Vol. 93.
- 11 Epidemiologic and Molecular Relationship Between Vaccine Manufacture and Autism Spectrum Disorder Prevalence. Deisher, Theresa, et al. s.l.: Issues in Law & Medicine, 2015, Vol. 30. 1, pp.

47-70.

12 [Online] <http://www.fda.gov/downloads/biologicsbloodvaccines/vaccines/approvedproducts/ucml42826.pdf>.

13 Size-dependent DNA mobility in cytoplasm and nucleus. Lukacs GL1, Haggie P, Seksek O, Lechar-

deur D, Freedman N, Verkman AS. 3, Jan 21, 2000, *J Biol Chem*, Vol. 275, pp. 1625-9. 14 Factors affecting SFHR gene correction efficiency with single-stranded DNA fragment. Tsuchiya H, Harashima H, Kamiya H. 4, Nov 4, 2005, *Biochem Biophys Res Commun*, Vol. 336, pp. 1194-2000.

15 Mechanisms of oligonucleotide uptake by cells : Involvement of specific receptors? Yakubov LA, Deeva EA, Zarytova VF, Ivanova EM, Ryte AS, Yurchenko LY, Vlassov W 1989, *Proc Natl Acad Sci*, Vol.

86, pp. 6454-6458.

16 Transport of oligonucleotides across natural and model membranes. Vlassov W, Balakireva LA, Yakubov LA. 2, Jun 29, 1994, *Biochim Biophys Acta*, Vol. 1197, pp. 95-108.

17 Oligonucleotide inhibition of IL2R alpha mRNA transcription by promoter region collinear triplex formation in lymphocytes. Orson FM, Thomas DW, McShan WM, Kessler DJ, Hogan ME. 12, June 25,

1991, *Nucleic Acids Res*, Vol. 19, pp. 3435-41.

18 Inhibition of replication and expression of human T-cell lymphotropic virus type III in cultured cells by exogenous synthetic oligonucleotides complementary to viral RNA. Zamecnik PC, Goodchild J,

Taguchi Y, Sarin PS. 12, June 1986, *Proc Natl Acad Sci USA*, Vol. 83, pp. 4143-6.

19 Characterization of oligonucleotide transport into living cells. Loke SL, Stein CA, Zhang XH, Mori K, Nakanishi M, Subasinghe C, Cohen JS, Neckers LM. 10, May 1989, *Proc Natl Acad Sci USA*, Vol. 86, pp. 3474-8.

20 Genomic instability and myelodysplasia with monosomy 7 consequent to EV11 activation after gene

therapy for chronic granulomatous disease. Stein S, Ott MG, Schultze-Strasser S, Jauch A, Burwinkel B,

Kinner A, et al. 2, 2010, *Nat Med*, Vol. 16, pp. 198-204.

21 Evidence that a triplex-forming oligodeoxyribonucleotide binds to the c-myc promoter in HeLa cells, thereby reducing c-myc mRNA levels. Postel EH, Flint SJ, Kessler DJ, Hogan ME. 18, Sep 15, 1991,

Proc Natl Acad Sci USA, Vol. 88, pp. 8227-31.

22 Cell delivery and mechanisms of action of antisense oligonucleotides. Leonetti JP, Degols G, Clarenc

JP, Mechti N, Lebleu B. 1993, *Prog Nucleic Acid Res Mol Biol.*, Vol. 44, pp. 143-66.

- 23 Characterization of the nuclear binding sites of oligodeoxyribonucleotides and their analogs. Clar-
enc JP, Lebleu B, Leonetti JP 8, Mar 15, 1993 J Biol Chem., Vol. 268, pp. 5600-4.
- 24 In vivo stability and kinetics of absorption and disposition of 3' phosphopropyl amine oligonucleotides. Zendegui JG, Vasquez KM, Tinsley JH, Kessler DJ, Hogan ME. 2, Jan 25, 1992, Nucleic Acids Res, Vol. 20, pp. 307-314.
- 25 Increased RPA1 gene dosage affects genomic stability potentially contributing to 17p13.3 duplication syndrome. Outwin EI, Carpenter G, Bi W, Withers MA, Lupski JR, O'Driscoll M. 8, Aug 2011, PLoS Genet., Vol. 7, p. e1002247.
- 26 Coordination of DNA replication and recombination activities in the maintenance of genome stability. Maher RL, Branagan AM, Morrical SW 10, Jun 6, 2011, J Cell Biochem, Vol. 112, pp. 2672-2682.
- 27 DNA recombination: the replication connection. Haber, JE. 7, 1999, Trends Biochem Sci, Vol. 24, pp. 271-5.
- 28 Mechanisms of chromosomal rearrangement in the human genome. Tsai AG, Lieber MR. SI, Feb 10, 2010, BMC Genomics, Vol. 11, pp. SI-9.
- 29 Hotspots of Large Rare Deletions in the Human Genome. Bradley, W Edward C., et al. 2, s.l.: Plos ONE, 2010, PLOS, Vol. 5, pp. 1-7.
- 30 Colocalization of somatic and meiotic double strand breaks near the Myc oncogene on mouse chromosome 15. Ng SH, Maas SA, Petkov PM, Mills KD, Paigen K. 10, 2009, Genes Chromosomes Cancer. 2009 Oct;48(10):925-30, Vol. 48, pp. 925-30.
- 31 A role for REV3 in mutagenesis during double-strand break repair in *Saccharomyces cerevisiae*. Holbeck SL, Strathern JN. 3, Nov 1997, Genetics, Vol. 147, pp. 1017-24.
- 32 Increased mutagenesis and unique mutation signature associated with mitotic gene conversion. Hicks WM, Kim M, Haber JE. 5987, 2010, Science, Vol. 329, pp. 82-5.
- 33 A genome-wide linkage and association scan reveals novel loci for autism. Weiss LA, Arking DE, Gene Discovery Project of Johns Hopkins & the Autism Consortium, Daly MJ, Chakravarti A. 7265, Oct 2009, Nature, Vol. 461, pp. 802-808.

34 Structural variation of chromosomes in autism spectrum disorder. Marshall CR, Noor A, Vincent JB, Lionel AC, Feuk L, Skaug J, Shago M, Moessner R, Pinto D, Ren Y, Thiruvahindrapduram B, Fiebig A,

Schreiber S, Friedman J, Ketelaars CEJ, Vos YJ, Ficicioglu C, Kirkpatrick S, Nicolson R, Sloman L, Summers A, Gibbons CA, Te. 2, Feb 2008, *Am J Hum Genet*, Vol. 82, pp. 477-488.

35 Mutations of the X-linked genes encoding neuroligins NLGN3 and NLGN4 are associated with autism. Jamain S, Quach H, Betancur C, Rastam M, Colineaux C, Gillberg IC, Soderstrom H, Giros B,

Leboyer M, Gillberg C, Bourgeron T. 1, May 2003, *Nat Genet*, Vol. 34, pp. 27-29.

36 Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. DH., Abrahams BS & Geschwind. May 9, 2008, *Nat Rev Genet.*, Vol. 9, pp. 341-355.

37 Strong association of de novo copy number mutations with autism. Sebat J, Lakshmi B, Malhotra D,

Troge J, Lese-Martin C, Walsh T, Yamrom B, Yoon S, Krasnitz A, Kendall J, Leotta A, Pai D, Zhang R, Lee

YH, Hicks J, Spence SJ, Lee AT, Puura K, Lehtimaki T, Ledbetter D, Gregersen PK, Bregman J, Sutcliffe JS,

Jobanputra V, . 5823, Apr 30, 2007, *Science.*, Vol. 316, pp. 445-449.

38 Multiple Recurrent De Novo CNVs, Including Duplications of the 7q11.23 Williams Syndrome Region, Are Strongly Associated with Autism. Sanders SJ, Ercan-Sencicek AG, Hus V, Luo R, Murtha MT,

Moreno-De-Luca D, Chu SH, Moreau MP, Gupta AR, Thomson SA, Mason CE, Bilguvar K, Celestino-Soper PB, Choi M, Crawford EL. 5, Jun 9, 2011, *Neuron*, Vol. 70, pp. 863-885.

39 Rare de novo variants associated with autism implicate a large functional network of genes involved

in formation and function of synapses. Gilman SR, Iossifov I, Levy D, Ronemus M, Wigler M, Vitkup D,

5, Jun 9, 2011, *Neuron*, Vol. 70, pp. 898-907.

40 Whole-genome sequencing in autism identifies hot spots for de novo germline mutation. Michaelson

JJ, Shi Y, Gujral M, Zheng H, Malhotra D, Jin X, Jian M, Liu G, Greer D, Bhandari A, Wu W, Corominas R,

Peoples A, Koren A, Gore A, Kang S, Lin GN, Estabillio J, Gadoski T, Singh B, Zhang K, Akshoomoff N,

Corsello C, McCarroll S, Iakoucheva LM, . 7, Dec 21, 2012, *Cell*, Vol. 151, pp. 1431-42.

41 Evolving Scientific and Regulatory Perspectives on Cell Substrates for Vaccine Development. FDA. 1999.

<http://www.fda.gov/downloads/biologicsbloodvaccines/newsevents/workshopsmeetingsconferences/transcriptsminutes/ucm056219.pdf>.

42 Systemic delivery of triplex-forming PNA and donor DNA by nanoparticles mediates site-specific genome editing of human hematopoietic cells in vivo. McNeer NA, Schleifman EB, Cuthbert A, Brehm M, Jackson A, Cheng C, Anandalingam K, Kumar P, Shultz LD, Greiner DL, Mark Saltzman W, Glazer PM. 6, Jun 2013, *Gene Ther.* , Vol. 20, pp. 658-69.

43 Natural Human Gene Correction by Small Extracellular Genomic DNA Fragments. Yakubov LA, Rogachev VA, Lakhacheva AC, Bogachev SS, Sebeleva TE, Shilov AG, Baiborodin SI, Petrova NA, Mechetina

LV, Shurdov MA, Wickstrom E. 18, 2007, *Cell Cycle*, Vol. 6, pp. 2293-2301.

44 Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades. Okkels, N, et al. 1, s.l. : 62-68, 2013 , *Acta Psychiatr Scand*, Vol. 127.

45 Pediatric bipolar disorder. Leibenluft E, Rich BA. 2008, *Annu Rev Clin Psychol*, Vol. 4, pp. 163-87.

46 Bipolar disorder: the shift to overdiagnosis. Mitchell, PB.,. 11, Nov 2012, *Can J Psychiatry*, Vol. 57, pp. 659-65.

47 Investigating diagnostic substitution and autism prevalence trends. Newschaffer, CJ. 4, 2006 , *Pediatrics*, Vol. 117, pp. 1436-7.

48 Whole-exome sequencing for finding de novo mutations in sporadic mental retardation. Robinson, PN. 12, 2010, *Genome Biol.*, Vol. 11, p. 144.

49 Direct Measure of the De Novo Mutation Rate in Autism and Schizophrenia Cohorts. Awadalla, P, Gauthier, J and Myers, RA. 3, 2010, *American Journal of Human Genetics*, Vol. 87, pp. 316-324.

50 Exome sequencing in sporadic autism spectrum disorders identifies severe de novo mutations. O'Roak, BJ, et al. 6, 2011, *Nat Genet*, Vol. 43, pp. 585-9.

51 Diagnostic exome sequencing in persons with severe intellectual disability, de Ligt, J, et al. 20, Nov 15, 2012 , *N Engl J Med.*, Vol. 367, pp. 1921-9.

52 De novo gene disruptions in children on the autistic spectrum. Iossifov, I, et al. 2, Apr 26, 2012 , *Neuron.*, Vol. 74, pp. 285-99.

53 Rare de novo and transmitted copy-number variation in autistic spectrum disorders. Levy, D, et al. 5, 2011, *Neuron*, Vol. 70, pp. 886-897.

54 Increased exonic de novo mutation rate in individuals with schizophrenia. Girard, SL, et al. 9,

- 2011,
Nat Genet, Vol. 43, pp. 860-3.
- 55 De novo gene mutations highlight patterns of genetic and neural complexity in schizophrenia. Xu, B, et al. 12, 2012, Nat Genet, Vol. 44, pp. 1365-9.
- 56 Rare copy number variants in neuropsychiatric disorders: Specific phenotype or not? Van Den Bossche, MJ, et al. 7, 2012, Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet, Vol. 159, pp. 812-22.
- 57 Rare de novo variants associated with autism implicate a large functional network of genes involved in formation and function of synapses. Gilman, SR, et al. 5, 2011, Neuron, Vol. 70, pp. 898-907.
- 58 Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk. Kong, A, et al. 7412, 2012, Nature, Vol. 488, pp. 471-5.
- 59 Genome-wide transcriptome profiling reveals the functional impact of rare de novo and recurrent CNVs in autism spectrum disorders. Luo, R, et al. 1, 2012, Am J Hum Genet., Vol. 91, pp. 38-55.
- 6° Excess Of novo deleterious mutations in genes associated with glutamatergic systems in nonsyndromic intellectual disability. Hamdan, FF, et al. 3, March 11, 2011, Am J Hum Genet, Vol. 88, pp. 306-316.
- 61 Exome sequencing in sporadic autism spectrum disorders identifies severe de novo mutations. O'Roak, BJ, et al. 6, 2011, Nat Genet., Vol. 43, pp. 585-589.
- 62 Viral nucleic acids in live-attenuated vaccines: detection of minority variants and an adventitious virus. Victoria JG, Wang C, Jones MS, Jaing C, McLoughlin K, Gardner S, Delwart EL. 12, Jun 2010, J Virol. 2010, Vol. 84, pp. 6033-6040.
- 63 Reconstitution of an infectious human endogenous retrovirus. Lee YN, Bieniasz PD. 1, Jan 2007, PLoS Pathog, Vol. 3, p. e10.
- 64 Human endogenous retrovirus K10 encodes a functional integrase. Kitamura Y, Ayukawa T, Ishikawa T, Kanda T, Yoshiike K. 5, May 1996 J Virol, Vol. 70, pp. 3302-3306.
- 65 "Identification of an infectious progenitor for the multiple-copy HERV-K human endogenous retroelements." Dewannieux M, Harper F, Richaud A, Letzelter C, Ribet D, Pierron G, Heidmann T. 12, Dec 2006, Genome Res, Vol. 16, pp. 1548-1556.
- 66 Risks linked to endogenous retroviruses for vaccine production: a general overview. Dewannieux

M,
Ribet D, Heidmann T. 3, May 2010, *Biologicals*, Vol. 38, pp. 366-70.

67 Genomewide Screening Reveals High Levels of Insertional Polymorphism in the Human Endogenous Retrovirus Family HERV-K(HML2): Implications for Present-Day Activity. Belshaw R, Dawson AL,

Woolven-AUen J, Redding J, Burt A, Tristem M. 19, Oct 2005, *J Virol*, Vol. 79, pp. 12507-14.

68 Integration target site selection by a resurrected human endogenous retrovirus. Brady T, Lee YN, Ronen K, Malani N, Berry CC, Bieniasz PD, Bushman FD. 5, Mar 2009, *Genes Dev*, Vol. 23, pp. 633-642.

69 Human endogenous retrovirus expression profiles in samples from brains of patients with schizophrenia and bipolar disorders. Frank O, Giehl M, Zheng C, Hehlmann R, Leib-Mosch C, Seifarth W 17,

Sep 2005, *J Virol*, Vol. 79, pp. 10890-901.

70 Influence of antipsychotic drugs on human endogenous retrovirus (HERV) transcription in brain cells. Diem O, Schaffner M, Seifarth W, Leib-Mosch C. 1, 2012, *PLoS One*, Vol. 7, p. e30054.

71 HERVs Expression in Autism Spectrum Disorders. Balestrieri E, Arpino C, Matteucci C, Sorrentino

R, Pica F, Alessandrelli R, Coniglio A, Curatolo P, Rezza G, Macciardi F, Garaci E, Gaudi S, Sinibaldi-Vallebona E 11, 2012, *PLoS One*, Vol. 7, p. e48831.

72 Human endogenous retrovirus-K18 Env as a risk factor in multiple sclerosis. Tai AK, O'Reilly EJ, Alroy KA, Simon KC, Munger KL, Huber BT, Ascherio A. 9, Nov 2008, *Mult Scler*, Vol. 14, pp. 1175-80.

73 A role for human endogenous retrovirus-K (HML-2) in rheumatoid arthritis: investigating mechanisms of pathogenesis. Freimanis G, Hooley P, Ejtehadi HD, Ali HA, Veitch A, Rylance PB, Alawi A, Axford

J, Nevill A, Murray PG, Nelson PN. 3, Jun 2010, *Clin Exp Immunol*, Vol. 160, pp. 340-347.

74 Polymorphisms in human endogenous retrovirus K-18 and risk of type 2 diabetes in individuals with schizophrenia. Dickerson F, Rubalcaba E, Viscidi R, Yang S, Stallings C, Sullens A, Origeni A, Leister

F, Yolken R. 1-3, Sep 2008, *Schizophr Res*. 2008 Sep;104(1-3):121-6, Vol. 104, pp. 121-6.

75 Mason, AL, Xu, L, Guo, L. Identification of a novel retrovirus associated with primary biliary cirrhosis and autoimmune disorders. 6,787,303 US, Sep 07, 2004. BI.

76 Insertional oncogenesis in 4 patients after retrovirus-mediated gene therapy of SCID-X1. Hacein-Bey-Abina S, Garrigue A, Wang GP, Soulier J, Lim A, Morillon E, Clappier E, Caccavelli L, Delabesse

E, Beldjord K, Asnafi V MacIntyre E, Dal Cortivo L, Radford I, Brousse N, Sigaux F, Moshous D, Hauer J, Borkhardt A, Belohradsky BH, Wintergerst U., 9, 2008, J Clin Invest, Vol. 118, pp. 3132-42.

77 Human endogenous retrovirus glycoprotein-mediated induction of redox reactants causes oligodendrocyte death and demyelination. Antony, J. M., G. Van Marie, W Opii, D. A. Butterfield, F Mallet, V W

Yong, J. L. Wallace, R. M. Deacon, K. Warren, and C. Power. 2004, Nat. Neurosci., Vol. 7, pp. 1088-1095.

78 Retroviral RNA identified in the cerebrospinal fluids and brains of individuals with schizophrenia. Karlsson, H., S. Bachmann, J. Schroder, J. McArthur, E. F Torrey, and R. H. Yolken. 2001., Proc. Natl. Acad. Sci. USA, Vol. 98, pp. 4634-4639.

79 The relationship between the increased frequency of serum antineuronal antibodies and the severity

of autism in children. Mostafa, G. & Al-Ayadhi, L. 2012, European J Paediatr Neurology Ejp Official J European Paediatr Neurology Soc, Vol. 16, pp. 464-8 .

80 Systemic auto-antibodies in children with autism. Mostafa, G., El-Sherif, D. & Al-Ayadhi, L. 2014, J Neuroimmunol, Vol. 272, pp. 94-98.

81 A possible association between elevated serum levels of brain-specific auto-antibodies and reduced plasma levels of docosahexaenoic acid in autistic children. Mostafa, G., El-Khashab, H. & AL-Ayadhi, L. 2015, J Neuroimmunol, Vol. 280, pp. 16-20.

82 Neurotransmitters and vulnerability of the developing brain. MV, Johnston. 5, Sep-Oct 1995, Brain Dev, Vol. 17, pp. 301-306.

83 Clinical disorders of brain plasticity. MV, Johnston. 2, Mar 2004, Brain Dev., Vol. 26, pp. 73-80.

84 Persistence of immunity acquired after a single dose of rubella vaccine in Japan. Okafuji T, Okafuji

T, Nakayama T. 2016, Jpn J Infect Dis., Vol. 69, pp. 221-223.

85 Anti-brain Antibodies Are Associated with More Severe Cognitive and Behavioral Profiles in Italian

Children with Autism Spectrum Disorder. Piras, I.s., L. Haapanen, V Napolioni, R. Sacco, J. Van De

Water,

and Persico A.m. 2014, *Brain Behav Immun*, Vol. 38, pp 91-99.

86 Redox Regulation and the Autistic Spectrum: Role of Tryptophan Catabolites, Immuno-inflammation, Autoimmunity and the Amygdala. Anderson, G. & Maes, M. 2014, *Curr Neuropharmacol*, Vol.12 pp 148-167.

87 Serum Antinucleosome-specific Antibody as a Marker of Autoimmunity in Children with Autism. AL-Ayadhi, L., Mostafa, G. 2014, *J Neuroinflammation*. 11:69.

88 Cellular Barcoding Tool for Clonal Analysis in the Hematopoietic System. Gerrits, A., B. Dykstra, O.

J. Kalmykova, K. Klauke, E. Verovskaya, M. J. C. Broekhuis, G. De Haan, and L. V Bystrykh. 2010, *Blood*, Vol. 115, pp 2610-2618.

89 Heterogeneity of Young and Aged Murine Hematopoietic Stem Cells Revealed by Quantitative Clonal Analysis Using Cellular Barcoding.

Verovskaya, E., M. J. C. Broekhuis, E. Zwart, M. Ritsema, R. Van Os, G. De Haan, and L. V. Bystrykh. 2013, *Blood*, Vol. 122, pp 523-532.

6. Riesgos graves de la vacuna contra Sarampión, Rubeola y Paperas, SRP

8 agosto, 2024 Sarampión, Seguridad, vacunas

<https://cienciaysaludnatural.com/sarampion/>

La vacuna contra el sarampión, rubéola y paperas, SRP también llamada triple viral (MMR en inglés) es una vacuna de virus vivo que se introdujo en 1963. La inmunidad que produce esta vacuna disminuye con el tiempo. ¹⁻³

Los efectos secundarios de la vacuna SRP (MMR) incluyen efectos secundarios graves como convulsiones, que ocurren en aproximadamente 1 de cada 640 niños vacunados con la SRP ⁵, aproximadamente cinco veces más frecuentemente que las convulsiones por infección de sarampión. ⁶

Se han observado posibles efectos secundarios graves después de la vacuna SRP incluidos trastornos neurológicos (p. ej., encefalopatía, meningitis, ataxia, mielitis transversa, neuritis óptica, esclerosis múltiple, síndrome de Guillain-Barré, neuritis braquial y pérdida de audición), enfermedades autoinmunes (p. ej., artritis crónica, fibromialgia y síndrome de fatiga crónica, el Instituto de Medicina (IOM) afirma que “la evidencia es inadecuada para aceptar o rechazar una relación causal entre la vacuna triple vírica” y esas afecciones. ⁷ Además, el prospecto del fabricante establece: «La vacuna SRP no ha sido evaluada para detectar potencial carcinogénico o mutagénico o deterioro de la fertilidad». ⁸

Falta de control y seguimiento de los efectos adversos

Supuestamente los gobiernos y la OMS hacen un seguimiento de los casos notificados de efectos secundarios de las vacunas a través del Sistema de notificación de efectos adversos de las vacunas (VAERS). Anualmente se informan al VAERS aproximadamente 40 casos de muerte y lesiones permanentes a causa de la vacuna SRP (MMR). ⁹ Sin embargo, VAERS es un sistema de notificación pasivo: las autoridades no buscan casos activamente y no recuerdan activamente a los médicos ni al público que informen los casos. Estas limitaciones dan lugar a una importante subregistro. ¹⁰

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) afirman que «el VAERS recibe informes de sólo una pequeña fracción de los eventos adversos reales». ¹¹ De hecho, tan solo el 1% de los efectos secundarios graves de los productos médicos se notifican a los sistemas de vigilancia pasiva, ¹² y tan solo el 1,6% de las convulsiones relacionadas con la triple vírica se notifican al VAERS. ¹³ Además, los informes del VAERS no son prueba de que se haya producido un efecto secundario, ya que el sistema no está diseñado para investigar exhaustivamente todos los casos. ¹⁴ Como resultado, VAERS no proporciona un recuento preciso de los efectos

secundarios de la vacuna SRP (MMR).

Falta de ensayos clínicos de seguridad de la vacuna SRP

Los CDC afirman: “Los ensayos previos a la aprobación son relativamente pequeños, generalmente limitados a unos pocos miles de sujetos. Los ensayos previos a la aprobación generalmente no tienen la capacidad de detectar eventos adversos raros o eventos adversos de aparición tardía”.¹⁰ Para los niños menores de 10 años con riesgo normal (es decir, con niveles normales de vitamina A e infectados después del nacimiento), el riesgo anual previo a la vacuna de muerte o discapacidad permanente por sarampión, paperas y rubéola, respectivamente, era de 1 en 1 millón, 1 en 1,6 millones y 1 en 2,1 millones.^{6,15-17}

El [prospecto de la SRP \(MMR II\)](#) no menciona ningún ensayo de seguridad, [una solicitud de la FOIA reveló](#) que la vacuna se probó a mediados de la década de 1970 en ocho pequeños ensayos clínicos.

Los grupos de control en todos los ensayos recibieron la vacuna predecesora (MMR), una vacuna contra el sarampión y la rubéola (MR) o una dosis única de la vacuna contra la rubéola. Un total de aproximadamente 850 niños recibieron MMR II. Algunos de los ensayos parecen haber sido aleatorios, pero ninguno fue cegado. Estos ensayos, considerados individualmente o en combinación, no cumplen con el requisito actual de un ensayo controlado aleatorio de fase 3, lo que explica su ausencia total en el prospecto.

La vacuna SRP (MMR original), fue autorizada en 1971, antes de obtener el visto bueno del regulador. Al igual que la MMR II, la MMR original se probó en algunos ensayos pequeños y medianos en los que la vacuna más nueva se administró a un total de más de 1000 bebés y niños.

Los sujetos de los grupos de control totalizaron aproximadamente una décima parte de ese número, y la mayoría de ellos eran hermanos de los niños vacunados (lo que viola el principio de aleatorización). Los participantes del grupo de control no recibieron ninguna inyección, lo que significa que los estudios no fueron cegados; todos sabían quién recibió la vacuna y quién no. **Al igual que con SRP, (MMR II), los ensayos de la SRP (MMR) no cumplen con el estándar de los ECA de Fase 3.**

La falta de ensayos clínicos adecuados de la vacuna SRP dio como resultado que los datos del prospecto del fabricante dependieran de la vigilancia pasiva para determinar las tasas de reacciones adversas neurológicas relacionadas con la SRP, discapacidad permanente y muerte.⁸

Convulsiones a causa de la vacuna SRP

Cada año, alrededor de 5.700 niños estadounidenses sufren convulsiones a causa de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR).²¹ Este hallazgo se deriva de los resultados del estudio de seguridad con mayor poder estadístico jamás realizado para medir la asociación

entre la vacuna MMR y las convulsiones febriles. Publicado en *JAMA* en 2004, el estudio ²² evaluó a más de medio millón de niños, tanto vacunados como no vacunados, de una población danesa en la que se confía a nivel mundial para examinar la seguridad de las vacunas.

Los resultados muestran que las convulsiones causadas por la vacuna SRP ocurren en aproximadamente 1 de cada 640 niños hasta dos semanas después de la administración de la vacuna SRP. La aplicación de este riesgo de convulsiones a los 3,64 millones de niños estadounidenses vacunados con una primera dosis de SRP cada año ²³ da como resultado aproximadamente 5.700 convulsiones anuales por la vacuna SRP.

Convulsiones febriles y epilepsia

Existe un riesgo cinco veces mayor de sufrir convulsiones por la vacuna SRP que por la infección por sarampión, ²⁴ y una parte importante de las convulsiones de la vacuna SRP pueden causar daños permanentes. Por ejemplo, un estudio danés de 1,54 millones de personas, publicado en el *American Journal of Epidemiology* en 2007, ²⁵ examinó la asociación entre las convulsiones febriles y la epilepsia, un trastorno cerebral crónico que provoca convulsiones recurrentes. El estudio encontró que el 5% de las convulsiones febriles pueden provocar epilepsia. En consecuencia, alrededor de 300 convulsiones de vacuna SRP, triple vírica (el 5% de 5.700) al año pueden provocar epilepsia. ²¹

El riesgo de convulsiones aumenta en hermanos de niños con antecedentes de convulsiones febriles y en niños con antecedentes personales de convulsiones febriles, a 1 en 250 y 1 en 50, respectivamente. ²²

El 99,99% de los casos de sarampión se recuperan por completo

El 99,99% de los casos de sarampión se recuperan por completo. ²⁶ Hasta ahora, no se ha demostrado que la vacuna SRP sea más segura que el sarampión. ²⁴ Es importante que los médicos y los padres sopesen objetivamente los riesgos del sarampión frente a los riesgos y limitaciones de la vacuna SRP, para que las familias puedan tomar decisiones de vacunación informadas y basadas en evidencia sin conflicto de intereses.

Vacuna contra el Sarampión 1 cada 28 chicos con enfermedades crónicas

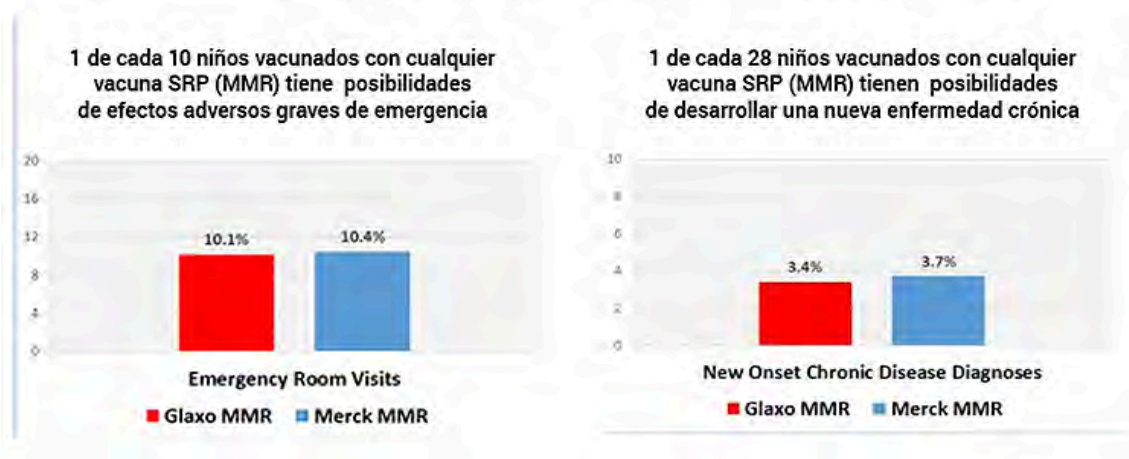
La vacuna SRP (MMRII) defectuosa de Merck actualmente está causando epidemias de paperas, enfermedad que es peligrosa en adultos completamente vacunados en todo el mundo. A instancias de la FDA (GSK) publicó recientemente los resultados de los ensayos clínicos en los EE. UU. Para la licencia apresurada de la vacuna su Glaxi (MMR) Priorix® (Klein et al.2019). Sabiendo que ninguna vacuna SRP (MMR) puede sobrevivir a las pruebas de seguridad contra un placebo inerte, la FDA permitió a GSK probar Priorix contra la MMR II de Merck. Los resultados fueron tan negativos para ambas formulaciones de vacunas que Glaxo y la FDA decidieron no publicarlos en

el documento principal enterrándolos en su lugar en una [tabla complementaria](#) dentro de un apéndice.

La [Tabla 6](#) muestra los resultados impactantes; **Casi el 50% de los receptores de vacunas experimentaron eventos adversos dentro de los 42 días posteriores a la vacunación y más del 10% de estos requirieron visitas a la sala de emergencias.** Aproximadamente el 2% de estos eventos adversos fueron «graves» y el 3,5% de los receptores de la vacuna fueron diagnosticados con una «enfermedad crónica de nueva aparición» dentro de los 6 meses posteriores a la vacunación. Estos resultados de seguridad documentados son astronómicamente más altos que los puntos de discusión de la industria de las vacunas que afirman que los eventos adversos de la vacuna son «uno en un millón». Están mucho más en línea con los resultados del [estudio Lazarus](#) del DHHS donde 1 de cada 39 receptores de vacunas mostró una reacción adversa.

Inmunogenicidad y seguridad de una vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubeola administrada como primera dosis a niños de 12 a 15 meses: un estudio de consistencia de lote a lote de fase III, aleatorizado, no inferior.

<https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piz010/5372494#131942742>



<https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piz010/5372494>

PMID: 30849175 DOI: [10.1093/jpids/piz010](https://doi.org/10.1093/jpids/piz010)

Contaminación con ADN de líneas de células de fetos humanos en la vacuna SRP

En el 2015 se [publicó un estudio](#) sobre las consecuencias para la salud de las vacunas fabricadas con líneas celulares fetales humanas. Los autores del estudio también enfatizan que las líneas celulares fetales utilizadas para desarrollar las vacunas pueden contaminarlas con ADN humano, lo que ha sucedido con ciertas Vacunas SRP en Argentina (MMR en inglés) por lo que esta contaminación puede ser un factor importante en el aumento de autismo y enfermedades autoinmunes. De acuerdo [con los autores](#):

Las vacunas fabricadas con líneas celulares fetales contienen niveles muy altos de fragmentos de ADN fetal. El genoma humano contiene regiones que son susceptibles a la formación de daños de doble cadena y mutagénesis por inserción del ADN».

Las consecuencias potenciales de [inyectar a los niños con contaminantes de ADN fetal](#) humano incluyen dos patologías bien establecidas:

- 1) Mutagénesis por inserción en la que el ADN fetal de las vacunas se incorpora al ADN del niño provocando mutaciones.
- 2) Enfermedad autoinmune provocada por el ADN fetal humano en las vacunas que hace que el sistema inmunitario de un niño ataque su propio cuerpo.



Theresa Deisher explica como hay residuos de ADN de líneas celulares de fetos humanos abortados en las vacunas que pueden causar todo tipo de problemas en los vacunados <https://www.bitchute.com/video/1yQc8HbJI9IN/> –

<https://cienciaysaludnatural.com/dna-de-abortos-humanos-en-vacunas-infantiles-autismo-y-disforia-de-genero/>

El Dr. Stanley Plotkin, bajo declaración jurada reconoce el uso de líneas de células de fetos humanos abortados en vacunas



WI-38 es una línea celular humana diploide compuesta por fibroblastos tomados de pulmón de feto humano femenino de 3 meses de gestación. Ambas líneas son utilizadas como sustrato celular para la producción de Vacunas contra la Hepatitis A; Rubéola; Varicela; Herpes zóster y Rabia. <https://www.bitchute.com/video/nWfHVOMsLc0x>

Estudio demuestra los efectos adversos de la SRP

Casi el 50% de los escolares y la mayoría de los adultos vacunados con dos dosis de la vacuna Triple viral de Sarampión Rubeola y Paperas, SRP (MMR en inglés) aún pueden infectarse con el virus del sarampión y transmitirlo a otras personas, incluso sin síntomas propios o leves.

26-27-28-29

Hubo ocho ensayos clínicos que en total tuvieron menos de 1.000 individuos, de los cuales solo 342 niños recibieron la vacuna SRP.

- El período de revisión de seguridad solo realizó un seguimiento de «eventos adversos» durante 42 días después de la inyección.

- Más de la mitad o un porcentaje significativo de todos los participantes en cada uno de los ocho ensayos desarrollaron síntomas gastrointestinales e infecciones respiratorias superiores.
- Todos los eventos adversos se describieron genéricamente como ‘otros virus’ y no se consideraron en el perfil de seguridad de la licenciatura.
- El grupo de control recibió otras vacunas para la rubéola o el sarampión y la rubéola. y ninguno de los controles recibió un placebo (una sustancia inerte como una inyección de solución salina). Ver estudio : <https://www.icandecide.org/wp-content/uploads/2019/11/20190327-FDA-Production-2018-6847IR0039.pdf> Freedom of Information Act (FOIA)]



Estudios y reacciones adversas en el prospecto de la vacuna SRP

Ver en prospecto del laboratorio: https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/m/mmr_ii/mmr_ii_pi.pdf

La triple vírica SRP, se probó por primera vez cuando el calendario de vacunas consistía de sólo otras dos vacunas. Si se probara hoy, con muchas más vacunas en el calendario, algunas de las cuales se administran a madres embarazadas, otras a recién nacidos y bebés de un mes de edad, ¿aún se demostraría que es segura?

¿Mera coincidencia o diseño deliberadamente defectuoso?

Ninguna de estas vacunas ha sido probada contra un verdadero placebo, a pesar de que en muchos casos hacerlo habría sido más fácil, más barato y habría arrojado resultados más válidos que las pruebas que se realizaron.

Probar la seguridad de una vacuna de próxima generación frente a su predecesora es justificable por motivos éticos: negar un tratamiento existente y probado a los sujetos del grupo de control sería inmoral. Sin embargo, no hay justificación para llevar a cabo una cadena de pruebas que al final no se sostiene en ninguna base científicamente probada.

Además, ¿qué posible justificación podría justificar ensayos de nuevas vacunas en los que los grupos de control reciban otras vacunas (a veces experimentales)? ¿Tendría alguna credibilidad un

ensayo de seguridad para un cigarrillo nuevo si el grupo “control” estuviera formado por sujetos que fumaban un tipo diferente de cigarrillo?

Efectos adversos que figuran en el prospecto

Fiebre; síncope; dolor de cabeza; mareo; malestar; irritabilidad. Vasculitis del sistema cardiovascular. Pancreatitis del sistema digestivo; Diarrea; vómito, parotiditis; náusea. Sistema endocrino Diabetes mellitus. Trombocitopenia del sistema hemático y linfático (ver ADVERTENCIAS, Trombocitopenia); púrpura; linfadenopatía regional; leucocitosis.

Sistema inmune Se han notificado reacciones de anafilaxia y anafilactoides, así como fenómenos relacionados, como edema angioneurótico (incluido edema periférico o facial) y espasmo bronquial en individuos con o sin antecedentes alérgicos. 7 Artritis del Sistema Musculo-esquelético; artralgia; mialgia. La artralgia y / o la artritis (generalmente transitoria y rara vez crónica) y la polineuritis son características de la infección con rubéola de tipo salvaje y varían en frecuencia y gravedad con la edad y el sexo, siendo mayores en mujeres adultas y menos en niños prepúberes.

Síntomas crónicos de las articulaciones. Después de la vacunación en niños, las reacciones en las articulaciones son poco frecuentes y generalmente de corta duración. En mujeres, las tasas de incidencia de artritis y artralgia son generalmente más altas que las observadas en niños (niños: 0-3%; mujeres: 12-26%), {17,56,57} y las reacciones tienden a ser más marcadas y de mayor duración **Los síntomas pueden persistir durante meses** o en raras ocasiones **durante años**. En las adolescentes, las reacciones parecen ser de incidencia intermedia entre las observadas en niños y en mujeres adultas. Incluso en mujeres mayores de 35 años, estas reacciones generalmente son bien toleradas y rara vez interfieren con las actividades normales.

Encefalitis del sistema nervioso; encefalopatía; encefalitis por cuerpos de inclusión de sarampión (MIBE) (ver CONTRAINDICACIONES); panencefalitis esclerosante subaguda (SSPE);

Síndrome de Guillain-Barré (SGB); encefalomielitis aguda diseminada (ADEM); mielitis transversa;

convulsiones febriles; convulsiones o convulsiones afebriles; ataxia; polineuritis; polineuropatía; parálisis oculares; parestesia La encefalitis y la encefalopatía.

Se han notificado casos de panencefalitis esclerosante subaguda (EPE) en niños que no tenían antecedentes de infección por sarampión de tipo salvaje pero sí recibieron la vacuna contra el sarampión. Casos de meningitis aséptica han sido reportados a VAERS después de la vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

Neumonía del sistema respiratorio; neumonitis (ver CONTRAINDICACIONES); dolor de garganta; tos; rinitis. Síndrome de Stevens-Johnson de la piel; eritema multiforme; urticaria; erupción; erupción parecida al sarampión prurito Reacciones locales que incluyen ardor / escozor en el lugar de la inyección; wheal y flare enrojecimiento (eritema); hinchazón; endurecimiento;

sensibilidad; vesiculación en el lugar de la inyección; Púrpura de Schönlein-Henoch; Edema hemorrágico agudo de la infancia. Sentidos especiales – sordera del nervio del oído; otitis media. Sentidos especiales – Retinitis ocular; Neuritis óptica; papilitis; neuritis retrobulbar; conjuntivitis. 8 Epididimitis del sistema urogenital; orquitis

Falta de seguridad y principio de precaución

No se toma en cuenta la seguridad de los niños dado que no se considera que de acuerdo al Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los EEUU., IOM: “Tanto las investigaciones epidemiológicas como las mecanicistas sugieren que la mayoría de los individuos que experimentan una reacción adversa a las vacunas tienen una susceptibilidad preexistente. Estas predisposiciones pueden existir por varias razones: variantes genéticas (en el ADN humano o microbioma), exposiciones ambientales, comportamientos, enfermedades intermedias o etapa de desarrollo, por nombrar solo algunas, todas las cuales pueden interactuar entre ellas. Algunas de estas reacciones adversas son específicas de la vacuna en particular, mientras que otras pueden no serlo”. <https://www.nap.edu/read/13164/chapter/5#82>

Desde 2004 hasta 2014 en EEUU., no ha muerto nadie de sarampión, según el CDC. Pero en ese mismo periodo murieron 108 personas por la vacuna SRP (Triple Viral) de acuerdo con el Sistema de notificación de eventos adversos de vacunas, VAERS. Vea el estudio sobre la paradoja de intentar eliminar el sarampión con vacunas:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8053748> ;

<https://academic.oup.com/cid/article/58/9/1205/2895266>

Sarampión nuevas cepas que la vacuna no protege

La genotipificación del virus del sarampión es muy importante para no seguir vacunado a las personas con vacunas con **un genotipo que probablemente ya no sea responsable de las epidemias** . **Ahora están circulando los genotipos B3 y D8** , y estos virus **no están tan neutralizados** por los anticuerpos contra el genotipo de la vacuna (es decir, el genotipo A) como así también por los anticuerpos generados contra las nuevas cepas.

Es bien sabido cómo los virus tienen la capacidad de mutar, especialmente en condiciones de presión selectiva (es decir, exactamente lo que estamos haciendo con las campañas de vacunación), y es por esta razón hablar de erradicación del «sarampión» es una contradicción.

¿Por qué estamos vacunando a millones de personas contra un genotipo que probablemente ya no sea responsable de los brotes? Pero sobre todo: ¿por qué no procedemos a la genotipación en todos los sujetos diagnosticados con la enfermedad? ¿El propósito es la inmunización y la protección de la salud, o están vacunando a todos, independientemente de la necesidad o efectividad de esta intervención?

Los Vacunados son capaces de transmitir el sarampión

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 más 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 dos o más dosis de la SRP, MMR contrajeron sarampión, pero «continuaron viendo pacientes, porque **ninguno consideró que pudieran tener sarampión**.” Un estudio de 1990 seroconfirmado por **vacuna**” encontró que aproximadamente el 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 de 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 «**subregistro de casos de sarampión y**». . . **sobreestimación de la eficacia de la vacuna** en poblaciones altamente vacunadas «.

Síntesis de los riesgos las vacuna SRP

1) La vacuna contra el sarampión no brinda la protección anunciada y presenta riesgos graves. Para el sarampión, desde su declaración de erradicación en 2000 hasta 2015, **hubo 18 estudios de sarampión publicados** (9 resúmenes anuales y 9 informes de brotes), que describieron 1416 casos de sarampión (rango de edad individual, 2 semanas-84 años; 178 casos menores de 12 meses) y el 43,2% había sido vacunado contra el sarampión.

En **este trabajo** no se reportaron hospitalizaciones ni muertes. Entre los 32 informes de brotes de tos ferina, que incluyeron a 10.609 personas cuyo estado de vacunación se informó (rango de edad, 10 días a 87 años), las 5 epidemias más grandes en todo el estado tenían proporciones sustanciales (55 %) que estaban vacunadas.

Si bien los autores, como muchos en la salud pública, intentaron culpar a la víctima (pacientes y familias) por la vacilación de la vacuna, tuvieron que admitir: “**Sin embargo, también ocurrieron varios brotes de tos ferina en poblaciones altamente vacunadas, indicando inmunidad menguante.**” Para la tos ferina, que se trata fácilmente con antibióticos, no se informaron hospitalizaciones ni muertes en este estudio.

En resumen, una gran parte de los «brotes de enfermedades prevenibles» que involucran sarampión y tos ferina ocurren porque las vacunas no brindan la protección adecuada.

Dadas las **preocupaciones neuropsiquiátricas** sobre la vacuna Sarampión, Rubeola, Paperas, SRP, (MMR en EE.UU.) y el riesgo estocástico de reacciones alérgicas/inmunológicas a cualquier inyección, incluidos los componentes de (DTaP, Tdap) o MMR, el movimiento de los padres a favor

de la elección de la vacuna está bien justificado.

Para el sarampión y la tos ferina, las vacunas brindan una protección imperfecta y la [infección progresiva](#) (falla de la vacuna) debería recibir una “culpa” considerable por parte de los investigadores de salud pública. no se informaron hospitalizaciones ni muertes en este estudio. [CDC About Diphtheria, Tetanus, and Pertussis Vaccines accessed Dec 28, 2022](#)

2) Desde 2000, se han reportado nueve muertes por sarampión en los EE. UU. Desde 1986, ha habido 415 muertes asociadas con la vacuna SRP (MMR en inglés) según el [Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas](#) .

3) El riesgo de mortalidad por sarampión es mucho mayor entre [los niños desnutridos](#) ; La ciencia contemporánea sugiere que [la vitamina A](#) puede reducir este riesgo en más del 80%.

4) La vitamina A “natural” no se puede [patentar](#) por lo que la industria farmacéutica no tiene interés en promocionarla.

5) A diferencia de la vacuna SRP, (MMR) de Merck, la infección salvaje por sarampión confiere [inmunidad de por vida](#) contra el sarampión. Tener sarampión en la infancia también puede reducir el riesgo de [enfermedad atópica](#) , [enfermedades cardíacas](#) , [linfomas de Hodgkin y no Hodgkin](#) y algunos otros [cánceres](#) .

6) La vacuna SRP (MMR) provoca que [1 cada 640 niños sufran convulsiones](#) que las asociadas con el sarampión salvaje, así como con [daño cerebral](#) , [encefalitis](#) , [enfermedad de Crohn](#), [colitis ulcerosa](#) y [docenas](#) de otros eventos adversos graves.

7) Un [metaanálisis de 2012 de la Colaboración Cochrane](#) examinó todos los datos que pudieron encontrar en todo el mundo sobre la seguridad de la vacuna SRP, (en inglés MMR) Encontraron 57 ensayos clínicos con un total de 14,7 millones de niños que habían recibido la vacuna SRP, (en inglés MMR) La conclusión de Cochrane afirmó que: «el diseño y la notificación de los resultados de seguridad en los estudios de la vacuna MMR, tanto antes como después de la comercialización, son en gran medida inadecuados».

8) La mitad de los niños en los estudios clínicos de Merck sufrieron [problemas gastrointestinales](#) graves dentro de los 42 días posteriores a la inyección.

9) La vacuna SRP, (también llamada triple vírica) de Merck proporciona [escasos anticuerpos maternos](#) para proteger a los bebés durante su primer año cuando son demasiado pequeños para recibir la vacuna, lo que los pone en riesgo de sufrir daño cerebral y muerte.

10) Contrariamente a la promesa de Merck, la SRP, triple vírica rara vez proporciona inmunidad de por vida, lo que pone [a los adultos pospúberes](#) en mayor riesgo de sufrir lesiones graves o la muerte.

11) Según [Lancet Infectious Diseases](#) , el sarampión se ha vuelto más grave en cohortes de bebés y adultos a medida que la inmunidad basada en vacunas disminuye, dejando a los adultos desprotegidos y a los bebés vulnerables debido a la pérdida de inmunidad pasiva de las madres. Hay consecuencias no deseadas como resultado de los bajos títulos de anticuerpos contra el sarampión en adultos previamente vacunados: las mujeres en edad fértil no tienen suficientes anticuerpos para transmitir cantidades suficientes a sus bebés recién nacidos. Esto hace que sus bebés sean más susceptibles a contraer sarampión. De los 110 casos de California del brote de Disneyland, 12 (11%) eran bebés **demasiado pequeños para ser vacunados** . **Es muy probable que estos bebés hubieran estado protegidos si sus madres hubieran contraído sarampión salvaje cuando eran niñas.**

12) De manera similar, en lugar de proporcionar la prometida inmunidad de por vida, el componente de paperas de la triple vírica simplemente **retrasa las infecciones por paperas** hasta después de la pubertad, cuando **puede causar esterilidad** en hombres y mujeres.

Detectaron el virus de la vacuna contra el sarampión en niños entre 100 días y 800 días después de la vacunación

<https://cienciaysaludnatural.com/estudio/detectaron-virus-vacuna-sarampion-100-dias-despues-de-vacuna/> doi: 10.3390/v11070636 – PMID: PMC669751 PMID: 31295941

M-M-R[®] II (MEASLES, MUMPS, and RUBELLA VIRUS VACCINE LIVE)

cienciaysaludnatural.com

Children and young adults who are known to be infected with human immunodeficiency viruses and are not immunosuppressed may be vaccinated. However, vaccinees who are infected with HIV should be monitored closely for vaccine-preventable diseases because immunization may be less effective than for uninfected persons (see CONTRAINDICATIONS).{42,43}

Vaccination should be deferred for 3 months or longer following blood or plasma transfusions, or administration of immune globulin (human).{47}

Excretion of small amounts of the live attenuated rubella virus from the nose or throat has occurred in the majority of susceptible individuals 7 to 28 days after vaccination. There is no confirmed evidence to indicate that such virus is transmitted to susceptible persons who are in contact with the vaccinated individuals. Consequently, transmission through close personal contact, while accepted as a theoretical possibility, is not regarded as a significant risk.{33} However, transmission of the rubella vaccine virus to infants via breast milk has been documented (see Nursing Mothers).

There are no reports of transmission of live attenuated measles or mumps viruses from vaccinees to susceptible contacts.

It has been reported that live attenuated measles, mumps and rubella virus vaccines given individually may result in a temporary depression of tuberculin skin sensitivity. Therefore, if a tuberculin test is to be done, it should be administered either before or simultaneously with M-M-R II

Contagio en el prospecto de la vacuna de triple viral, SRP, dura de 7 a 28 días y se puede contagiar a los bebés a través de la leche materna ver pag. 5

Prospecto de la Vacuna triple viral, SRP, contra sarampión, rubeola y paperas

https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/m/mmr_ii/mmr_ii_pi.pdf

Referencias

1. LeBaron CW, Beeler J, Sullivan BJ, Forghani B, Bi D, Beck C, Audet S, Gargiullo P. Persistence of measles antibodies after 2 doses of measles vaccine in a postelimination environment. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007 Mar;161(3):294-301. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17339511/>.
2. Lewnard JA, Grad YH. Vaccine waning and mumps re-emergence in the United States. Sci Transl Med. 2018 Mar 21;10(433):2. <http://stm.sciencemag.org/content/10/433/eaao5945>.

3. Davidkin I, Jokinen S, Broman M, Leinikki P, Peltola H. Persistence of measles, mumps, and rubella antibodies in an MMR-vaccinated cohort: a 20-year follow-up. *J Infect Dis*. 2008 Apr 1;197(7):955. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18419470/>.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Vaccines and immunizations: possible side effects from vaccines; [cited 2023 Dec 28]. <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm#mmr>.
5. Vestergaard M, Hviid A, Madsen KM, Wohlfahrt J, Thorsen P, Schendel D, Melbye M, Olsen J. MMR vaccination and febrile seizures: evaluation of susceptible subgroups and long-term prognosis. *JAMA*. 2004 Jul 21;292(3):356. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/199117>.
6. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Measles – disease information statement (DIS). 2017 Oct; updated 2024 Aug. <https://physiciansforinformedconsent.org/measles>.
7. Institute of Medicine (IOM). Adverse effects of vaccines: evidence and causality. Washington, D.C.: National Academies Press; 2012. 119-217. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190024/pdf/Bookshelf_NBK190024.pdf.
8. Rahway (NJ): Merck and Co., Inc. M-M-R II (measles, mumps, and rubella virus vaccine live); revised 2023 Oct [cited 2024 Jan 27]. 8. https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/m/mmr_ii/mmr_ii_pi.pdf.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. CDC wonder: about the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS); [cited 2024 Feb 12]. <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>. Query for death and permanent disability involving all measles-containing vaccines, 2011-2015.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases. 5th ed. Miller ER, Haber P, Hibbs B, Broder Chapter 21: surveillance for adverse events following immunization using the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2011. 1,2,8. <https://physiciansforinformedconsent.org/cdc-manual-for-the-surveillance-of-vaccine-preventable-diseases-5th-ed-chpt21-surv-adverse-events-2011>.
11. Centers for Disease Control and Prevention, Food and Drug Administration. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Guide to interpreting VAERS data; [cited 2022 May 28]. <https://vaers.hhs.gov/data/dataguide.html>.
12. Kessler DA. Introducing MEDWatch. A new approach to reporting medication and device adverse effects and product problems. *JAMA*. 1993 Jun 2;269(21):2765- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834394900515?via%3DIhub>.
13. Doshi P. The unofficial vaccine educators: are CDC funded non-profits sufficiently independent? [letter]. *BMJ*. 2017 Nov 7 [cited 2017 Nov 20];359:j5104. <http://www.bmj.com/content/359/bmj.j5104/rr-13>.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. CDC wonder: about the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS); [cited 2022 May 28]. <https://wonder.cdc.gov/vaers.html>.
15. Magno H, Golomb B. Measuring the benefits of mass vaccination programs in the United

- States. Vaccines. 2020 Sep 29;8(4):4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33003480/>.
16. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Mumps – disease information statement (DIS). Mumps: what parents need to know. 2024 Aug. <https://physiciansforinformedconsent.org/mumps>.
 17. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Rubella – disease information statement (DIS). Rubella: what parents need to know. 2024 Aug. <https://physiciansforinformedconsent.org/rubella>.
 18. Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, Schendel D, Wohlfahrt J, Thorsen P, Olsen J, Melbye M. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *N Engl J Med*. 2002 Nov 7;347(19):1477,1480. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa021134?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed.
 19. Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, Di Pietrantonj C. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012 Feb 15;(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22336803/>.
 20. Vacuna contra el Sarampión 1 cada 28 chicos con enfermedades crónicas. Immunogenicity and Safety of a Measles-Mumps-Rubella Vaccine Administered as a First Dose to Children Aged 12 to 15 Months: A Phase III, Randomized, Noninferiority, Lot-to-Lot Consistency Study <https://doi.org/10.1093/jpids/piz010>
<https://academic.oup.com/jpids/article/9/2/194/5372494>
 21. Doshi P. The unofficial vaccine educators: are CDC funded non-profits sufficiently independent? [letter]. *BMJ*. 2017 Nov 7 [cited 2019 Sep 22];359:j5104. [Source]
 22. Vestergaard M, Hviid A, Madsen KM, Wohlfahrt J, Thorsen P, Schendel D, Melbye M, Olsen J. MMR vaccination and febrile seizures: evaluation of susceptible subgroups and long-term prognosis. *JAMA*. 2004 Jul 21;292(3):356. [Source]
 23. Centers for Disease Control. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, editors. Washington D.C.: Public Health Foundation; 2015. Appendix E-8. [Source]
 24. Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Measles – vaccine risk statement (VRS); updated 2019 Sep. [Source]
 25. Vestergaard M, Pedersen C, Sidenius P, Olsen J, Christensen J. The long-term risk of epilepsy after febrile seizures in susceptible subgroups. *Am J Epidemiol*. 2007 Apr 15;165(8):911-18. [Source]
 26. LeBaron CW, Beeler J, Sullivan BJ, Forghani B, Bi D, Beck C, Audet S, Gargiullo P. Persistence of measles antibodies after 2 doses of measles vaccine in a postelimination environment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Mar;161(3):294-301.
 27. Chen RT, Markowitz LE, Albrecht P, Stewart JA, Mofenson LM, Preblud SR, Orenstein WA. Measles antibody: reevaluation of protective titers. *J Infect Dis*. 1990 Nov;162(5):1036-42.
 28. Pedersen IR, Mordhorst CH, Glikmann G, von Magnus H. Subclinical measles infection in vaccinated seropositive individuals in arctic Greenland. *Vaccine*. 1989 Aug;7(4):345-8.
 29. Mizumoto K, Kobayashi T, Chowell G. Transmission potential of modified measles during an outbreak, Japan, March–May 2018. *Euro Surveill*. 2018 Jun 14;23(24):180023

7. Graves efectos adversos de la Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, VPH

10 octubre, 2023 Calendario Vac, vacunas, VPH Papiloma

- Efectos adversos graves en el propio prospecto del Laboratorio fabricante Merck,
- Muerte como efectos Adversos en propio prospecto de Gardasil 9
- Las vacunas contra el VPH no son un reemplazo para la detección (PapaNicolau)
- Serias dudas sobre el adyuvante de aluminio
- Vacunadas versus no vacunadas evidencia de inseguridad
- Probabilidades para deterioro neurológico, en vacunadas vs no vacunadas
- Aumento en la proteína anticerebral (autoinmune) y los anticuerpos fosfolípidos en ratones que recibieron la vacuna contra el VPH
- Riesgo de enfermedad celíaca en vacunadas vs no vacunadas
- Probabilidades para contraer asma, vacunadas vs no vacunadas
- La tasa de aborto involuntario en los estudios preclínicos después de Gardasil duplicó la tasa de fondo.
- Vacuna contra VPH, aumento del riesgo y eficacia negativa

La vacuna Gardasil contra el Virus de Papiloma Humano, VPH, se ha relacionado con innumerables eventos adversos en todo el mundo. Algunos de los impactos característicos observados después de la vacunación contra el VPH incluyen [afecciones autoinmunes y neurológicas](#) permanentemente incapacitantes , como el [síndrome de taquicardia postural ortostática](#) o POTS, [fibromialgia](#) y [encefalomielitis miálgica/síndrome de fatiga crónica](#) .

Un nuevo estudio publicado en la [revista Vaccine](#) encontró que las adolescentes que recibieron la vacuna tetravalente tenían más probabilidades de desarrollar varios tipos diferentes de enfermedades autoinmunes que sus contrapartes no vacunadas en el año siguiente a la vacunación.

Las niñas del estudio tenían:

- 4,4 veces más probabilidades de desarrollar artritis reumatoide,
- 2,76 veces más probabilidades de desarrollar artritis idiopática juvenil,
- 2,86 veces más probabilidades de desarrollar [tirotoxicosis](#) y
- 2,54 veces más probabilidades de desarrollar [púrpura trombocitopénica idiopática](#) .

Este estudio se suma a una gran cantidad de literatura científica revisada por pares de [EE. UU.](#) , [Australia](#), [Dinamarca](#) y [Suecia](#) , [Francia](#) , [Japón](#) y [Colombia](#) y estadísticas publicadas por

agencias de salud pública en cada uno de estos países que demuestran asociaciones plausibles entre [la vacunación contra el VPH y enfermedades autoinmunes](#) .

A pesar de la evidencia generalizada de lesiones asociadas con la vacuna, laboratorios Merck continúa comercializándola como “segura y eficaz” [como hizo con su medicamento Vioxx](#).

Sin embargo, la empresa enfrenta casi 200 juicios en el sistema judicial federal que alegan que la vacuna contra el VPH causó [complicaciones autoinmunes debilitantes](#) .

Las demandas alegan que el fabricante de medicamentos [aceleró el](#) proceso de aprobación de Gardasil por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) y realizó ensayos clínicos de manera engañosa para enmascarar efectos secundarios graves y exagerar la efectividad de la vacuna.

Muchas de las demandas se [consolidaron en litigios multidistritales](#) . Un solo juez federal en Carolina del Norte escuchará 16 casos del conjunto más amplio de demandas pendientes. Servirán como una serie de “juicios de referencia”, cuyo resultado dará forma al proceso para el creciente número de demandas presentadas contra Merck por lesiones relacionadas con Gardasil.

Sobre Gardasil y el VPH

Gardasil comercializa sus productos a adolescentes y [adultos hasta los 45 años](#) para proteger contra los cánceres relacionados con el VPH, aunque los ensayos clínicos de Merck para Gardasil **sólo probaron si la vacuna suprimía las cepas específicas del VPH, no si la vacuna protegía contra el cáncer.**

El VPH es la [infección de transmisión sexual](#) en los EE. UU. La mayoría de las personas contraerán la infección en algún momento de sus vidas, pero [el 90% de las infecciones](#) desaparecen por sí solas sin consecuencias residuales para la salud en el seguimiento clínico.

El cáncer de cuello uterino es el cáncer más comúnmente asociado con ciertos tipos de infecciones por VPH de alto riesgo, que pueden causar anomalías en las células del cuello uterino.

Sin embargo, la infección por VPH no es el único factor de riesgo de cáncer de cuello uterino. Se cree que es un factor que funciona en combinación con otras exposiciones a varios [mecanismos inflamatorios](#) ambientales o inmunológicos .

Se ha descubierto que la prueba periódica de Papanicolaou reduce en al menos un 80% la incidencia y la mortalidad por [cáncer de cuello uterino](#) entre las mujeres.

Gardasil de Merck obtuvo la licencia por primera vez en 2006 para su uso en niñas y mujeres de entre 9 y 26 años para prevenir cuatro cepas de VPH de alto riesgo.

En 2009, la FDA [amplió la licencia para su uso en hombres](#) de 9 a 26 años para la prevención de las verrugas genitales. En 2011, el [Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización](#) de los CDC lo recomendó para su uso rutinario en niños.

En 2014, la FDA [aprobó Gardasil 9](#), diseñado para proteger contra 9 cepas de VPH, para su uso en la prevención de cánceres de cuello uterino, vaginal y vulvar relacionados con el VPH en mujeres y lesiones anogenitales y cánceres anales relacionados con el VPH en hombres y mujeres. La agencia también amplió el rango de edad recomendado a entre 9 y 45 años, para hombres y mujeres.

Placebos inapropiados y comparaciones.

1. Se supone que un placebo es una sustancia inerte que se parece al fármaco que se está probando. Pero en los [ensayos clínicos](#) de Gardasil, Merck utilizó un adyuvante de [aluminio neurotóxico](#) llamado AAHS en lugar de un placebo salino inerte.
2. Entre las niñas y mujeres que recibieron la vacuna y entre las niñas y mujeres que recibieron AAHS, un sorprendente **2,3%** en ambos grupos experimentó afecciones indicativas de “trastornos autoinmunes sistémicos”, que están mencionados en el propio prospecto, muchos de ellos poco después de recibir Gardasil.
3. [Múltiples estudios científicos](#) asocian el aluminio no sólo con enfermedades autoinmunes sino también con el autismo, la enfermedad de Alzheimer, la demencia y la enfermedad de Parkinson, así como con anomalías del comportamiento en animales.
4. Merck [engañó a los participantes](#) del estudio, diciendo falsamente que los ensayos clínicos no eran estudios de seguridad, que ya se había descubierto que la vacuna era segura y que el “placebo” era una solución salina inerte. Ver [La vacuna contra el VPH a prueba](#).
5. Cuando Merck realizó ensayos clínicos para su próxima formulación de vacuna contra el VPH, [Gardasil 9](#), utilizó Gardasil como “placebo” en los [grupos de control](#), confiando nuevamente en la falta de un placebo inerte para enmascarar las señales de seguridad.
6. Los 500 microgramos de adyuvante de [aluminio \(AAHS\)](#) en [Gardasil 9](#) son más del doble de la cantidad de aluminio en [Gardasil](#); Esto plantea la cuestión de si es justificable la gran dependencia de Gardasil 9 de los ensayos de Gardasil para realizar comparaciones.
7. La [Organización Mundial de la Salud](#) afirma que utilizar una vacuna (en lugar de una sustancia inerte) como placebo [crea una “desventaja metodológica”](#) y también señala que puede ser “difícil o imposible” evaluar adecuadamente la seguridad de la vacuna sin un verdadero placebo.

Criterios de inclusión y exclusión inadecuados

8. En el único ensayo de Gardasil en el grupo de edad objetivo (niñas de 11 y 12 años) con un diseño [de grupo de control](#), menos de 1200 niños recibieron la vacuna y menos de 600 sirvieron como controles. Este único ensayo en el que participaron menos de 1.800

niños sentó las bases para la posterior comercialización de la vacuna entre millones de preadolescentes sanos en todo el mundo.

9. Los ensayos clínicos de Gardasil tuvieron numerosos **critérios de exclusión**. No se les permitió participar en los ensayos a personas con: alergias graves; resultados anormales previos de la prueba de Papanicolaou; más de cuatro parejas sexuales de por vida; antecedentes de trastornos inmunológicos y otras enfermedades crónicas; reacciones a los ingredientes de las vacunas, incluidos el aluminio, la levadura y la benzonasa; o antecedentes de abuso de drogas o alcohol; sin embargo, Merck ahora recomienda Gardasil para todos estos grupos.

Monitoreo inadecuado

10. A algunos de los participantes del estudio, pero no a todos, se les entregaron “boletas de calificaciones” para registrar reacciones a corto plazo, como enrojecimiento y picazón. Sin embargo, las boletas de calificaciones monitorearon las reacciones durante solo **14 días**, y Merck **no hizo un seguimiento** de los participantes que experimentaron eventos adversos graves, como problemas autoinmunes sistémicos o menstruales.
11. Los participantes lesionados se quejaron de que Merck **rechazó sus intentos** de informar sobre efectos secundarios adversos. En numerosos casos, Merck sostuvo que estos «no estaban relacionados con la vacuna».
12. **La mitad (49,6%)** de los sujetos del ensayo clínico que recibieron Gardasil informaron afecciones médicas graves en un plazo de siete meses. Para evitar clasificar estas lesiones como eventos adversos, Merck las descartó como «nuevas condiciones médicas».

Las muertes anuales por cáncer de cuello uterino en los EE. UU. son 2,3/100.000. La tasa de mortalidad en los ensayos clínicos de Gardasil fue de 85/100.000, o 37 veces la del cáncer de cuello uterino.

La relación riesgo-beneficio del cáncer de cuello uterino y la vacuna no vale la pena

13. La edad media de muerte por cáncer de cuello uterino es de 58 años. Gardasil se dirige a millones de preadolescentes y adolescentes sanos para quienes el riesgo de morir por cáncer de cuello uterino es prácticamente nulo. Las intervenciones para personas sanas deben tener un perfil de riesgo que además sea prácticamente nulo.
14. **Las muertes** anuales por cáncer de cuello uterino en los EE. UU. son 2,3/100.000. En los **ensayos clínicos de Gardasil**, hubo 40 muertes en los grupos expuestos a la vacuna, al “placebo” que contiene aluminio o a una solución que contiene polisorbato 80 y bórax. Aunque aproximadamente la mitad de las muertes estuvieron relacionadas con

accidentes o suicidios, entre las muertes restantes (~65/100 000), muchas de las causas de muerte, como sepsis, eventos cardíacos y enfermedades autoinmunes, podrían estar relacionadas con la vacuna.

15. Con 76 millones de niños vacunados a un costo promedio de 420 dólares para la serie de tres inyecciones de Gardasil, el costo de salvar una vida en EE.UU. de cáncer de cuello uterino asciende a alrededor de **18,3 millones de dólares**. El valor de una vida humana según el **Programa Nacional de Compensación por Lesiones por Vacunas** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) es de 250.000 dólares, la cantidad máxima que el programa gubernamental otorgará por una muerte relacionada con la vacuna.
16. **Según el prospecto de Gardasil, las mujeres tienen 100 veces más probabilidades de sufrir un evento grave después de la vacunación con Gardasil que de contraer cáncer de cuello uterino.**
17. Las posibilidades de contraer una enfermedad autoinmune con Gardasil, incluso si la vacuna funciona, son **1.000 veces** mayores que las posibilidades de salvarse de una muerte por cáncer de cuello uterino. En la página 8 del **prospecto de Gardasil**, se encuentra la Tabla 9: niñas/mujeres que informaron una «condición incidente potencialmente indicativa de un trastorno autoinmune sistémico», que muestra que el 2,3% de Gardasil [y también Los receptores de AAHS] informaron un trastorno autoinmune, y el 2,3% es 2,3 por 100. Si se convierte a una tasa por 100.000, es 2300 por 100.000. La **base de datos de cáncer SEER de EE. UU.** muestra que para 2016, la mortalidad por cáncer de cuello uterino para todas las edades y razas. era 2,24 por 100.000 es aproximadamente 1.000 veces mayor que 2,24.)
18. Las mujeres que participaron en los ensayos clínicos de Gardasil con evidencia de infección actual por VPH y exposición previa al VPH tuvieron un **riesgo 44% mayor** de desarrollar lesiones cervicales o cáncer después de la vacunación.
19. Las mujeres que reciben la vacuna Gardasil cuando son preadolescentes o adolescentes tienen más probabilidades de **saltarse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino** en la edad adulta, asumiendo erróneamente que la vacuna contra el VPH es un sustituto de las pruebas de detección y que la vacuna eliminará todos los riesgos.

Desde que Gardasil llegó al mercado estadounidense en 2006, las personas han informado al Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas más de 450 muertes y más de 61.000 afecciones médicas graves a causa de las vacunas contra el VPH.

Efectos de fertilidad

20. La evidencia acumulada apunta a los efectos adversos potencialmente graves de Gardasil **sobre la fertilidad**, incluidos abortos espontáneos e **insuficiencia ovárica prematura**.
21. Merck nunca probó la vacuna para determinar sus efectos sobre la fertilidad. Sin embargo, los ensayos clínicos **de Gardasil y Gardasil 9** mostraron altas tasas de aborto

espontáneo del 25% y 27,4%, respectivamente, significativamente más altas que las tasas iniciales de aproximadamente 10%-15% en este grupo de edad reproductiva.

22. El polisorbato 80 y el borato de sodio (bórax) están asociados con la infertilidad en los animales. Ambos son ingredientes de Gardasil y ambos estaban presentes en el único protocolo de ensayo clínico que afirmaba utilizar un placebo salino benigno.

Post-licencia

23. En 2015, Dinamarca abrió cinco nuevas “clínicas de VPH” para tratar a niños afectados por Gardasil. Más de 1.300 casos acudieron a las clínicas poco después de su apertura.
24. Desde que Gardasil llegó al mercado estadounidense en 2006, las personas han informado al Sistema de notificación de eventos adversos de las vacunas (VAERS) más de 450 muertes y más de 61.000 afecciones médicas graves a causa de las vacunas contra el VPH.
25. Merck mintió al VAERS sobre el caso de la muerte de Christina Tarsell, afirmando falsamente que su médico culpó a un virus en lugar de a Gardasil. [Fuente: *La vacuna contra el VPH a prueba* (p. 144).]

La vacuna que nunca debería haber sido autorizada

En todo el mundo, se han informado a la FDA y a la OMS más de 100.000 eventos adversos relacionados con Gardasil, y las cuentas de “escándalos, demandas, lesiones graves y muertes” continúan multiplicándose.

Desde el lanzamiento de las vacunas contra el VPH, científicos expertos han investigado la naturaleza discutible de los ensayos clínicos, el rápido proceso de aprobación de la FDA y la extensa lista de los eventos adversos de esta vacuna.

Por otro lado, la India suspendió sus ensayos con Gardasil después de numerosas muertes y lesiones graves» y «Japón dejó de recomendarla tres meses después de agregarla al calendario de vacunación». En 2014, se publicó en el Journal of Investigative Medicine una serie de casos revisados por pares que describe la insuficiencia ovárica prematura entre mujeres australianas después de la vacunación contra el VPH.

En el propio prospecto de la vacuna Gardasil contra el VPH, en los ensayos clínicos realizados por el fabricante (Merck) ha demostrado que 1 cada 40 vacunadas contrajeron una enfermedad autoinmune que podría durar toda la vida. Puede descargar el prospecto en:

<https://www.fda.gov/media/74350/download>



En el siguiente video queda demostrado que la vacuna Gardasil contra el VPH, en los ensayos clínicos realizados por el fabricante (Merck) causó que 1 cada 40 vacunadas contrajeran una enfermedad autoinmune que podría durar toda la vida. www.bitchute.com/videos/qF54EmZg3MRt/ comprobar con el prospecto de la propia vacuna en: <https://www.fda.gov/media/74350/download>

Efectos adversos graves en el propio prospecto del Laboratorio fabricante Merck

Veamos [el prospecto](#) que pueden encontrarlo aquí en [Internet](#), analizaremos las siguientes tablas.

En la tabla 1 hay tres columnas, la primera columna sólo describe los daños en el sitio de la vacuna: el rubor, la picazón, el morado y el dolor en el sitio de la vacuna en 5.088 niñas que recibieron la vacuna Gardasil contra el VPH. Por otro lado está la segunda columna con 3.470 chicas que fueron usadas como control pero recibieron AAHS, que es el adyuvante de aluminio de la vacuna y no un placebo inerte. Este aluminio es una neurotoxina, que se coloca en la vacuna para que provoque una respuesta inmune en el sujeto vacunado.

GARDASIL®
 [Human Papillomavirus Quadrivalent (Types 6, 11, 16, and 18) Vaccine, Recombinant]
 Suspension for intramuscular injection
 Initial U.S. Approval: 2006

Manuf. and Dist. by: Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of
MERCK & CO., INC., Whitehouse Station, NJ 08889, USA

https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/g/gardasil/gardasil_pi.pdf

Table 1: Injection-Site Adverse Reactions in Girls and Women 9 Through 26 Years of Age*

Adverse Reaction (1 to 5 Days Postvaccination)	GARDASIL (N = 5088) %	AAHS Control† (N = 3470) %	Saline Placebo (N = 320) %
<i>Injection Site</i>			
Pain Dolor	83.9	75.4	48.6
Swelling Hinchazon	25.4	15.8	7.3
Erythema Eritema	24.7	18.4	12.1
Pruritus Picazón	3.2	2.8	0.6
Bruising hematomas	2.8	3.2	1.6

*The injection-site adverse reactions that were observed among recipients of GARDASIL were at a frequency of at least 1.0% and also at a greater frequency than that observed among AAHS control or saline placebo recipients.

†AAHS Control = Amorphous Aluminum Hydroxyphosphate Sulfate

Common Injection-Site Adverse Reactions in Boys and Men 9 Through 26 Years of Age

The injection site adverse reactions that were observed among recipients of GARDASIL at a frequency of at least 1.0% and also at a greater frequency than that observed among AAHS control or saline placebo recipients are shown in Table 2.

[Descargar prospecto](https://www.fda.gov/media/74350/download) de Merck desde la FDA <https://www.fda.gov/media/74350/download>

Entonces las 3.470 niñas de la segunda columna recibieron sólo el aluminio (neurotóxico) sin ningún otro componente de la vacuna. En el grupo de Gardasil (columna 1) y en el control con AAHS (columna 2) se ve prácticamente el mismo número de daños. La columna 3. es el grupo con placebo salino, en donde el porcentaje de reacciones adversas se reduce a la mitad.

Veamos las cifras en la tabla 9 del prospecto:

Table 9: Summary of Girls and Women 9 Through 26 Years of Age Who Reported an Incident Condition Potentially Indicative of a Systemic Autoimmune Disorder After Enrollment in Clinical Trials of GARDASIL, Regardless of Causality

Conditions	GARDASIL (N = 10,706)	AAHS Control* or Saline Placebo (N = 9412)
	n (%)	n (%)
Enfermedades Autoinmunes 1 cada 40 niñas		
Arthralgia/Arthritis/Arthropathy ^f	120 (1.1)	98 (1.0)
Autoimmune Thyroiditis	4 (0.0)	1 (0.0)
Celiac Disease	10 (0.1)	6 (0.1)
Diabetes Mellitus Insulin-dependent	2 (0.0)	2 (0.0)
Erythema Nodosum	2 (0.0)	4 (0.0)
Hyperthyroidism [†]	27 (0.3)	21 (0.2)
Hypothyroidism [‡]	35 (0.3)	38 (0.4)
Inflammatory Bowel Disease [‡]	7 (0.1)	10 (0.1)
Multiple Sclerosis	2 (0.0)	4 (0.0)
Nephritis [‡]	2 (0.0)	5 (0.1)
Optic Neuritis	2 (0.0)	0 (0.0)
Pigmentation Disorder ^p	4 (0.0)	3 (0.0)
Psoriasis [§]	13 (0.1)	15 (0.2)
Raynaud's Phenomenon	3 (0.0)	4 (0.0)
Rheumatoid Arthritis ^a	6 (0.1)	2 (0.0)
Scleroderma/Morphea	2 (0.0)	1 (0.0)
Stevens-Johnson Syndrome	1 (0.0)	0 (0.0)
Systemic Lupus Erythematosus	1 (0.0)	3 (0.0)
Uveitis	3 (0.0)	1 (0.0)
All Conditions	245 (2.3)	218 (2.3)

*AAHS Control = Amorphous Aluminum Hydroxyphosphate Sulfate

[Descargar prospecto](#) de Merck desde la FDA

Ahora, vayamos a ver la tabla 9 en la cuál se habla de los daños sistémicos reales... enfermedades autoinmunes. En lugar de mostrarnos la ciencia analizada, que sería mostrarnos lo que ha pasado con el grupo del placebo inerte, **en vez se esconde el grupo del placebo y lo incluyen en el grupo que recibió el aluminio y esto sin aclarar.** De esta manera al mezclar la columna 2 y la columna 3 reducen el porcentaje de la cantidad de afectados gravemente.

Lo importante es saber que lo que ha pasado es que han habido reacciones muy graves que en muchos casos pueden ser considerados peores que la muerte y afectan a las personas y las debilitan de por vida.

En este cuadro en la parte inferior del grupo de Gardasil vemos que un 2,3% de las chicas que han recibido la vacuna Gardasil han contraído enfermedades autoinmunes dentro de los seis meses de la administración de la vacuna.

El resultado demuestra que 1 de cada 40 niñas contrae efectos adversos graves. 1 cada 40 vacunadas que reciben la vacuna contra el VPH, tienen el riesgo de contraer una enfermedad crónica grave

Y en el grupo que recibió el aluminio ha pasado exactamente el mismo número: 2,3%. Ningún padre permitiría que su hija recibiera una sustancia con una posibilidad de **1 en 40 de convertirse en discapacitada toda la vida. Dado que 2,3 personas cada 100 es igual a 1 persona cada 40.**

Muerte como efectos Adversos en propio prospecto de Gardasil 9

Incluso el propio prospecto de Gardasil 9, el prospecto que proporciona Merck, reconoce que las lesiones que pueden ser causadas por esta vacuna incluyen:

Muerte, pancreatitis, cansancio, malestar, trastornos del sistema inmunológico, enfermedades autoinmunes, anafilaxis, trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo, trastornos del sistema nervioso, encefalomiелitis aguda diseminada, es decir lesiones cerebrales, síndrome de Guillain-Barré, y otras enfermedades neuronales, parálisis, convulsiones, mielitis transversa y trastornos vasculares.

Prospecto de Gardasil 9 <https://www.fda.gov/media/90064/download>

concomitant group (vaccination with GARDASIL 9 separated from vaccination with Menactra and Adacel by 1 month) with the exception of an increased rate of swelling reported at the injection site for GARDASIL 9 in the concomitant group (14.4%) compared to the non-concomitant group (9.4%). The majority of injection-site swelling adverse reactions were reported as being mild to moderate in intensity.

6.2 Post-Marketing Experience

Gardasil 9 Prospect from Merck

There is limited post-marketing experience following administration of GARDASIL 9. However, the post-marketing safety experience with GARDASIL is relevant to GARDASIL 9 since the vaccines are manufactured similarly and contain the same antigens from HPV types 6, 11, 16, and 18. Because these events were reported voluntarily from a population of uncertain size, it is not possible to reliably estimate their frequency or to establish a causal relationship to vaccine exposure. The following adverse experiences have been spontaneously reported during post-approval use of GARDASIL and may also be seen in post-marketing experience with GARDASIL 9:

Blood and lymphatic system disorders: Autoimmune hemolytic anemia, idiopathic thrombocytopenic purpura, lymphadenopathy.

Respiratory, thoracic and mediastinal disorders: Pulmonary embolus.

Gastrointestinal disorders: Nausea, pancreatitis, vomiting.

General disorders and administration site conditions: Asthenia, chills, death, fatigue, malaise.

Immune system disorders: Autoimmune diseases, hypersensitivity reactions including anaphylactic/anaphylactoid reactions, bronchospasm, and urticaria.

Musculoskeletal and connective tissue disorders: Arthralgia, myalgia.

Nervous system disorders: Acute disseminated encephalomyelitis, dizziness, Guillain-Barré syndrome, headache, motor neuron disease, paralysis, seizures, syncope (including syncope associated with tonic-

DETECCIÓN DE VPH

Las vacunas contra el VPH no son un reemplazo para la detección. Si las mujeres que reciben estas vacunas renuncian a las pruebas de detección periódicas con la creencia errónea de que las vacunas contra el VPH han eliminado todo riesgo, las tasas de cáncer de cuello uterino pueden aumentar.²³ Las vacunas cubren un número limitado de tipos de VPH; no se enfocan en todos los tipos de alto riesgo y es posible que no cubran los tipos predominantes entre ciertos grupos étnicos o raciales. Además, al reducir o eliminar solo algunos tipos de VPH, otros tipos pueden llenar el vacío. Por lo tanto, la detección sigue siendo esencial.

Hemos incluido estudios de vacunados versus no vacunados para buscar evidencia sobre la seguridad y eficacia de estos productos.



Graves efectos adversos de la Vacuna Contra el Virus de Papiloma, VPH, ignorados. Laura Loria de Bicentenario, Costa Rica, entrevista a Alberto Castro, editor de Ciencia y Salud Natural. que presenta evidencia de los efectos adversos de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, puede ver todos los estudios con los gráficos en el enlace en el comentario del video. <https://www.bitchute.com/video/79JOVHFwi86G/>

Sobre las cepas del virus

Los virus del papiloma humano (VPH) abarcan más de cien cepas del virus que infectan las células de la piel, comúnmente conocidas como células epiteliales. ¹ El VPH es omnipresente e infectará a casi todas las personas con una o más cepas en algún momento de su vida.

Si bien muchas cepas del virus no muestran síntomas aparentes, otras causan verrugas antiestéticas pero inofensivas, también conocidas como papiloma, que pueden aparecer en los dedos, las manos, los pies y los genitales, mientras que otras cepas, como el VPH 16 y el VPH 18, se ha asociado con ciertos cánceres, particularmente el cáncer de cuello uterino.

La abrumadora mayoría de las infecciones por VPH, incluso aquellas que involucran cepas asociadas al cáncer, son autolimitadas y se resuelven en dos o tres años, con la excepción de un pequeño subconjunto de individuos en quienes las infecciones pueden persistir y eventualmente evolucionar hacia lesiones cancerosas. ²

Afortunadamente, las pruebas de Papanicolaou de rutina pueden identificar de manera confiable las células precancerosas del cuello uterino. Además, los médicos pueden realizar una escisión electroquirúrgica con asa, un procedimiento simple y eficaz para eliminar cualquier célula sospechosa y prácticamente eliminar el riesgo de cáncer. ³

A pesar de que el riesgo inicial de cáncer de cuello uterino es extremadamente bajo y de que existe un protocolo de detección y tratamiento altamente eficaz para las lesiones precancerosas, la industria farmacéutica identificó el VPH como una oportunidad para sacar provecho mediante la creación de una vacuna que puedan comercializar como inoculación anticancerígena.

En 2006, la FDA apresuró el proceso de aprobación de la vacuna Gardasil contra el VPH de Merck mediante la Ley de Tarifas para Usuarios de Medicamentos Recetados. ^{4,5} Promulgada en 1992, la Ley de Tarifas para Usuarios de Medicamentos Recetados permite a las compañías farmacéuticas pagar una tarifa sustancial a cambio de la aprobación acelerada de medicamentos y productos biológicos humanos específicos. ^{6,7}

La vacuna Gardasil original contenía antígenos para cuatro cepas de VPH (6, 11, 16 y 18), dos de las cuales están asociadas principalmente con el cáncer de cuello uterino y dos de las cuales

están asociadas principalmente con las verrugas genitales, así como un adyuvante de aluminio (amorfo sulfato de hidroxifosfato de aluminio [AAHS]) para mejorar la respuesta inmune.

Ensayos clínicos, serias dudas sobre el adyuvante de aluminio

Durante los ensayos clínicos, aparte de un pequeño subgrupo de 300 pacientes, los investigadores no probaron la vacuna Gardasil frente a un placebo de solución salina. En cambio, le dieron al grupo de control una solución que contenía este mismo adyuvante de aluminio.⁸ AAHS fue un nuevo adyuvante desarrollado por Merck e introducido por primera vez en Europa con Procomvax, una vacuna contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* B.⁹

Sin embargo, existen dudas importantes sobre la seguridad del AAHS, ya que los investigadores no lo probaron por separado durante la evaluación previa a la licencia de Procomvax.¹⁰ Por lo tanto, su uso como placebo durante los ensayos clínicos de Gardasil fue cuestionable y confundió la capacidad de los investigadores para determinar el verdadero perfil de seguridad de la vacuna. **Además, al grupo de placebo se le ofreció la vacuna seis meses después del inicio del ensayo clínico, lo que significa que no fue posible un seguimiento a largo plazo ni de la seguridad ni de la eficacia de la vacuna.**

En el ensayo clínico original de Gardasil, tanto el 2,3% del grupo de la vacuna, 10.706 mujeres, como el 2,3% del grupo de control AAHS, 9.412 mujeres, informaron nuevas condiciones potencialmente indicativas de un trastorno autoinmune después de recibir la vacuna o el placebo.¹¹ Merck ya había decidido utilizar AAHS en los grupos de vacuna y placebo. Luego pudieron descartar el hallazgo ya que los grupos experimental y placebo mostraron el mismo resultado.

Tras su aprobación, Merck comercializó agresivamente Gardasil como profiláctico contra el cáncer de cuello uterino entre mujeres de nueve a veintiséis años, y la FDA

Posteriormente aprobó la vacuna para mujeres de hasta cuarenta y cinco años. Con el tiempo, Merck también amplió sus apuestas y promocionó ampliamente Gardasil para hombres de entre nueve y cuarenta y cinco años.¹² reforzado por la afirmación no probada de Merck de que Gardasil también previene el cáncer anal y varios tipos de cánceres de boca y garganta,¹³ el producto fue una gran ayuda para las ventas, con ingresos en 2018 que superaron los 3 mil millones de dólares.¹⁴ Ver más en: <https://cienciaysaludnatural.com/aluminio/>

Tras el éxito de Gardasil de Merck, GlaxoSmithKline decidió entrar en el negocio

El mercado de la vacuna contra el VPH con su producto, Cervarix, que la FDA aprobó en 2009.¹⁵ Cervarix está formulado para proteger contra el VPH 16 y 18, las cepas predominantemente asociadas con el cáncer de cuello uterino.¹⁶ Al igual que los ensayos de Gardasil, los ensayos clínicos de Cervarix no lograron probar la vacuna frente a un verdadero placebo. En cambio,

GlaxoSmithKline administró como placebo la vacuna contra la hepatitis A que contiene adyuvante de hidróxido de aluminio. ¹⁷ Esto hizo imposible determinar el perfil de seguridad real de la nueva vacuna. Además, los investigadores nunca probaron de forma independiente un componente del adyuvante de Cervarix, el monofosforil lípido A.

La tasa de nuevas afecciones autoinmunes dentro del ensayo de Cervarix fue del 0,8% tanto en el grupo experimental como en el de control. ¹⁸

Al igual que en los ensayos de la vacuna Gardasil, los investigadores descartaron cualquier evento adverso informado en el grupo experimental ya que no hubo diferencias entre los dos grupos.

En 2014, la FDA aprobó Gardasil 9,

Gardasil 9 incluye antígenos para nueve diferentes cepas de VPH **y el doble de adyuvante AAHS** en comparación con la vacuna Gardasil original. ¹⁹ **En los ensayos clínicos previos a la aprobación de la nueva vacuna, el grupo de control recibió en realidad la vacuna Gardasil original en lugar de un placebo salino.** ²⁰ en consecuencia, el 2,2% del grupo experimental y el 3,3% del grupo de control informaron nuevas condiciones médicas indicativas de autoinmunidad. ²¹ A pesar de estas tasas alarmantemente altas, Merck convenció a los reguladores de la FDA para que aprobaran su producto.

¿Quién se beneficia de las estimaciones sesgadas sobre la eficacia y seguridad de esta vacuna?

Tasa ajustada por edad de eventos adversos debidos a la vacuna contra el VPH en comparación con todas las demás vacunas, según lo informado en VAERS

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. - Brian Hooker
<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.300837>

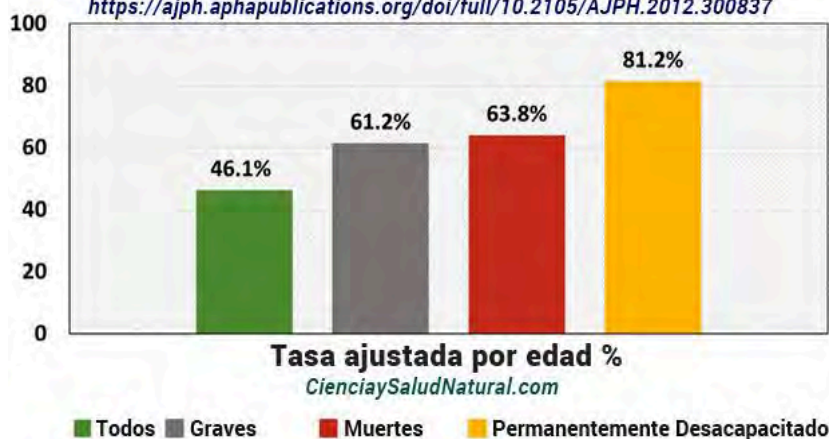


Figura 1: Tasa ajustada por edad de eventos adversos debidos a la vacuna contra el VPH en comparación con todas las demás vacunas, según lo informado en la base de datos VAERS de los CDC (Tomljenovic y Shaw, 2012).

<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.300837>

La figura 1 muestra los resultados del artículo “Who Profits from Uncritical Acceptance of Biased Estimates of Vaccine Efficacy and Safety”, escrito como carta al editor del *American Journal of Public Health* en 2012.²² Dres. Lucija Tomljenovic y Chris Shaw, afiliados al Grupo de Investigación de Dinámica Neural de la Universidad de Columbia Británica en Vancouver, son coautores de la carta. Los datos del Sistema de notificación de reacciones adversas a las vacunas (VAERS) de 2012 mostraron que las reacciones adversas más graves

Las reacciones adversas se atribuyeron a Gardasil más que a todas las demás vacunas, y Gardasil representó:

- más del 60% del total.²³
- representó el 63,8% de todas las muertes,
- el 61,2% de todas las reacciones potencialmente mortales y
- el 81,8% de todos los casos de discapacidad permanente registrados en los datos VAERS de los CDC.²⁴

Si bien los investigadores no pueden establecer una relación causal únicamente a través de informes pasivos en VAERS, **el desproporcionado número de informes de eventos asociados a Gardasil debería indicar una mayor revisión de la seguridad.**

Preocupaciones de seguridad con la inmunización contra el virus del papiloma humano en Japón: análisis y evaluación de los datos de vigilancia de eventos adversos de la ciudad de Nagoya

Índice de probabilidades de tener problemas neurológicos en los que reciben la vacuna contra el VPH versus no vacunados

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. - Brian Hooker



Figura 2: Índice de probabilidades para deterioro neurológico, movimientos involuntarios y discalculia en mujeres de 15 y 16 años que recibieron la vacuna contra el VPH versus controles no vacunados (Yaju et al. 2019).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jjns.12252>

La figura 2 muestra los resultados del artículo “Preocupaciones de seguridad con la inmunización contra el virus del papiloma humano en Japón: análisis y evaluación de Nagoya City’s Surveillance Data for Adverse Events”, publicado en el *Japan Journal of Nursing Science* en 2019.²⁵ El autor

principal es el Dr. Yukari Yaju, afiliado al Departamento de Estadística de la Escuela de Graduados en Ciencias de Enfermería de la Universidad Internacional St. Luke en Tokio, Japón.

Específicamente, las mujeres de 15 y 16 años tenían mayores probabilidades de sufrir deterioro de la memoria (IC del 95% de 1,24 a 2,33), **movimientos involuntarios** (IC del 95% de 1,07 a 3,23) **y discalculia** (una dificultad de aprendizaje en matemáticas) (95 % IC de 1,00 a 3,13) en el grupo que recibió la vacuna contra el VPH versus aquellos que no la recibieron.²⁶ Estas **relaciones fueron estadísticamente significativas**. Los autores comentan claramente: «Según nuestro análisis utilizando datos de la encuesta de vigilancia de la ciudad de Nagoya, existe una posible asociación entre la vacunación contra el VPH y síntomas distintos, como deterioro cognitivo o trastornos del movimiento». ²⁷

Anormalidades del comportamiento en ratones hembra después de la administración de adyuvantes de aluminio y la vacuna contra el virus del papiloma humano Gardasil

La figura 3 muestra los resultados del artículo “**Anormalidades del comportamiento en ratones hembra después de la administración de adyuvantes de aluminio y la vacuna contra el virus del papiloma humano Gardasil**”, publicado en *Immunology Research* en 2017.²⁸ El autor principal, el Dr. Rotem Inbar, está afiliado al Centro Zabludowicz de Enfermedades Autoinmunes del Centro Médico Sheba y a la Facultad de Medicina Sackler en Tel Aviv, Israel. El Dr. Yehuda Shoenfeld, titular de la Cátedra Laura Schwarz-Kip de Investigación de Enfermedades Autoinmunes en la Facultad de Medicina Sackler de la Universidad de Tel Aviv en Tel Aviv, Israel, es el autor correspondiente.

Los ratones hembra que recibieron tres dosis equivalentes al peso humano de la vacuna tetravalente Gardasil produjeron títulos de anticuerpos antiproteínas cerebrales y antifosfolípidos cerebrales de **8,5 y 10 veces más** que los de los ratones de control no vacunados.²⁹ Estas diferencias de anticuerpos entre Gardasil y los ratones de control fueron estadísticamente significativas, con valores de p inferiores a 0,002.³⁰

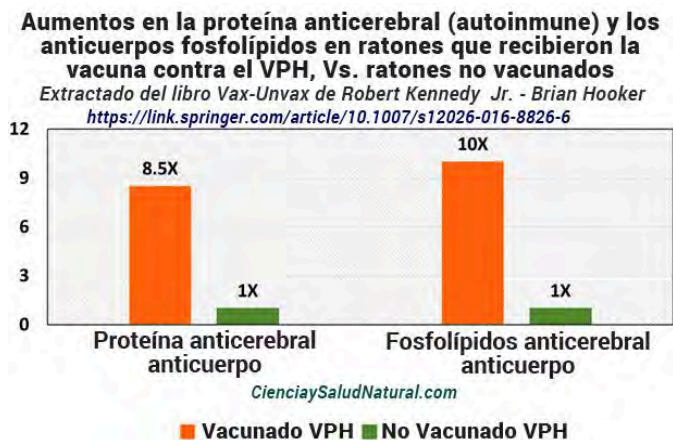


Figura 3: Aumentos en la proteína anticerebral (autoinmune) y los anticuerpos fosfolípidos en ratones que recibieron la vacuna contra el VPH en comparación con ratones de control no vacunados (Inbar et al. 2017).

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12026-016-8826-6>

Vacunación contra el virus del papiloma humano en mujeres adultas y riesgo de enfermedades autoinmunes y neurológicas

La figura 4 muestra los resultados del artículo “La vacunación contra el virus del papiloma humano en mujeres adultas y el riesgo de enfermedades autoinmunes y neurológicas”, publicado en el *Journal of Internal Medicine* en 2018.³¹ El autor principal es el Dr. Anders Hviid, afiliado al Departamento de Investigación en Epidemiología en el Statens Serum Institut de Copenhague, Dinamarca. En este estudio, una cohorte de mujeres de Suecia y Dinamarca mostró un riesgo significativamente mayor de enfermedad celíaca después de recibir la vacuna contra el virus del papiloma humano que las mujeres de control no vacunadas (IC del 95% de 1,29 a 1,89).

Riesgo de enfermedad celíaca después de la vacuna contra el virus del papiloma humano Vs. no vacunados

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. - Brian Hooker

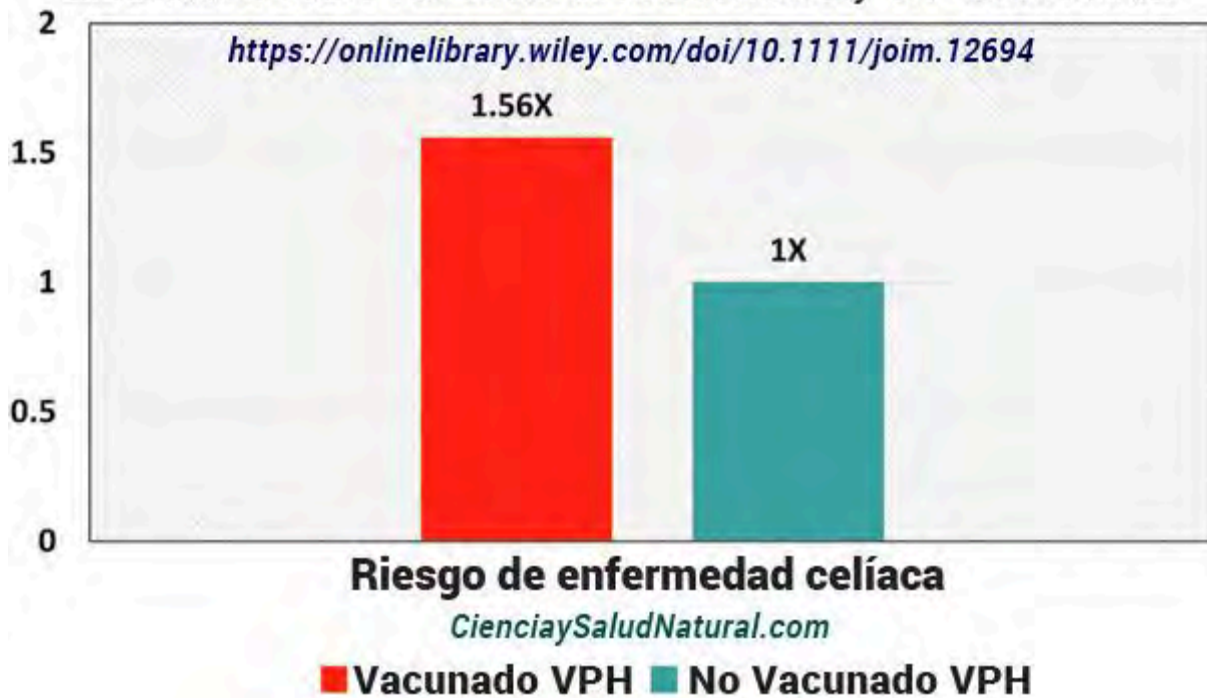


Figura 4—Riesgo de diagnóstico de enfermedad celíaca después de la vacuna contra el virus del papiloma humano versus controles no vacunados (Hviid et al. 2018).

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12694>

Un estudio transversal de la relación entre la exposición a la vacuna contra el virus del papiloma humano y la incidencia de asma notificada en los Estados Unidos

La figura 5 muestra los resultados del artículo “Un estudio transversal de la relación entre la exposición a la vacuna contra el virus del papiloma humano y la incidencia del asma reportada en los Estados Unidos”, publicado en la revista *SAGE Open Medicine* en 2019.³² El autor principal del estudio, David A. Geier, está afiliado al Instituto de Enfermedades Crónicas de Silver Spring,

Maryland. Utilizando datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición, los autores del estudio determinaron que **los receptores de la vacuna contra el VPH tienen una 8,01 veces mayor incidencia de asma en comparación con personas que no recibieron la vacuna contra el VPH** (IC del 95% de 1,98 a 32,41).³³

Índice de probabilidades de contraer asma después de la vacuna contra el virus del papiloma humano Vs. No vacunados

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. - Brian Hooker

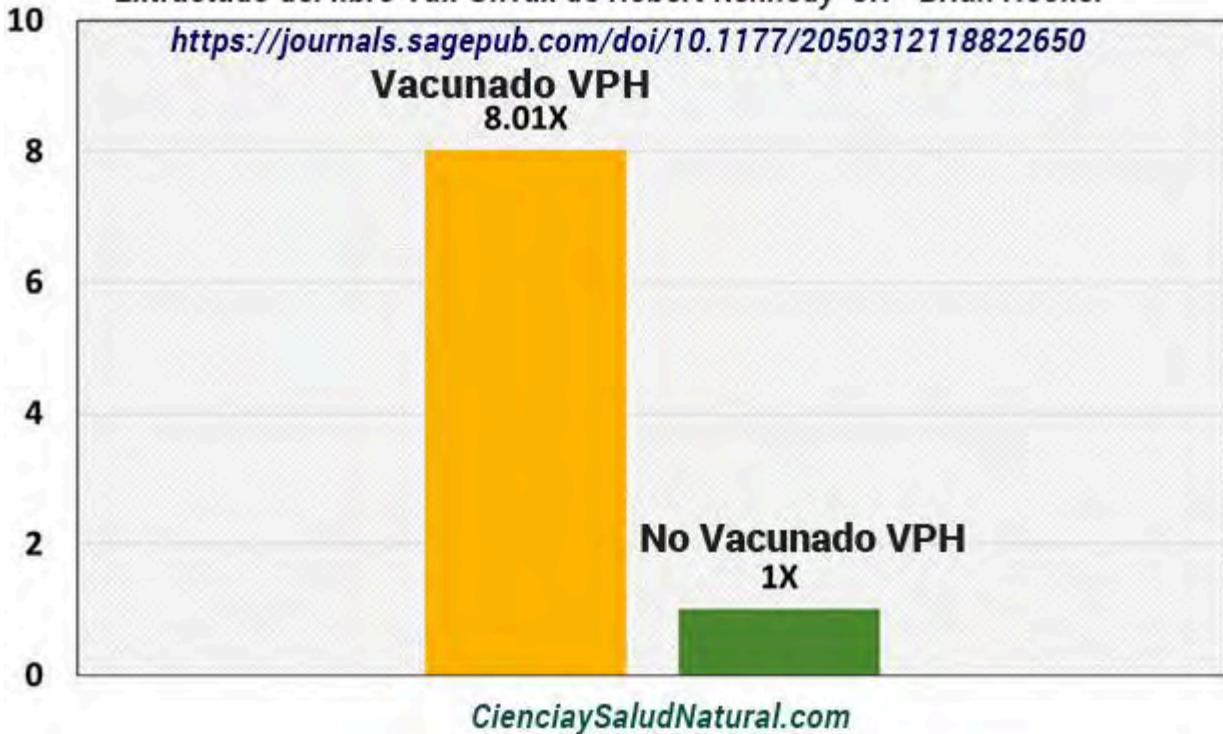
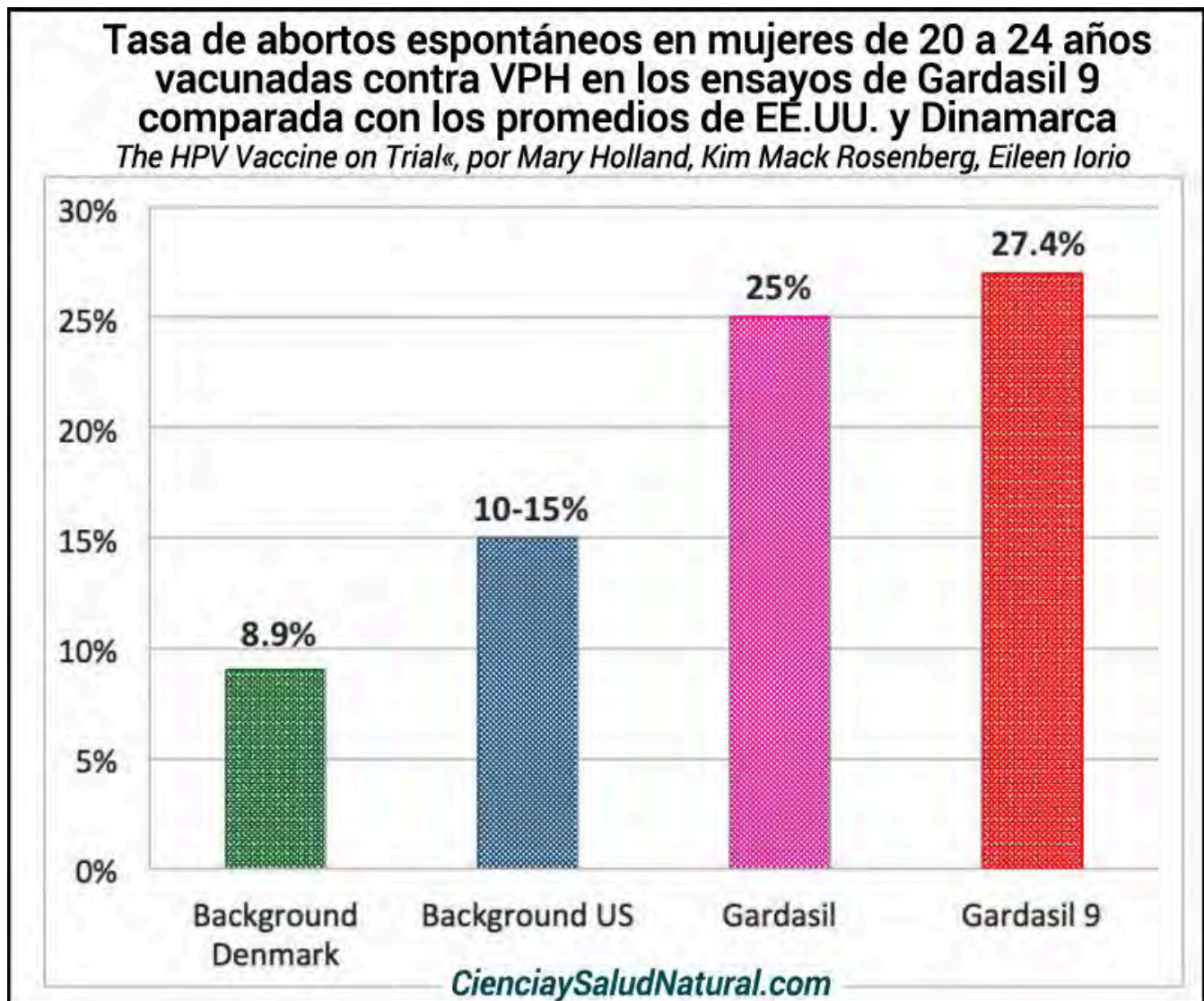


Figura 5—Índice de probabilidades para el diagnóstico de asma después de la vacuna contra el virus del papiloma humano versus controles no vacunados (Geier et al. 2019).

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2050312118822650>

La tasa de aborto involuntario en los estudios preclínicos después de Gardasil duplicó la tasa de fondo



Aumento del riesgo y eficacia negativa

Cuando las personas dicen que una vacuna es “efectiva”, quieren decir que funciona en el mundo real para proteger contra una enfermedad específica. “Eficacia”, por otro lado, es un término técnico más limitado en un ensayo clínico para comparar un grupo de prueba con un grupo de control. Aquí, compara la reducción en la incidencia de la enfermedad entre un grupo vacunado y un grupo de control. Los datos del ensayo clínico del VPH plantean una pregunta preocupante sobre la «eficacia negativa». Eficacia negativa significa que la vacuna podría causar o contribuir a la misma condición que pretende prevenir. **En los ensayos clínicos de Gardasil y Cervarix, los datos muestran que existe una posibilidad aterradora de que algunas niñas vacunadas que tenían una infección por VPH o anticuerpos contra el VPH cuando fueron vacunadas tengan más probabilidades de desarrollar lesiones CIN2 o CIN3, o incluso cáncer.** ¿Pueden las vacunas contra el VPH aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino? No lo sabemos con

certeza, pero los hallazgos de «eficacia negativa» en los ensayos clínicos ciertamente sugieren que es posible. Ver más en

<https://cienciaysaludnatural.com/vacuna-contra-vph-aumento-del-riesgo-eficacia-negativa-parte-3/>

Más sobre el fraude en los estudios

Los autores de una [revisión Cochrane](#) de 2018 del ensayo clínico de la vacuna contra el VPH afirmaron que no encontraron daños graves o generales asociados con las vacunas contra el VPH.

¿Por qué no pudieron ver la verdad con el diseño del grupo placebo? ¿Fueron fácilmente engañados o cómplices? Para revelar más verdad detrás de los estudios, tres científicos, incluidos dos del Centro Nórdico Cochrane en Copenhague, Dinamarca: Lars Jørgensen y Tom Jefferson, junto con el Dr. Peter Gøtzsche, ex cofundador de Cochrane, llevaron a cabo un estudio riguroso y [Revisión sistemática](#) independiente de 24 informes de estudios clínicos sobre la vacuna contra el VPH. La revisión incluyó a 95.670 participantes (83 por ciento mujeres) de entre 8 y 72 años que fueron seguidos durante un promedio de 49 meses.

Uno de los hallazgos más impactantes, basado en los datos originales, fue que el 96,3 por ciento de los participantes en los grupos de control de esos estudios recibieron adyuvantes a base de aluminio. Esto distorsionó (hasta un punto desconocido) una evaluación precisa de los daños causados por la vacuna contra el VPH.

Los autores consideraron que «los 24 estudios tenían un alto riesgo de sesgo» debido a su diseño. Los ensayos incluidos se diseñaron principalmente para evaluar los beneficios y no se diseñaron adecuadamente para evaluar los daños al utilizar aluminio, una toxina, como comparador, lo que hace imposible determinar los daños reales causados por las vacunas contra el VPH.

La evaluación actual de riesgos y beneficios de Gardasil no es válida, ya que no compararon la vacuna Gardasil con algo benigno (solución salina), sino con un componente principal de la vacuna (aluminio). Una [tesis doctoral](#) de 2018 del Dr. Lars Jørgensen concluyó que es imposible realizar un análisis riesgo-beneficio de la vacuna Gardasil, ya que la mayoría de los estudios de Gardasil han utilizado AAHS como comparador, que se sabe que causa daño.

Ver más:

- <https://cienciaysaludnatural.com/quienes-estan-realmente-en-riesgo-de-contracer-cancer-cervical-parte-2/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/vacuna-contra-vph-aumento-del-riesgo-eficacia-negativa-parte-3/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/vph>
- <https://cienciaysaludnatural.com/graves-efectos-adversos-de-la-vacuna-contra-el-virus-de-papiloma-humano-vph/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/la-vacunacion-contra-el-vph-no-debe-ser-obligatoria/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/la-vacuna-contra-el-virus-de-papiloma-humano-vph-es-peligrosa-e-ineficaz/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/laboratorios-merck-fraude-ensayo-vacuna-gardasil-contra-el-vph/>

- <https://cienciaysaludnatural.com/la-vacuna-contr-el-vph-puede-desencadenar-una-enfermedad-cerebral-automune/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/vacuna-vph-y-fibromialgia/>
- <https://cienciaysaludnatural.com/1-cada-40-vacunadas-contr-el-vph-tienen-el-riesgo-de-contrer-una-enfermedad-cronica-grave/>

Referencias

1. Lynette Luria and Gabriella Cardoza-Favarato, *Human Papillomavirus* (Treasure Island: Stat Pearls Publishing, 2022), Bookshelf ID: NBK448132.
- Ibid.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists, “Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP),” updated February, 2022, <https://www.acog.org/womens-health/faqs/loop-el-ectrosurgical-excision-procedure>.
- US Food and Drug Administration, “June 8, 2006 Approval Letter—Human Papillomavirus Quadrivalent (Types 6, 11, 16, 18) Vaccine, Recombinant,” updated April 30, 2009, <https://wayback.archive-it.org/7993/20170722145339/https://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm111283.htm>.
- BioSpace, “Merck & Co., Inc. Submits Biologics License Application To FDA For GARDASIL(R), The Company’s Investigational Vaccine For Cervical Cancer,” December 5, 2005, <https://www.biospace.com/article/releases/merck-and-co-inc-submits-biologics-license-application-to-fda-for-gardasil-r-the-company-s-investigational-vaccine-for-cervical-cancer/>.
- 6 US Food and Drug Administration, “Prescription Drug User Fee Amendments,” updated September 13, 2022, <https://www.fda.gov/industry/fda-user-fee-programs/prescription-drug-user-fee-amendments>.
- 7 US Food and Drug Administration, “Establishment of Prescription Drug User Fee Rates for Fiscal Year 2006,” *Federal Register: The Daily Journal of the United States Government* 70, no. 146 (2005): 44106-44109, Document Number: 05-15159.
- 8 “Gardasil,” US Food and Drug Administration, Current content as of Oct. 24, 2019, <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/gardasil>. *Document available to download: Supporting Documents “Approval History, Letters, Reviews and Related Documents-Gardasil.”
- 9 European Medicines Agency, *PROCOMVAX: Package Insert* (West Point, PA: Merck & Co. Inc., 1999), https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/procomvax-epar-product-information_en.pdf.
- 10 Sesilje B. Petersen and Christian Gluud, “Was Amorphous Aluminium Hydroxyphosphate Sulfate Adequately Evaluated Before Authorisation in Europe?” *The BMJ: Evidence-Based Medicine* 26, no. 6 (2021): 285-289, doi:10.1136/bmjebm-2020-111419.
- 11 US Food and Drug Administration, *GARDASIL: Package Insert* (Whitehouse Station, NJ: Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., 2006),

- <https://www.fda.gov/files/vaccines,%20blood-%20&%20biologics/published/Package-Insert—Gardasil.pdf>.
- 12 US Food and Drug Administration, *GARDASIL 9: Package Insert* (Whitehouse Station, NJ: Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., updated 2016), <https://www.immunizationinfo.com/wp-content/uploads/Gardasil-9-Prescribing-Information.pdf>.
 - 13 Ibid.
 - 14 Trefis Team and Great Speculations, “Merck’s \$3 Billion Drug Jumped to 4X Growth Over Previous Year,” *Forbes*, October 4, 2019, <https://www.forbes.com/sites/greatspeculations/2019/10/04/mercks-3-billion-drug-jumped-to-4x-growth-over-previous-year/>.
 - 15 US Food and Drug Administration, *CERVAVIX: Package Insert* (Triangle Park, NC: GlaxoSmithKline, 2009), <https://www.fda.gov/media/78013/download>.
 - 16 Ibid.
 - 17 Ibid.
 - 18 Ibid.
 - 19 US Food and Drug Administration, *GARDASIL 9: Package Insert* (Whitehouse Station, NJ: Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., updated 2016), <https://www.immunizationinfo.com/wp-content/uploads/Gardasil-9-Prescribing-Information.pdf>.
 - 20 Ibid.
 - 21 Ibid.
 - 22 Lucija Tomljenovic and Christopher A. Shaw, “Who Profits from Uncritical Acceptance of Biased Estimates of Vaccine Efficacy and Safety?,” *American Journal of Public Health* 102, no. 9 (2012): e13, doi:10.2105/AJPH.2012.300837.
 - 23 Ibid.
 - 24 Ibid.
 - 25 Yukari Yaju and Hiroe Tsubaki, “Safety Concerns with Human Papilloma Virus Immunization in Japan: Analysis and Evaluation of Nagoya City’s Surveillance Data for Adverse Events,” *Japan Journal of Nursing Science* 16, no.4 (2019): 433-449, doi:10.1111/jjns.12252.
 - 26 Ibid.
 - 27 Ibid.
 - 28 Rotem Inbar et al., “Behavioral Abnormalities in Female Mice Following Administration of Aluminum Adjuvants and the Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Gardasil,” *Immunologic Research* 65, (2017):136-149, doi:10.1007/s12026-016-8826-6.
 - 29 Ibid.
 - 30 Ibid.
 - 31 Anders Hviid et al., “Human Papillomavirus Vaccination of Adult Women and Risk of Autoimmune and Neurological Diseases,” *Journal of Internal Medicine* 283, no. 2 (2018): 154-165, doi:10.1111/joim.12694.
 - 32 David A. Geier, Janet K. Kern, and Mark R. Geier, “A Cross-Sectional Study of the Relationship Between Reported Human Papillomavirus Vaccine Exposure and the

Incidence of Reported Asthma in the United States,” *SAGE Open Medicine* 7, (2019): 2050312118822650, doi:10.1177/2050312118822650.

- 33 Ibid.
- 34 Lucija Tomljenovic and Christopher A. Shaw, “Who Profits from Uncritical Acceptance of Biased Estimates of Vaccine Efficacy and Safety?,” *American Journal of Public Health* 102, no. 9 (2012): e13, doi:10.2105/AJPH.2012.300837.
- 35 Yukari Yaju and Hiroe Tsubaki, “Safety Concerns with Human Papilloma Virus Immunization in Japan: Analysis and Evaluation of Nagoya City’s Surveillance Data for Adverse Events,” *Japan Journal of Nursing Science* 16, no.4 (2019): 433-449, doi:10.1111/jjns.12252.
- 36 Rotem Inbar et al., “Behavioral Abnormalities in Female Mice Following Administration of Aluminum Adjuvants and the Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Gardasil,” *Immunologic Research* 65, (2017):136-149, doi:10.1007/s12026-016-8826-6.
- 37 Anders Hviid et al., “Human Papillomavirus Vaccination of Adult Women and Risk of Autoimmune and Neurological Diseases,” *Journal of Internal Medicine* 283, no. 2 (2018): 154-165, doi:10.1111/joim.12694.
- 38 David A. Geier, Janet K. Kern, and Mark R. Geier, “A Cross-Sectional Study of the Relationship Between Reported Human Papillomavirus Vaccine Exposure and the Incidence of Reported Asthma in the United States,” *SAGE Open Medicine* 7, (2019): 2050312118822650, doi:10.1177/2050312118822650.

8. Vacuna contra la gripe riesgos graves sin beneficios

19 agosto, 2024 Gripe, vacunas

<https://cienciaysaludnatural.com/vacuna-contra-la-gripe-riesgos-graves-sin-beneficios/>

Mucha gente, cuando tiene fiebre alta, dolores corporales, fatiga, congestión nasal y tos, suponen que tienen gripe (influenza), pero según un informe publicado por los Centros de Control de Enfermedades de EE.UU., CDC, en la temporada de la gripe 2016-2017, las probabilidades fueron solo de 1 en 10 que estos síntomas hayan sido causados por la influenza tipo A o B. ¹

Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de EE. UU. estiman que las vacunas contra la influenza que se administran actualmente en los Estados Unidos tienen una efectividad del 42% en adultos. Esta es una estimación provisional para la “temporada de gripe” 2023-2024 publicada en el *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad* (MMWR) de la agencia el 29 de febrero de 2024. ^{11, 12, 13}

El 17 de febrero de 2017, el CDC publicó una actualización sobre la actividad de la influenza en los EE.UU. De las casi 393.000 muestras de laboratorio de enfermedades respiratorias analizadas en los EE. UU., sólo el 10 %, dieron positivo para la influenza tipo A o B.

Supuestamente la vacuna contra la gripe de 2023-24 fue solo un 42% efectiva contra la cepa más prevalente. Incluso cuando la vacuna contra la gripe estacional contenga las mismas cepas de influenza que circulan, su eficacia es menor al 50% en todos los grupos de edad. ²

Estas vacunas no son eficientes para prevenir la infección y no detienen la transmisión

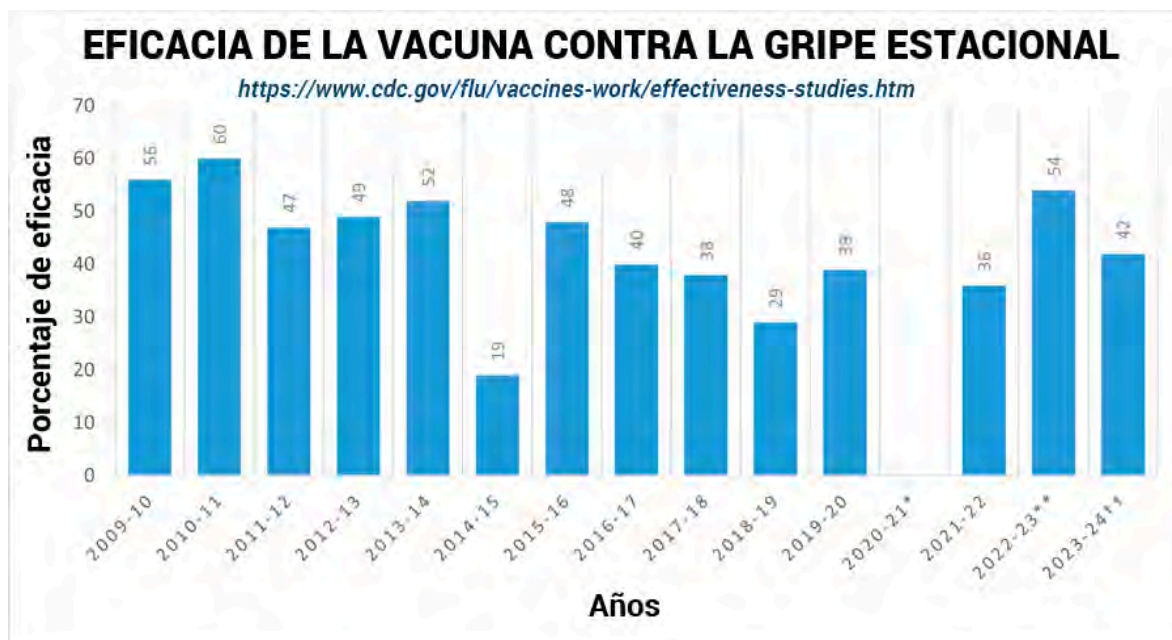
Si bien muchas personas creen que vacunarse garantiza que usted no se enfermará ni enfermará a nadie más, estas vacunas no son **ni seguras ni eficientes**. ³

Los médicos administran rutinariamente vacunas anuales contra la gripe a niños y adultos, incluidas mujeres embarazadas. Los funcionarios de salud pública admiten que las vacunas contra la influenza no previenen la influenza más de la mitad de las veces. Y en algunos años, las vacunas contra la gripe no previnieron la influenza en absoluto porque no contienen las cepas de influenza que están enfermando a las personas. Además, puede recibir una vacuna contra la gripe y seguir infectándose con la gripe, pero solo tiene síntomas menores o ningún síntoma. Incluso si ha sido vacunado, puede ser un portador silencioso de la gripe e infectar a otras personas sin siquiera saberlo. ⁴

Esto es algo que debe tener en cuenta cuando esté en el consultorio de un médico o en un hospital, donde todos los empleados hayan sido vacunados y suponen que están protegidos, pero donde la influenza todavía podría estar circulando entre el personal.

Cuando los médicos realizan pruebas de detección de casos de influenza en los laboratorios, más del 70% de las veces no se trata de influenza tipo A o B, sino de otro virus o bacteria que causa una enfermedad respiratoria similar a la influenza que se confunde con la influenza.⁵

Tasa de eficacia de la vacuna contra la influenza inferior al 50% durante la mayoría de los años



Efectividad de las vacunas contra la gripe estacional de las temporadas de gripe 2009-2024
<https://www.cdc.gov/flu/vaccines-work/effectiveness-studies.htm>

La tasa de efectividad de la vacuna contra la influenza del 42 por ciento de este año (2023-24) es aproximadamente comparable a la mayoría de las tasas anuales durante las últimas dos décadas. Desde la temporada de gripe 2004-2005, los CDC han estimado que la vacuna contra la gripe tiene una eficacia superior al 50 por ciento sólo cinco veces: 52 por ciento en 2006-2007, 56 por ciento en 2009-2010, 60 por ciento en 2010-2011, 52 por ciento en 2013-2014 y 54 por ciento en 2022-2023. En otras palabras, la vacuna contra la influenza que los CDC recomiendan que niños y adultos reciban cada año ha sido más del 50 por ciento *ineficaz* para prevenir infecciones de influenza tipo A o tipo B en casi tres de cada cuatro años.⁶⁷

Los CDC suelen proporcionar en junio una estimación de la eficacia de la vacuna contra la gripe para la segunda mitad de la “temporada de gripe”, así como una estimación de la eficacia para toda la temporada.³⁸

A veces, la vacuna contra la gripe no contiene las cepas del virus de la gripe que están circulando.

Cada año, los médicos de salud pública seleccionan tres cepas del virus de la gripe para incluirlas en la vacuna anual contra la gripe: dos cepas de la gripe tipo A y una cepa de la gripe tipo B. Intentan elegir cepas de gripe que creen que estarán circulando en la mayoría de los países. A veces, la vacuna contra la gripe no contiene las cepas del virus de la gripe que están asociadas con la mayoría de los casos de gripe en un año determinado.

Un estudio del 2018, sobre la transmisión del virus de la gripe demostró que los sujetos vacunados en la temporadas 2017-8, tenían 6 veces más desprendimiento de partículas de virus de la gripe en aerosol en comparación con los que no recibieron la vacuna en esas dos estaciones.

El estudio encontró que **los portadores de la gripe exhalan cantidades significativas e infecciosas del virus de la influenza**. Simplemente al respirar y en estornudos aún sin estar tosiendo pueden transmitir estas partículas.. Además, el estudio encontró que los hombres arrojan virus de la gripe en mayor cantidad que en las mujeres a través de aerosoles finos, y las mujeres con más frecuencia con la tos. Pero lo que es más relevante acerca del estudio fue la siguiente constatación:

6.3 más veces de desprendimiento de partículas entre los casos que recibieron la vacunación en la temporada actual y anterior en comparación con los que no recibieron la vacuna en esas dos temporadas.

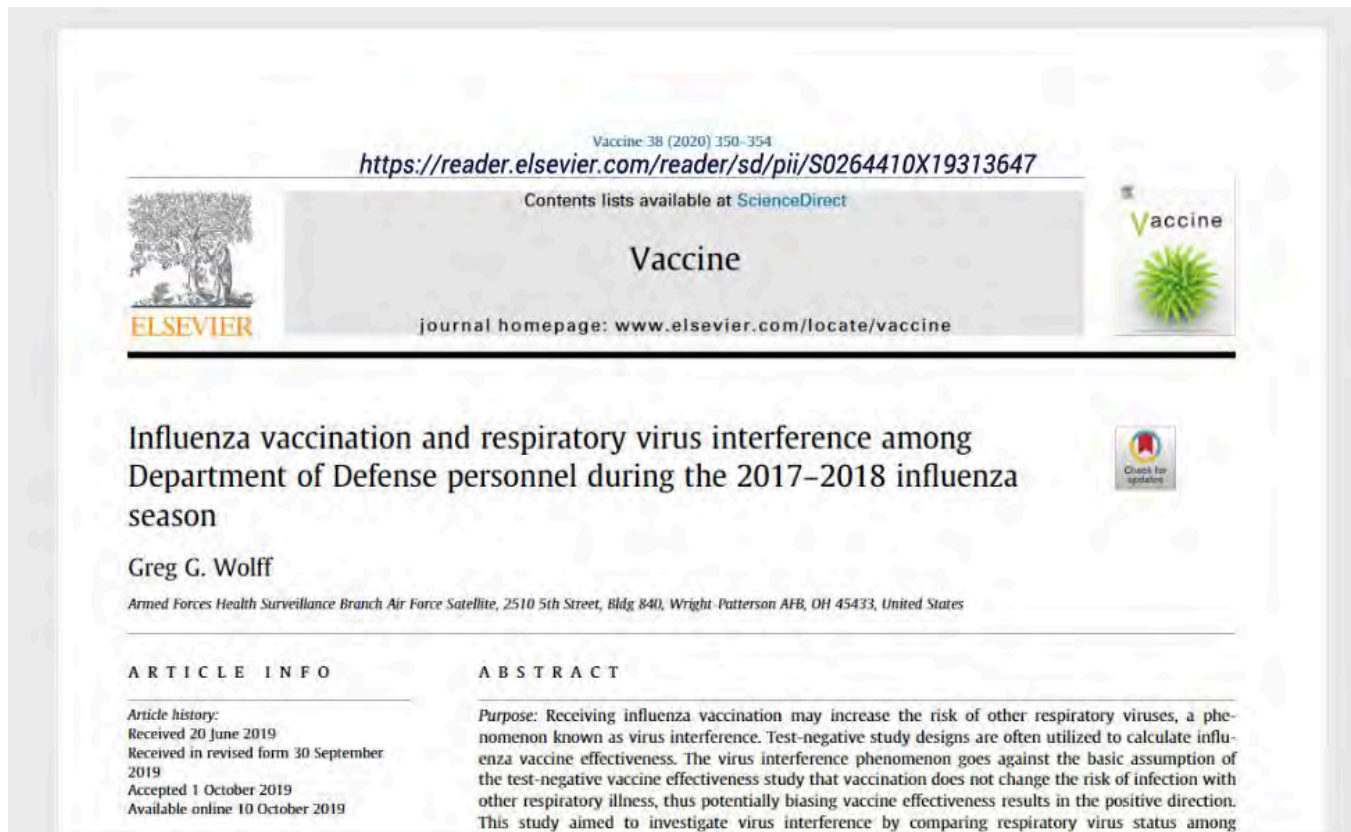


Vacuna de Gripe, peligrosa e ineficiente, Dr Alvin Moss , Director, Center for Health Ethics & Law Nephrology, Medicine Prof. at West Virginia University – <https://www.bitchute.com/video/qjriw4hlyYb9/>

La vacuna de la gripe aumenta en 36% el riesgo de infectarse con Coronavirus

Recibir la vacuna contra la influenza puede **augmentar el riesgo de otros virus respiratorios**, un **fenómeno conocido como interferencia viral**. Los diseños de estudio con prueba negativa a menudo se utilizan para calcular la efectividad de la vacuna contra la influenza. El fenómeno de la interferencia del virus va en contra de la suposición básica del estudio de efectividad de la vacuna negativa en la prueba de que la vacunación no cambia el riesgo de infección con otras enfermedades respiratorias, por lo que la efectividad de la vacuna potencialmente sesgada da como resultado una dirección positiva. Este estudio tuvo como objetivo investigar la interferencia de virus comparando el estado del virus respiratorio entre el personal del Departamento de Defensa en función de su estado de vacunación contra la influenza. Además, se examinaron los virus respiratorios individuales y su asociación con la vacunación contra la

influenza.



<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.10.005>

Riesgo aumentado del 65% de enfermedades respiratorias, no relacionadas con la gripe en los que reciben la vacuna contra la gripe

Hay efectos negativos de la vacuna contra la influenza en la incidencia de enfermedades respiratorias no relacionadas con la influenza.²¹ Para abordar la preocupación entre los pacientes de que la vacuna contra la gripe causa enfermedades (es decir, enfermedades respiratorias agudas), los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) financiaron un estudio de tres años,²² [publicado en *Vaccine*](#), para analizar el riesgo de enfermedad después de vacunación contra la gripe en comparación con el riesgo de enfermedad en personas no vacunadas.

El estudio, que incluyó a sujetos sanos, **encontró un aumento del 65 % en el riesgo de enfermedades respiratorias agudas no relacionadas con la gripe dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la vacuna contra la gripe.** Los autores afirman que «estos resultados pueden validar las experiencias de enfermedad de los pacientes después de la

vacunación». Los patógenos no gripales más comunes encontrados fueron:

- rinovirus,
- enterovirus,
- virus respiratorio sincitial y
- **coronavirus.**

Esto es importante porque aunque las vacunas contra la influenza se enfocan en tres o cuatro cepas del virus de la influenza,²³ más de 200 virus diferentes causan enfermedades que producen los mismos síntomas (fiebre, dolor de cabeza, dolores, tos y secreción nasal) que la influenza,²⁴ y más del 85% de las enfermedades respiratorias agudas no involucran la gripe.²⁵

Los estudios demuestran que la vacuna contra la gripe no reduce la demanda en los hospitales

El Instituto Nacional de Salud (NIH) financió un estudio²⁶ para medir el efecto de la vacunación contra la influenza estacional en la hospitalización entre los ancianos. **El estudio analizó 170 millones de episodios de atención médica y encontró que “ninguna evidencia indicó que la vacunación redujera las hospitalizaciones”.**

Además, **una revisión Cochrane de 2018**²⁷ de 52 ensayos clínicos que evaluaron la efectividad de las vacunas contra la influenza no encontró una diferencia significativa en las hospitalizaciones entre adultos vacunados y no vacunados. En cambio, los revisores encontraron **«evidencia de que las tasas de hospitalización y el tiempo fuera del trabajo pueden ser comparables entre adultos vacunados y no vacunados».**

Además, **la Clínica Mayo realizó un estudio** de casos y controles²⁸ para analizar la eficacia de la vacuna antigripal trivalente inactivada (TIV) para prevenir la hospitalización por gripe en niños de 6 meses a 18 años. El estudio evaluó el riesgo de hospitalización en niños vacunados y no vacunados durante un período de ocho años. Los autores afirman: “La vacuna (trivalent inactivated influenza vaccine, TIV) no es efectiva para prevenir la hospitalización infantil relacionada con la influenza confirmada por laboratorio”. **En cambio, «encontramos un riesgo tres veces mayor de hospitalización en sujetos que recibieron la vacuna TIV».**

Los estudios demuestran que la vacuna contra la gripe no previene la propagación de la gripe

Existe una larga historia de análisis de los hogares familiares para estudiar la incidencia y transmisión de enfermedades respiratorias de todos los niveles. Como tal, los **CDC financiaron un estudio**²⁹ de 1.441 participantes, tanto vacunados como no vacunados, en 328 hogares. El estudio evaluó la capacidad de la vacuna contra la influenza para prevenir la influenza adquirida en la comunidad (casos índice en el hogar) y la influenza adquirida en personas con exposición

familiar confirmada a la influenza (casos secundarios). Se determinaron y caracterizaron los riesgos de transmisión.

En conclusión, los autores afirman: “No hubo evidencia de que la vacunación previniera la transmisión en el hogar una vez que se introdujo la influenza”. ^{29, 30}

Además, una revisión sistemática ²⁵ de 50 estudios de vacunas contra la influenza realizados para la Biblioteca Cochrane afirma: **“Las vacunas contra la influenza tienen un efecto modesto en la reducción de los síntomas de la influenza y los días laborales perdidos. No hay evidencia de que prevenga complicaciones, como la neumonía o la transmisión”.**

La vacuna contra la gripe no previene la gripe aproximadamente en más del 60 % de las veces

Los CDC realizan estudios para evaluar los efectos de la vacunación contra la influenza cada temporada de influenza para ayudar a determinar si las vacunas contra la influenza están funcionando según lo previsto. ³¹ Debido a que los virus de la influenza en circulación cambian constantemente (principalmente debido a mutaciones de deriva antigénica), ³² las vacunas contra la influenza se reformulan regularmente en función de una «mejor suposición» de qué virus podrían circular durante la próxima temporada de influenza. ³³ Los CDC declaran: “Los CDC monitorean la efectividad de la vacuna anualmente a través de la Red de Efectividad de la Vacuna contra la Influenza (Vaccine Effectiveness VE), una colaboración con instituciones participantes en cinco ubicaciones geográficas. Las estimaciones anuales de la efectividad de la vacuna brindan una visión real de qué tan bien funciona la vacuna. protege contra la influenza causada por los virus que circulan cada temporada”. ³³

Los datos de Influenza VE Network de los CDC indican una tasa de fracaso de la vacuna del 65 % entre 2014 y 2018. ³¹

Las dosis repetidas de la vacuna contra la influenza pueden aumentar el riesgo de falla de la vacuna contra la influenza

Los estudios han observado que las vacunas contra la influenza tienen poca efectividad en individuos que se vacunan en dos años consecutivos. ²⁹ Una revisión de 17 estudios de vacunas contra la influenza publicados en *Expert Review of Vaccines* afirma: **“Los efectos de la vacunación anual repetida en la protección individual a largo plazo, la inmunidad de la población y la evolución del virus siguen siendo en gran parte desconocidos”.** ³⁴

La Muerte por influenza es rara en los niños

Antes del uso generalizado de la vacuna contra la influenza en los niños, entre 2000 y 2003, cada año los niños menores de 18 años tenían aproximadamente 1 en 1,26 millones o 0,00008 % de probabilidad de morir a causa de la influenza. ³⁵ En un informe de 2004, los CDC declararon: **“Las muertes por influenza son poco comunes entre los niños con y sin condiciones de alto**

riesgo”.³⁶

Los estudios demuestran que la vacuna contra la gripe no reduce las muertes por neumonía y gripe

La Oficina del Programa Nacional de Vacunas, una división del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., financió un estudio³⁷ para examinar la mortalidad por influenza durante un período de 33 años (1968–2001). El estudio no encontró una disminución en la mortalidad por influenza asociada con el uso generalizado de la vacuna contra la influenza. Los autores afirman: «No pudimos correlacionar el aumento de la cobertura de vacunación después de 1980 con la disminución de las tasas de mortalidad en ningún grupo de edad...

Concluimos que los estudios observacionales sobrestiman sustancialmente el beneficio de la vacunación».

Además, el Instituto Nacional de Salud (NIH) financió un estudio²⁶ para medir el efecto de la vacunación contra la influenza estacional en la mortalidad entre los ancianos. El estudio analizó 7,6 millones de muertes y **encontró «un fuerte aumento en las tasas de vacunación contra la influenza a los 65 años sin una disminución equivalente en las tasas de hospitalización o mortalidad».**

Estudios demuestran que los pacientes no se benefician de la vacunación de los trabajadores de la salud

Una revisión³⁸ de más de 30 estudios de vacunas contra la influenza realizados para la Biblioteca Cochrane afirma: «Los hallazgos de nuestra revisión no han identificado evidencia concluyente del beneficio de los programas de vacunación de los trabajadores de la salud [HCW] en resultados específicos de la influenza probada en laboratorio, sus complicaciones infección del tracto respiratorio, hospitalización o muerte por enfermedad del tracto respiratorio inferior), o mortalidad por todas las causas en personas mayores de 60 años”. Los autores concluyen: **«Esta revisión no proporciona evidencia razonable para respaldar la vacunación de los trabajadores de la salud para prevenir la influenza».** Además, «hay poca evidencia que justifique que la atención médica y los profesionales de la salud pública exijan la vacunación contra la influenza para los trabajadores de la salud».

Los mandatos de vacunación contra la influenza no tienen base científica

Un análisis de campo de vacunas Cochrane³⁹ evaluó estudios que miden los beneficios de la vacunación contra la influenza. El análisis, publicado en el *BMJ*, concluye: “La gran brecha entre la política y lo que nos dicen los datos (cuando se ensamblan y evalúan rigurosamente) es sorprendente... **La evidencia de las revisiones sistemáticas muestra que las vacunas inactivadas tienen poco o ningún efecto sobre los efectos medidos...** Las razones de la brecha actual entre la política y la evidencia no están claras, pero dados los enormes recursos involucrados, se debe realizar una reevaluación con urgencia”.

Estudios sobre efectos adversos

Tres artículos de investigación mostraron relaciones significativas entre la vacuna contra la gripe estacional y el síndrome de Guillain-Barré.^{52, 53, 54} La vacuna contra la gripe estacional también se correlacionó con un aumento de virus respiratorios no relacionados con la gripe en dos estudios.^{55, 56} Los investigadores destacaron las infecciones respiratorias agudas,⁵⁷ el coronavirus,⁵⁸ el metaneumovirus,⁵⁹ la hospitalización debido a la gripe,⁶⁰ y los marcadores de inflamación⁶¹ en cada uno de los estudios de investigación considerados.

El síndrome de Guillain-Barré sigue siendo la afección neurológica más frecuente notificada después de la vacunación contra la influenza al Sistema de Información de Eventos Adversos a la Vacuna (VAERS) desde su inicio en 1990.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/199859>



La vacuna contra la gripe causa un trastorno llamado síndrome de Guillain-Barré es un problema al sistema autoinmune que ataca los nervios y uno queda paralizado, se puede recuperar algo, alguna gente puede morir. El [Dr. Mark Geier](#) es médico y tiene un doctorado en genética. Pasó 10 años trabajando en el Instituto Nacional de Salud, y fue profesor en la Universidad Johns Hopkins como genetista. También es autor de más de 150 publicaciones revisadas por pares. Trabajó en seguridad y eficacia de vacunas durante más de 30 años. Fue uno de los cuatro científicos que trabajaron para reemplazar la vacuna DTP, (una vacuna que causó que todos los niños se enfermaran con

fiebre alta en el momento de la vacunación), con la vacuna DTaP, la que se usa en vez actualmente.

<https://www.bitchute.com/video/yn0RLtetKKN3/>

Resultados de salud de las personas expuestas a la vacuna contra la gripe estacional

Los cocientes de probabilidades, los riesgos relativos, los cocientes de riesgo o las incidencias significativamente más altos se indican con el tilde

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. - Brian Hooker

CienciaySaludNatural.com

	Kwong et al. 2013	Juurlink et al. 2006	Lasky et al. 1998	Rikin et al. 2018	Wolff 2020	Cowling et al. 2012	Joshi et al. 2012	Lanza et al. 2011
Síndrome de Guillain-Barré	✓	✓	✓					
Infecciones respiratorias agudas				✓				
Coronavirus					✓			
Metapneumovirus					✓			
Todos los virus no gripales					✓	✓		
Hospitalizaciones debidas a la gripe							✓	
Inflamación Marcadores								✓

Tres artículos de investigación demostraron una relación significativa entre la vacuna contra la influenza H1N1 y la narcolepsia^{62, 63, 64} y el síndrome de Guillain-Barré.^{65, 66, 67} Los tres artículos se centraron en la narcolepsia como un efecto adverso de la vacuna contra la influenza H1N1 y consideraron cohortes en el Reino Unido, Finlandia y Suecia cuando se distribuyó la vacuna Pandemrix®.^{68, 69, 70} Además, un artículo cada uno consideró resultados que incluyeron parálisis de Bell,⁷¹ parestesia,⁷² enfermedad inflamatoria intestinal,⁷³ e infecciones similares a la influenza.⁷⁴

Comparación de los resultados de salud de las personas expuestas a la vacuna contra la gripe pandémica H1N1

Los cocientes de probabilidades, los riesgos relativos, los cocientes de riesgo o las incidencias significativamente más altos se indican con un tilde

Extractado del libro Vax-Unvax de Robert Kennedy Jr. - Brian Hooker

CienciaySaludNatural.com

	Miller et al. 2013	Szakacs et al. 2013	Partinen et al. 2012	Bardage et al. 2011	Wise et al. 2012	Tokars et al. 2012	Salmon et al. 2013	Dierig et al. 2014
Narcolepsia	✓	✓	✓					
Parálisis de Bell				✓				
Parestesia				✓				
Enfermedad inflamatoria intestinal				✓				
Síndrome de Guillain-Barré					✓	✓	✓	
Infecciones similares a la gripe								✓

Comparación de riesgos de efectos adversos entre Embarazadas vacunadas Vs. no vacunadas

Los médicos administran habitualmente vacunas contra la [gripe](#), la [Tdap](#) y la [COVID-19](#) a mujeres embarazadas durante [cualquier trimestre](#) del embarazo. Si bien ocasionalmente una participante de un ensayo clínico puede quedar embarazada durante un estudio, la FDA nunca ha probado deliberadamente estos productos en una sola mujer embarazada como parte del proceso de aprobación.

De hecho, hasta 2020, el prospecto de la vacuna Boostrix[®] Tdap decía: «No existen estudios adecuados y bien controlados de BOOSTRIX en mujeres embarazadas en los EE. UU.».¹⁰¹ Los prospectos de las vacunas trivalentes inactivadas contra la influenza (TIV), Fluvirin[®] y Flublok[®], recomendadas por los CDC para mujeres embarazadas, tenían una redacción similar. El prospecto del paquete de Fluvirin[®] todavía advierte: “La seguridad y eficacia de FLUVIRIN[®] no se han

establecido en mujeres embarazadas.”¹⁰²

Esto significa que cada mujer embarazada a la que se le inyecta es un sujeto involuntario en un experimento mal administrado.

A continuación se presentan los resultados del embarazo en mujeres que recibieron las vacunas contra la influenza, durante el embarazo versus aquellas que no las recibieron. Además, examinamos estudios que analizan los resultados de fertilidad asociados con la vacunación antes de la concepción.

Asociación entre la infección por influenza y la vacunación durante el embarazo y el riesgo de trastorno del espectro autista

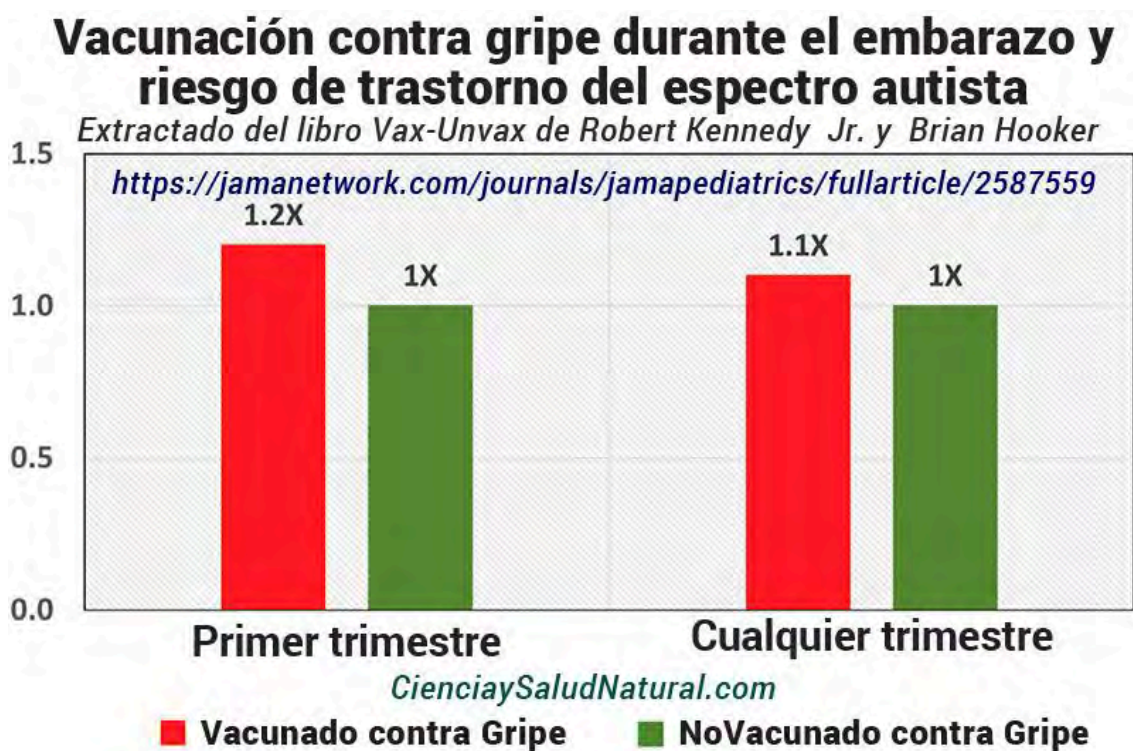


Figura 1: Razones de riesgo para la incidencia de TEA en los hijos de mujeres que recibieron la vacuna contra la gripe en el primer trimestre y en cualquier trimestre del embarazo en comparación con los hijos de mujeres embarazadas no vacunadas (Zerbo et al. 2017).

La figura 1 muestra los resultados del artículo “Asociación entre la infección por influenza y la vacunación durante el embarazo y el riesgo de trastorno del espectro autista”, publicado en la revista *JAMA Pediatrics* en 2017.¹⁰⁸ El investigador principal, el Dr. Ousseny Zerbo, es de la División de Investigación en Kaiser Permanente en Oakland, California. El Dr. Zerbo y sus coautores investigaron la relación entre la infección por influenza y la vacunación durante el embarazo y el trastorno del espectro autista. **Descubrieron que la vacunación contra la influenza en el primer trimestre se asocia con un mayor riesgo de TEA (autismo)**, con un

índice de riesgo de 1,20 y un intervalo de confianza del 95% entre 1,04 y 1.39. ¹⁰⁹

Los investigadores también observaron que **la vacunación contra la gripe en cualquier trimestre se asociaba con el trastorno del espectro autista** con un índice de riesgo de 1,10 y un intervalo de confianza del 95% entre 1,00 y 1,21. ¹¹⁰

Después de obtener estos resultados estadísticamente significativos, los investigadores aplicaron la corrección de Bonferroni, que a veces se utiliza cuando múltiples pruebas estadísticas se completan con la misma muestra de datos.

Cuando los estadísticos hacen muchas comparaciones dentro de un solo estudio, la tasa de “falsos positivos”, o la probabilidad de encontrar asociaciones que no son válidas, puede aumentar cuando las comparaciones realizadas son independientes o no están relacionadas. ¹¹¹

La corrección de Bonferroni se ajusta a esto. Al utilizar erróneamente la corrección, los autores elevaron el valor de p de 0,01 a 0,1, que está por encima del umbral de significación estadística (valor de p inferior a 0,05). Luego, los investigadores afirmaron relaciones estadísticas insignificantes. Esto fue respondido por el Dr. Alberto Donzelli ¹¹² y el Dr. Brian Hooker, ¹¹³ quienes escribieron dos cartas separadas al editor de *JAMA Pediatrics* en 2017. **Demostraron que era inapropiado** que el Dr. Zerbo ¹¹⁴ aplicara **cualquier corrección para pruebas múltiples** porque todas las asociaciones realizadas en el estudio fueron altamente interdependientes y no independientes, lo cual es necesario para su corrección.

Por ejemplo, los resultados del Dr. Zerbo para cada trimestre se resumen en un resultado total, lo que muestra interdependencia en lugar de independencia. Por lo tanto, no se aplicaría ninguna corrección por una “tasa de falsos positivos”. ¹¹⁵ **Por lo tanto, el valor p real para el análisis fue 0,01, lo cual es estadísticamente significativo.** ¹¹⁶

Vacuna antigripal trivalente inactivada y aborto espontáneo



Figura 2:
Relación de probabilidades de aborto espontáneo cuando reciben la vacuna contra la gripe antes de la concepción versus mujeres no vacunadas (Irving et al. 2013).

La figura 2 muestra los resultados del estudio “**Vacuna contra la influenza trivalente inactivada y aborto espontáneo**”, publicado en *Obstetrics & Gynecology* en 2013.¹¹⁷ La autora principal del estudio, Stephanie Irving, es del Centro de Investigación de Epidemiología de la Clínica Marshfield en Marshfield, Wisconsin.

Un autor colaborador del estudio es el Dr. Frank DeStefano de la Oficina de Seguridad de las Inmunizaciones de los CDC. Irving se centró en la vacuna prenatal contra la gripe y la incidencia del aborto espontáneo (spontaneous abortion, SAB), el término médico para el aborto espontáneo, entre las cinco y dieciséis semanas de gestación, cuando la vacuna se administró durante el primer trimestre del embarazo.

Los investigadores no observaron un aumento en los abortos espontáneos en mujeres que fueron vacunadas prenatalmente en comparación con mujeres no vacunadas. Sin embargo, encontraron que **las mujeres que recibieron la vacuna contra la gripe antes de la concepción experimentaron un aumento estadísticamente significativo**. En este caso, **las mujeres vacunadas tenían 2,55 veces más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo que las mujeres no vacunadas** (p-valor < 0,10 y un IC del 95% de 0,86 a 6,33).¹¹⁸

Este resultado es marginalmente significativo y merece un análisis más detallado. En el estudio, 22 casos de aborto espontáneo y 11 controles recibieron la vacuna contra la influenza antes de la concepción, y una proporción estadísticamente significativa de los casos recibió la vacuna dentro de los siete días posteriores a la concepción.¹¹⁹ A diferencia de otros estudios sobre la vacuna contra la gripe^{120, 121} Irving no consideró el efecto de la vacunación contra la gripe en temporadas de gripe anteriores.¹²²

Comparación de los informes de pérdida fetal reportadas en VAERS durante tres temporadas consecutivas de influenza: ¿Hubo una toxicidad fetal sinérgica asociada con la temporada de dos vacunas 2009/2010?

Riesgo relativo de pérdida fetal en mujeres embarazadas que reciben tanto la vacuna contra la gripe H1N1 como la vacuna contra la gripe estacional en comparación con las mujeres que solo reciben la vacuna contra la gripe estacional

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888271/>

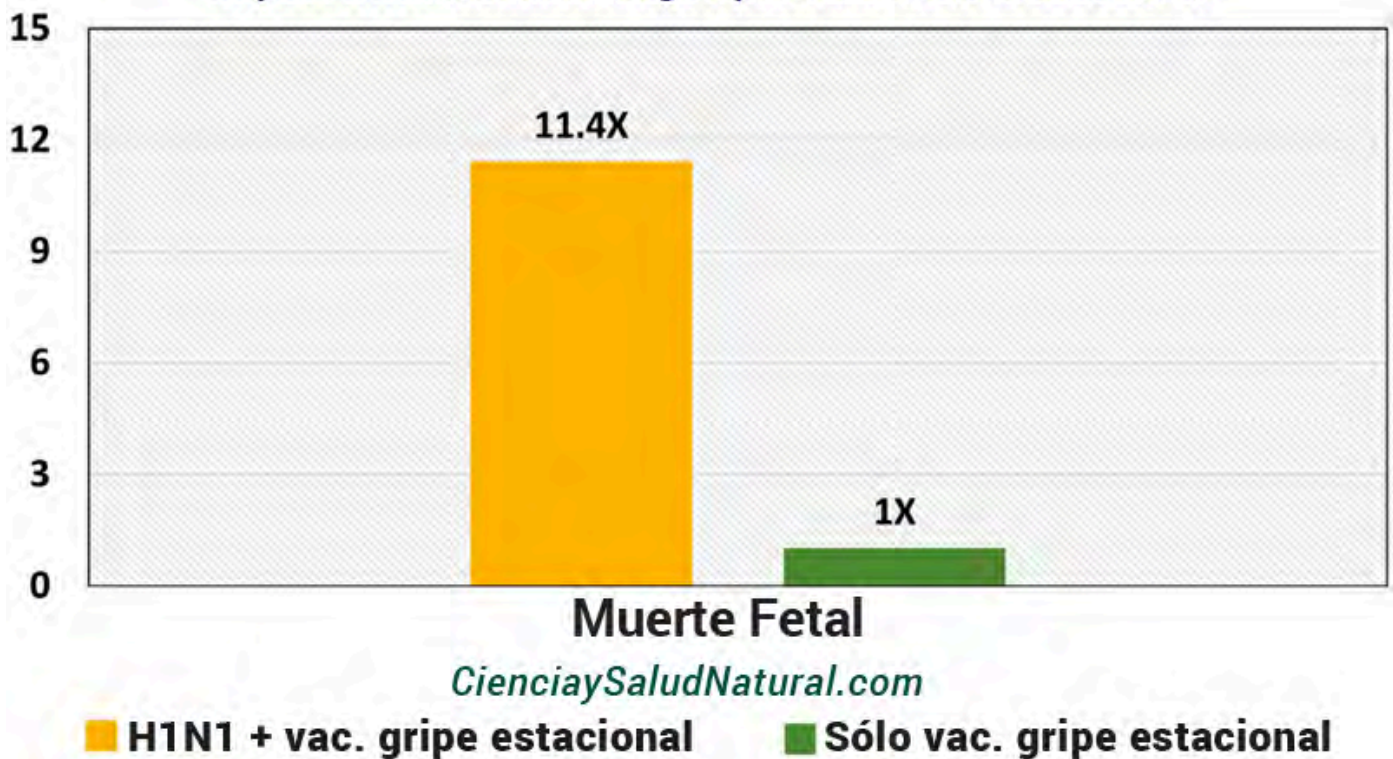


Figura 3: Riesgo relativo de pérdida fetal en mujeres embarazadas que reciben tanto la vacuna contra la gripe H1N1 como la vacuna contra la gripe estacional en comparación con las mujeres que recibieron solo la vacuna contra la gripe estacional (Goldman 2013). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888271/>

La figura 3 muestra los resultados del artículo "Comparación de informes de pérdida fetal del VAERS durante tres temporadas consecutivas de influenza: ¿Hubo una toxicidad fetal sinérgica asociada con las dos vacunas 2009/2010?" publicado en la revista *Human and Experimental Toxicology* en 2013 ("Comparison of VAERS Fetal-Loss Reports during Three Consecutive Influenza Seasons: Was There a Synergistic Fetal Toxicity

Associated with the Two-Vaccine 2009/2010 Season?”).¹²³

El autor del estudio, el Dr. Gary Goldman, es un científico informático independiente que reside en Pearblossom, California. Goldman examinó las tasas de pérdida fetal durante tres temporadas de gripe consecutivas. Según VAERS, las tasas de pérdida fetal no ajustadas entre 2008 y 2009 fueron de 6,8 por millón de embarazos, con un intervalo de confianza del 95% de 0,1 a 13,1.¹²⁴

De 2009 a 2010, las tasas aumentaron a 77,8 por millón de embarazos con un intervalo de confianza del 95% de 66,3 a 89,4, y de 2010 a 2011, la tasa fue de 12,6 con un intervalo de confianza del 95% de 7,2 a 18,0.¹²⁵

Durante la temporada 2009 a 2010, en la que los investigadores observaron un dramático aumento de once veces en la pérdida fetal, muchas mujeres embarazadas recibieron dos vacunas contra la gripe, la vacuna contra la gripe estacional, muchas de las cuales contenían 25 microgramos de mercurio procedente del timerosal, y la vacuna contra la gripe pandémica H1N1, que también incluía 25 microgramos de mercurio procedente del timerosal.¹²⁶

Por el contrario, las mujeres embarazadas recibieron solo la vacuna contra la gripe estacional de 2008 a 2009, y de 2010 a 2011 recibieron una única vacuna “combinada”. Además, entre 2008 y 2009, sólo el 11,3% de las mujeres embarazadas recibieron la vacuna contra la gripe estacional, mientras que entre 2009 y 2010, un 43% recibió la vacuna contra la gripe H1N1. De 2010 a 2011, el 32% recibió la vacuna combinada.¹²⁷ **Goldman sugirió que este aumento de once veces en la pérdida fetal puede deberse a recibir una dosis adicional de timerosal en la vacuna contra el H1N1.**¹²⁸

Asociación del aborto espontáneo con la recepción de la vacuna inactivada contra la influenza que contiene H1N1pdm09 en 2010–11 y 2011–12

La figura 4 muestra los resultados del artículo “Association of Spontaneous Abortion with Receipt of Inactivated Influenza Vaccine Containing H1N1pdm09 in 2010-11 and 2011-12”, publicado en la revista *Vaccine* en 2017.¹²⁹ El autor principal, el Dr. James Donahue, es epidemiólogo principal del Instituto de Investigación Clínica Marshfield en Marshfield, Wisconsin. La Oficina de Seguridad de las Inmunizaciones de los CDC colaboró con los investigadores de la Clínica Marshfield en este esfuerzo. En este estudio, las mujeres que recibieron la vacuna H1N1 tuvieron un odds ratio de 2,0 de pérdida fetal dentro de los 28 días posteriores a la vacunación en cualquiera de las dos “temporadas de gripe” 2010-2011 y 2011-2012, con un intervalo de confianza del 95% de 1,1 a 2,0. 3,6, en comparación con las mujeres embarazadas que no recibieron la vacuna dentro del período de exposición de 28 días.¹³⁰ La razón de probabilidades para las mujeres que recibieron la vacuna pH1N1 durante la temporada anterior aumentó a 7,7 con un intervalo de confianza del 95% de 2,2 a 27,3.¹³¹

Probabilidad de aborto espontáneo en mujeres que recibieron dos vacunas contra la gripe H1N1 en años consecutivos versus mujeres no vacunadas

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X17308666>

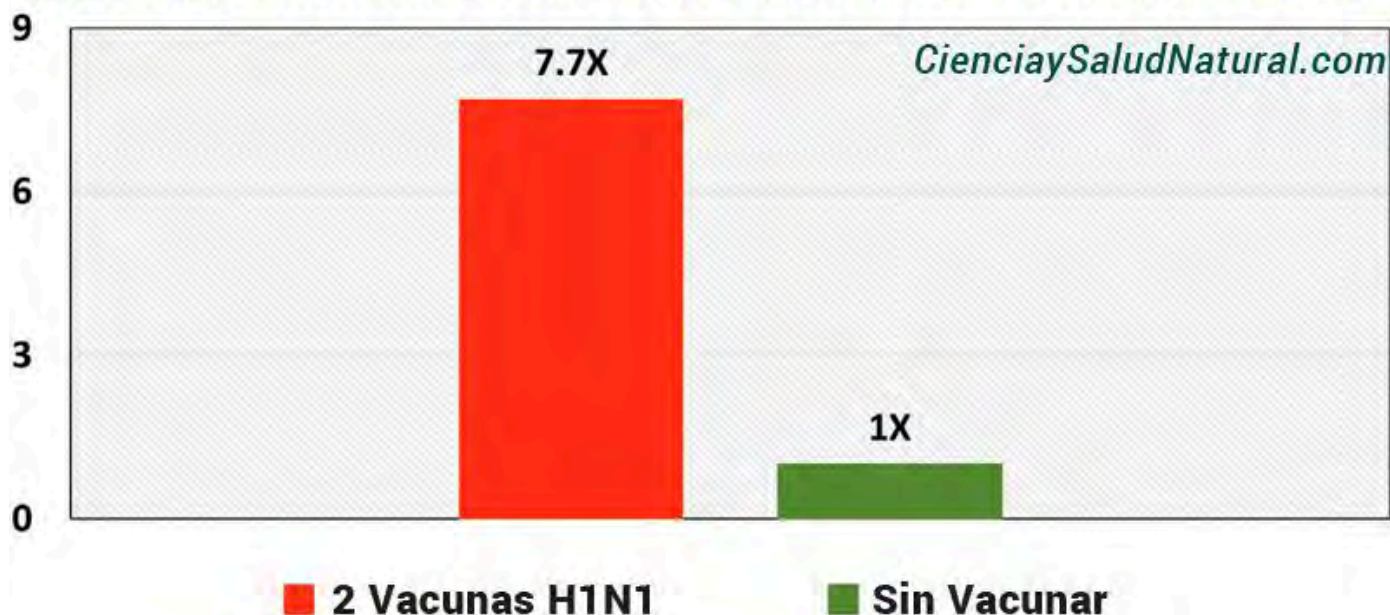


Figura 4: Relación de probabilidades de aborto espontáneo en mujeres que recibieron dos vacunas contra la gripe H1N1 en años consecutivos versus mujeres no vacunadas (Donahue et al. 2017).

En un estudio de seguimiento, Donahue investigó el riesgo de aborto espontáneo debido a la vacuna contra la gripe estacional.¹³² Los autores del estudio no vieron ningún efecto estadísticamente significativo. Sin embargo, el estudio no tuvo suficiente poder estadístico debido a la pequeña cohorte de mujeres observada. Consistentemente, los investigadores utilizaron menos de 100 pares de casos y controles para el análisis combinado de tres temporadas de influenza y obtuvieron algunos resultados para temporadas individuales a partir de tan solo 11 pares de casos y controles. Además, los investigadores completaron un análisis de poder como parte de este estudio, que es un análisis de cuánto poder estadístico posee el estudio para encontrar una asociación. En este estudio, la probabilidad de ocurrencia mínima que se pudo detectar con certeza estadística fue un 3,5.¹³³ La probabilidad de ocurrencia informada en los resultados de este estudio estaban todos por debajo de 2,0.¹³⁴ Por lo tanto, si esto representaba un aumento real en la tasa de abortos espontáneos debido a la vacunación contra la influenza, este estudio no pudo capturarlo, lo que hace que todo el análisis carezca de sentido.

Vacunación contra la influenza en mujeres embarazadas y eventos adversos graves en la descendencia

La figura 5 muestra los resultados del artículo "Vacunación contra la influenza en mujeres embarazadas y eventos adversos graves en la descendencia", publicado en la *Revista*

Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública en 2019.¹³⁵ El Dr. Alberto Donzelli, autor del artículo, es de el Comité Científico de la Fondazione Allineare Sanità e Salute en Milán, Italia. En este artículo, volvió a analizar datos de cuatro ensayos controlados aleatorios (ECA) que estudiaron la vacuna materna contra la influenza. **Donzelli demostró que las mujeres embarazadas que recibieron la vacuna contra la gripe tenían una mayor incidencia de eventos adversos graves (EAG) que las mujeres que recibieron la vacuna meningocócica.** En un ECA realizado por Tapia et al., al comparar una vacuna trivalente contra la influenza con virus inactivados (prueba) versus una vacuna meningocócica (control),¹³⁶ Donzelli calcularon el total de EAG en 225 o 10,90 % y 175 o 8,57 % para los grupos vacunados y “control”, respectivamente.¹³⁷ A partir de esto, el Dr. Donzelli obtuvo un riesgo relativo de 1,27 en el grupo de la vacuna contra la gripe con un IC del 95% de 1,05 a 1,53, que fue estadísticamente significativo.¹³⁸ El número de vacunas administradas “necesarias para dañar” a un solo individuo fue 42,98.¹³⁹ Recordemos que los ECA son el “estándar de oro” de los estudios clínicos .

Incidencia de eventos adversos graves en el bebe después de recibir la vacuna contra la gripe durante el embarazo en comparación con la vacuna meningocócica

Extractado del libro Vax-Unvax de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker

<https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4347>

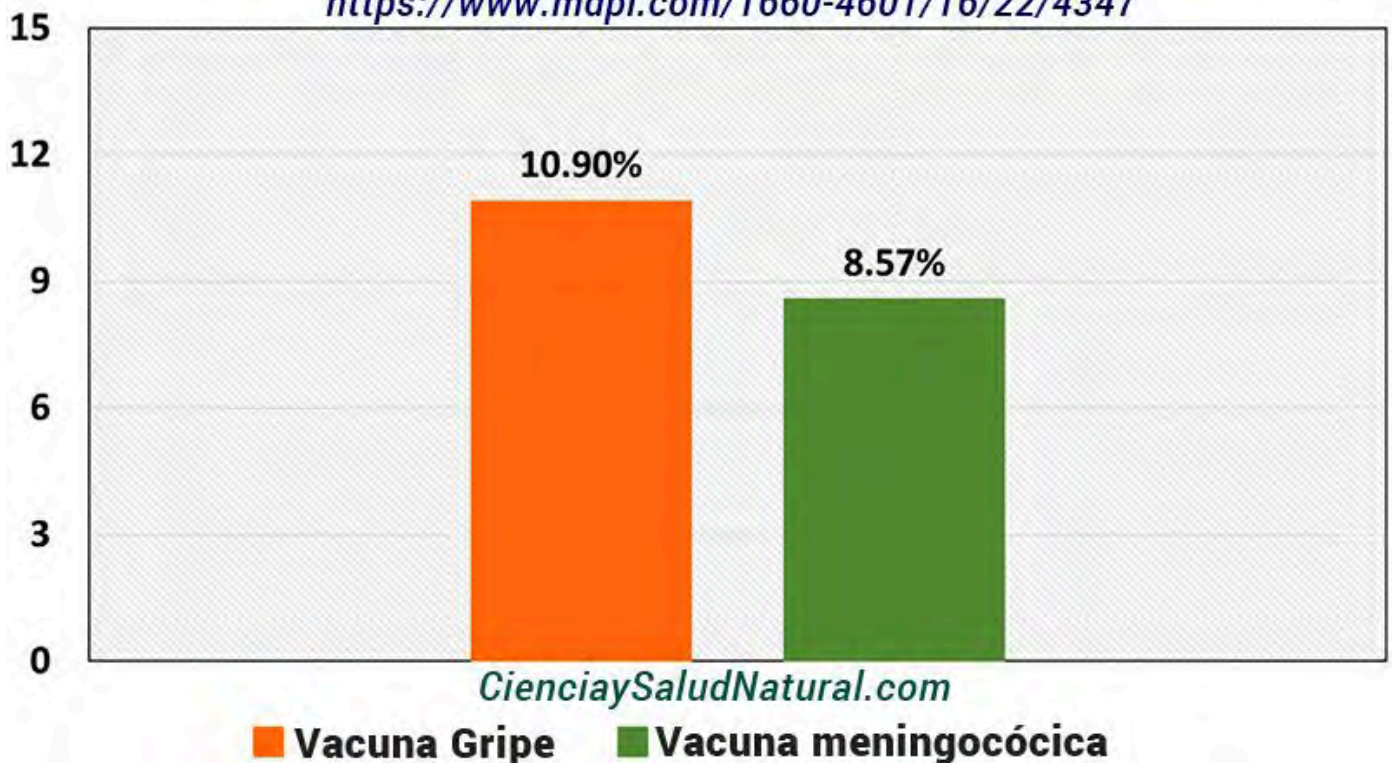


Figura 5—Incidencia de eventos adversos graves después de recibir la vacuna contra la gripe durante el embarazo en comparación con la vacuna meningocócica (Donzelli et al. 2019a). <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4347>

Los investigadores del ECA, ensayo controlado aleatorizado (en inglés, randomized controlled trial, RCT) original enterraron estos datos en un suplemento de su artículo científico. El resumen

del artículo informó un aumento estadísticamente significativo en la infección neonatal en el grupo vacunado contra la influenza, con un valor de p igual a 0,02.¹⁴⁰ Sin embargo, como observó Donzelli, los autores del estudio RCT **omitieron mencionar que también encontraron eventos adversos graves además de las infecciones neonatales. Estos investigadores tampoco lograron señalar que el total de abortos espontáneos fue significativamente mayor en el grupo vacunado contra la influenza.**¹⁴¹

No es evidente por qué los investigadores del ensayos controlados aleatorios (ECA) original **administraron al grupo de control la vacuna meningocócica que no se recomienda para mujeres embarazadas en lugar de un placebo de solución salina inerte.** Desafortunadamente, esta elección garantizó que el ensayo no arrojaría un perfil de seguridad preciso para la vacuna trivalente contra la influenza con virus inactivados en mujeres embarazadas. El hecho de que los diseñadores del ensayo hicieran esa elección puede indicar que creían que el número de eventos adversos graves sería inaceptablemente alto en comparación con un verdadero control con placebo.

¿Vacunación contra la influenza para todas las mujeres embarazadas? Hasta ahora, la evidencia menos sesgada no lo favorece

La figura 6 muestra los resultados del artículo “¿Vacunación contra la influenza para todas las mujeres embarazadas? So Far the Less Biased Evidence Does Not Favor It”, publicado en la revista *Human Vaccines & Immunotherapeutics* en 2019.¹⁴² El autor de este artículo, el Dr. Alberto Donzelli, continuó reanalizando el ensayo controlado aleatorio (ECA) completado por Tapia et al. . En este ECA, las mujeres del grupo de la vacuna contra la gripe experimentaron 52 abortos espontáneos frente a las mujeres del grupo de control (la vacuna meningocócica), que experimentaron 37 abortos espontáneos.¹⁴³ Esto dio un riesgo relativo marginalmente significativo de 1,39 de aborto espontáneo en el grupo vacunado contra la influenza (valor de p = 0,122 y un IC del 95% de 0,92 a 2,11).¹⁴⁴

Riesgo relativo de aborto espontáneo en mujeres embarazadas que reciben la vacuna contra la gripe

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2019.1568161>

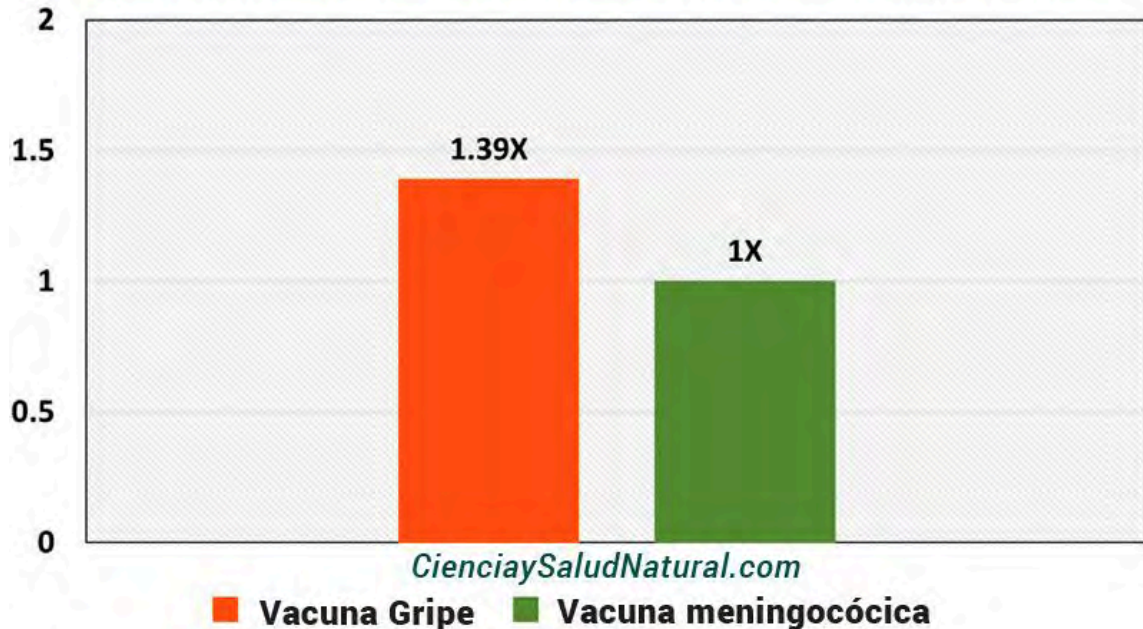


Figura 6—Incidencia de aborto espontáneo en mujeres embarazadas que reciben la vacuna contra la gripe versus la vacuna meningocócica (Donzelli et al. 2019b).

La figura 7 muestra los resultados del artículo “Respuesta inflamatoria a la vacuna trivalente contra el virus de la influenza entre mujeres embarazadas”, publicado en *Vaccine* en 2011.¹⁴⁵ La autora principal es la Dra. Lisa Christian, afiliada al Departamento de Psiquiatría, el Instituto de Salud del Comportamiento. Investigación Médica, el Departamento de Psicología y el Departamento de Obstetricia y Ginecología de los Centros Médicos de la Universidad Estatal de Ohio en Columbus. Los resultados adversos del embarazo, como la preeclampsia y el parto prematuro, se asocian con niveles más altos de inflamación.¹⁴⁶ En consecuencia, las mujeres embarazadas que recibieron la vacuna trivalente contra la influenza con virus inactivados mostraron aumentos en la proteína C reactiva con un valor de p inferior a 0,05 y en el factor de necrosis tumoral α (TNF- α) con un valor de p equivalente a 0,06 dos días después de la vacunación.¹⁴⁷

Respuesta inflamatoria a la vacuna trivalente contra el virus de la influenza entre mujeres embarazadas

Respuesta inflamatoria a la vacuna trivalente contra el virus de la influenza entre mujeres embarazadas

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X1101445>

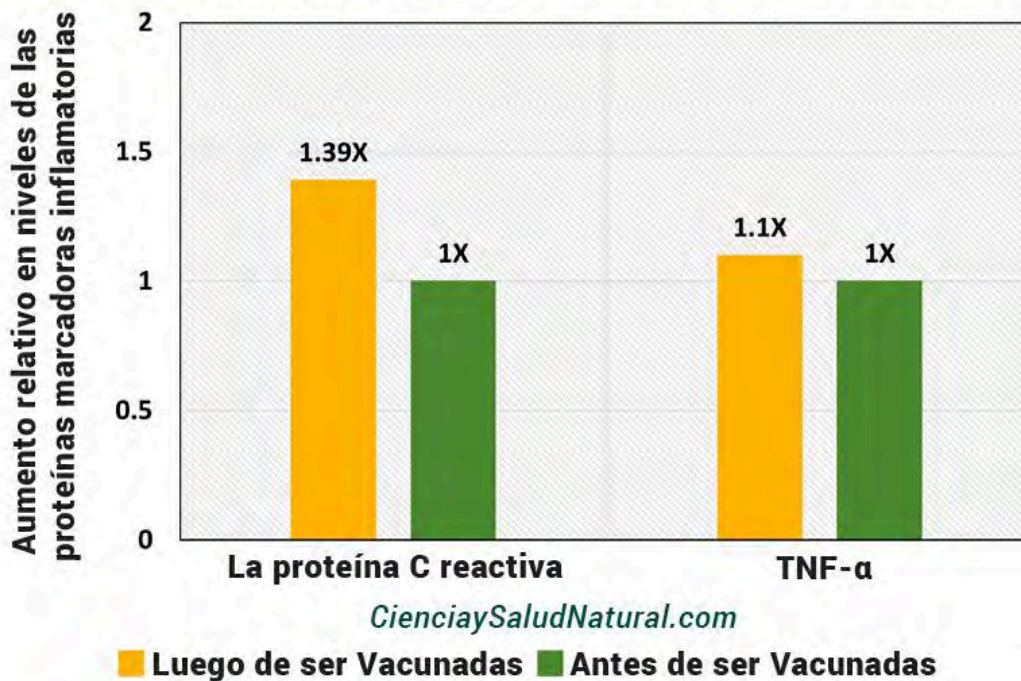


Figura 7: Aumentos en las proteínas marcadoras inflamatorias en mujeres embarazadas después de la vacunación contra la influenza en comparación con antes de la vacunación (Christian et al. 2011).

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X11014459>

La proteína C reactiva y el TNF- α son marcadores inflamatorios; los valores altos indican altos niveles de inflamación en el cuerpo. Los marcadores inflamatorios elevados se consideran normales cuando el cuerpo combate una infección aguda. Aún así, pueden indicar una afección crónica, como una enfermedad autoinmune, si persisten altos niveles de inflamación. Los autores del estudio señalaron que los aumentos observados probablemente fueron menores que los asociados con la infección por influenza.¹⁴⁸ Sin embargo, los parámetros inflamatorios investigados en este estudio variaron sustancialmente de persona a persona.¹⁴⁹ Esto conlleva el riesgo de la relación beneficio-beneficio de la vacunación contra la influenza durante el embarazo está en duda, especialmente a nivel individual, dada la posible gravedad de los resultados adversos asociados con la inflamación.

La figura 8 muestra los resultados del artículo "Prenatal and Infant Exposure to Thimerosal from Vaccines and Immunoglobulins and Risk of Autism", publicado en *Pediatrics* en 2010.¹⁵⁰ Christopher Price, epidemiólogo de Abt Associates en Cambridge, Massachusetts, es el autor

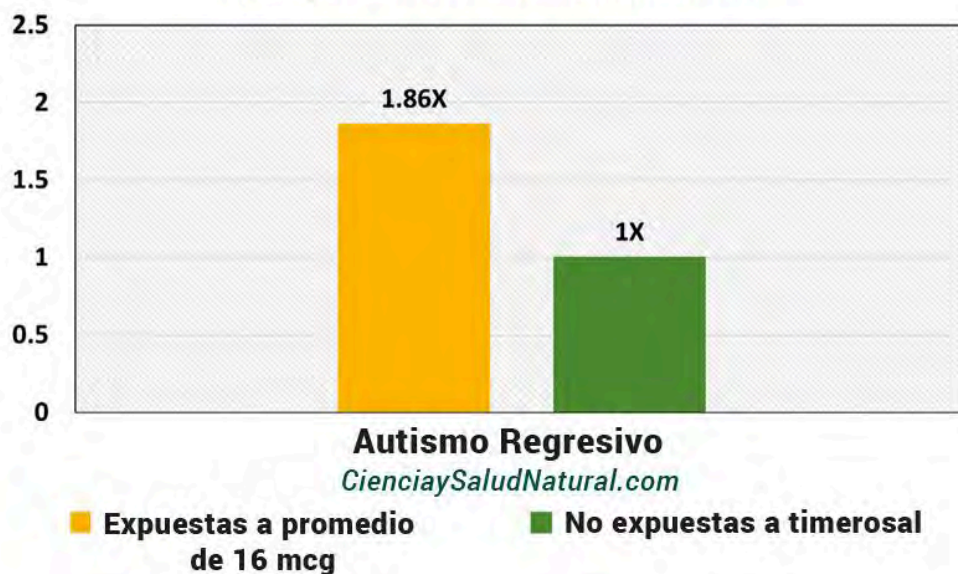
principal. . El autor correspondiente es el Dr. Frank DeStefano, ex director de la Oficina de Seguridad de las Inmunizaciones de los CDC en Atlanta, Georgia. Los autores del estudio investigaron los efectos de la exposición durante el embarazo al timerosal de las vacunas contra la influenza o de la inmunoglobulina administrada a madres Rh negativas (p. ej., RhoGAM). Calcularon una exposición prenatal media en la cohorte del estudio de aproximadamente dos a tres microgramos, ya que la mayoría de las mujeres no recibieron ni la vacuna contra la gripe ni la inmunoglobulina anti-rhoD. ¹⁵¹

Exposición prenatal e infantil al timerosal procedente de vacunas e inmunoglobulinas y riesgo de autismo

Relación de probabilidades de Autismo regresivo por exposición prenatal a timerosal comparando mujeres embarazadas expuestas con mujeres embarazadas que no estuvieron expuestas a timerosal

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20837594/>



Relación de probabilidades de TEA regresiva por exposición prenatal a timerosal comparando mujeres embarazadas expuestas a un promedio de 16 microgramos de timerosal con mujeres embarazadas que no estuvieron expuestas a timerosal (Price et al. 2010). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20837594/>

Los investigadores utilizaron una diferencia de dos desviaciones estándar de exposición, o aproximadamente 16,¹³⁴ microgramos de mercurio respecto del timerosal como umbral para el análisis. ¹⁵² Desafortunadamente, esta es una métrica artificial, dado que la dosis estándar de mercurio procedente del timerosal en una sola vacuna contra la gripe es de 25 microgramos. ¹⁵³ No obstante, los autores del estudio informaron una relación marginalmente significativa entre la exposición prenatal al timerosal y el trastorno regresivo del espectro autista con un odds ratio de 1,86 y un intervalo de confianza del 95% entre 0,945 y 3,660. ¹⁵⁴

En particular, en los estudios de antecedentes que llevaron a esta publicación, los investigadores ejecutaron seis variaciones diferentes del modelo para la exposición prenatal al timerosal y el trastorno regresivo del espectro autista.¹⁵⁵ En dos de los análisis, los investigadores encontraron resultados estadísticamente muy significativos. En los cuatro análisis restantes, los investigadores vieron estadísticamente marginalmente resultados significativos. Desafortunadamente, los CDC sólo destacaron un resultado marginalmente significativo y ocultaron un resultado muy significativo en el informe del estudio original, “Thimerosal y autismo” (por Abt Associates), en las páginas 194 y 20 , 197 .¹⁵⁶ Los CDC no han completado un estudio de seguimiento sobre este resultado y continúan negando un papel entre la exposición al timerosal y el autismo.

Timerosal, Mercurio en la Vacuna

Para las inyecciones que provienen de viales de dosis múltiples, las tres cepas del virus de la influenza se inactivan con formaldehído que es cancerígeno y se conservan con un químico a base de mercurio (timerosal) que es muy neurotóxico.

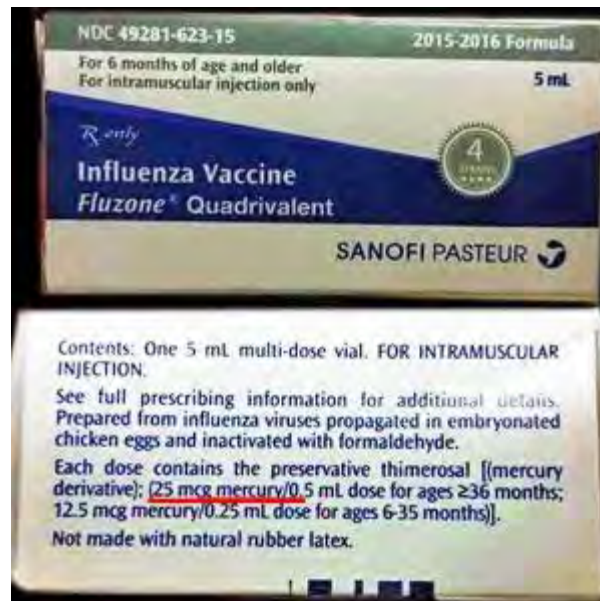
El científico de Johns Hopkins, Peter Doshi, Ph.D., publicó un informe en el British Medical Journal , afirmando que: la política de los CDC, Centro de Control de Enfermedades, de recomendar rutinariamente la vacuna contra la gripe se basa en «estudios de baja calidad que no fundamentan las afirmaciones» Doshi dice que no hay evidencia de que la vacuna reduzca las muertes entre las personas mayores. Curiosamente, Doshi cita un estudio australiano que también encontró riesgos significativos para los niños, afirmando que «1 de cada 110 niños menores de 5 años tuvieron convulsiones después de las vacunas en 2009 para la influenza H1N1». ⁸

CUADRO 1. Vacunas contra la influenza – Estados Unidos, temporada de influenza 2020–21* **Cantidad de Mercurio (Timerosal ver flecha roja)**

Nombre comercial (Fabricante)	Presentación	Indicación de edad	HA (IIV y RIV4) o recuento de virus (LAIV4) para cada virus de vacuna (por dosis)	Ruta	Mercurio (del timerosal) $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$
IIV4					
Dosis estándar, basada en huevo†					
Afluria Cuadrivalente (Seqirus)	0.25-ml PFSS	6 A 35 mos	7.5 $\mu\text{mg}/0,25 \text{ ml}$	IM†	—
	0,5 ml de SLP	≥3 años	15 $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$		—
	5.0-ml MDV§	≥6 mos (aguja/jeringa) 18 A 64 años (inyector de chorro)			24.5 ←
Cuadrivalente Fluarix (GlaxoSmithKline)	0,5 ml de SLP	≥6 mos	15 $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$	IM†	—
FluLaval Cuadrivalente (GlaxoSmithKline)	0,5 ml de SLP	≥6 mos	15 $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$	IM†	—
Fluzona Cuadrivalente (Sanofi Pasteur)	0,5 ml SLP**	≥6 mos	15 $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$	IM†	—
	SDV de 0.5 ml	≥6 mos			—
	MDV 5.0-ml	≥6 mos			25 ←
Dosis estándar, basada en cultivo celular (ccIIV4)					
Flucelvax Cuadrivalente (Seqirus)	0,5 ml de SLP	≥4 años	15 $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$	IM†	—
	MDV 5.0-ml	≥4 años			25 ←
Dosis alta, a base de huevo† (HD-IIV4)					
Fluzona Cuadrivalente de Dosis Alta (Sanofi Pasteur)	0,7 ml de SLP	≥65 años	60 $\mu\text{mg}/0,7 \text{ ml}$	IM†	—
Dosis estándar, basada en huevo† con adyuvante MF59 (aIIV4)					
Fluido Cuadrivalente (Seqirus)	0,5 ml de SLP	≥65 años	15 $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$	IM†	—
IIV3					
Dosis estándar, basada en huevo† con adyuvante MF59 (aIIV3)					
Fluido (Seqirus)	0,5 ml de SLP	≥65 años	15 $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$	IM†	—
RIV4					
HA recombinante					
Flublok Cuadrivalente (Sanofi Pasteur)	0,5 ml de SLP	≥18 años	45 $\mu\text{mg}/0,5 \text{ ml}$	IM†	—
LAIV4					
A base de huevo†					
FluMist Cuadrivalente (AstraZeneca)	Pulverizador intranasal precargado de un solo uso de 0,2 ml	2 A 49 años	10 ^{6.5-7.5} unidades de enfoque fluorescentes/0,2 ml	NAS	—

CienciaYSaludNatural.com/vacuna-contra-la-gripe-riesgos-graves-sin-beneficios

Peligro en Embarazadas



Vacuna de la Gripe Fluzone, contiene 25 mg de mercurio

Resultados Adversos en Madres Embarazadas: Un estudio publicado en la revista *Vaccine* en el 2012, analizó la vacuna contra la gripe en mujeres embarazadas. Nunca antes se había medido lo que ocurría en el sistema inmune y encontraron que al inyectar esta vacuna en mujeres embarazadas, había un aumento de la circulación de los marcadores inflamatorios inmunes. Pero pocos entendieron lo que marcadores inflamatorios significaba en un feto en desarrollo. Hay estudios en la literatura médica que lo expresan claramente: los trastornos esquizofrénicos, trastornos psiquiátricos, y autismo tienen como precursores la inflamación en el útero.⁹

El CDC y los laboratorios fabricantes hacen una gran campaña de marketing infundiendo miedo y exagerando la cantidad de muertes por gripe pero el número promedio de muertes cada año por las cuales la causa se atribuye realmente en los certificados de defunción al virus de la influenza es poco más de 1.000.¹⁰

Hacen figurar las muertes por neumonía como muertes por gripe

La semántica también juega un papel clave en las comunicaciones de los CDC sobre la «gripe». Por ejemplo, la vigilancia ambulatoria de los CDC se centra en la categoría amplia de “[enfermedad similar a la influenza](#)” (*influenza-like illness*” (ILI)), un término casi sin sentido que describe síntomas generales (fiebre, tos y/o dolor de garganta) que cualquier número de virus distintos de la influenza son igualmente capaces de combatir. de desencadenamiento. Cochrane [enumera](#) varios problemas con la dependencia de las ILI para hacer inferencias sobre la influenza:

- No existe “un sistema confiable para monitorear y cuantificar la epidemiología y el impacto de las ILI” y no hay forma de saber qué proporción de las ILI son causadas por la

influenza.

- Casi no hay datos confiables sobre la cantidad de contactos médicos u hospitalizaciones relacionados con ILI, y nadie sabe qué proporción de visitas al médico y hospitalizaciones por ILI se deben a la influenza.

La “neumonía” también es un diagnóstico general que cubre infecciones pulmonares causadas por una variedad de agentes diferentes¹⁴: virus (tanto de influenza como de influenza), **bacterias**, **hongos**, **contaminantes del aire** y muchos otros.

Curiosamente, la hospitalización es una vía común de exposición a patógenos que causan neumonía y la mortalidad por **neumonía adquirida en el hospital supera el 60%**. En un escenario plausible, un adulto hospitalizado por sospecha (pero no confirmada) de “gripe” podría contraer una neumonía letal en el hospital, y su muerte podría atribuirse a “gripe” independientemente de los hechos reales, particularmente porque los médicos no necesariamente ordenar **pruebas de influenza**. Cuando los médicos en entornos ambulatorios solicitan pruebas, relativamente pocas de las muestras de “gripe” (a veces tan solo el 1%) en realidad **dan positivo** para la influenza. En las últimas dos décadas, la proporción de muestras que dieron positivo ha promediado alrededor **del 15%**, lo que significa que alrededor del 85% de las muestras sospechosas de «gripe» no son, de hecho, influenza.

Más sobre el Mercurio y Autismo

Hay **450 estudios sobre los peligros de Timerosal** (mercurio). La vacuna de gripe multidosis tiene 25 mcg. de este ingrediente que es neurotóxico y a pesar de esto se recomienda a madres embarazadas y el Calendario escolar sugiere dosis anual a partir de los 15 meses de edad y anual!.

El científico Senior del CDC, William Thompson, denunció que se había cometido fraude en estudios realizados por el CDC en donde se ocultó la evidencia de que el mercurio en las vacunas causaba tics, y aumento de autismo y solicitó presentar su declaración jurada ante el Congreso de EEUU. pero ya han pasado varios años y este aun no es llamado a testificar. Los medios y la OMS callan.

En 2004, la Agencia de Protección Ambiental (EPA) estimó que 1 de cada 6 mujeres tiene niveles de mercurio en la sangre que podrían representar un riesgo para el feto.

- **Informe del NYT 2004**
- **Mahaffey et al., 2004. Materiales complementarios**

El mercurio atraviesa rápidamente la placenta y se acumula en el feto en niveles más altos que en la madre. Dos estudios realizados en 2012 demostraron que la exposición de una madre al mercurio está relacionada con problemas de atención en sus hijos.

- **Stern y Smith, 2003**

- [Clarkson, 2002.](#)
- [Sagiv et al., 2012](#)
- [Boucher y otros, 2012](#)

Los estudios científicos han documentado que el etilmercurio utilizado en las vacunas ingresa al cerebro infantil y podría afectar etapas críticas del desarrollo cerebral.

- [Burbacher y otros, 2005](#)

Es inconsistente recomendar vacunas que contengan etilmercurio cuando también se aconseja a las mujeres embarazadas que eviten los mariscos con alto contenido de metilmercurio debido a los efectos nocivos conocidos que el mercurio puede tener en el feto en desarrollo.

- [Consejos FDA/EPA 2017](#)

Las vacunas contra la gripe que contienen timerosal contienen 250 veces el nivel de mercurio que utiliza la EPA para clasificar los desechos peligrosos. La vacuna contra la gripe que contiene timerosal no utilizada debe devolverse al fabricante para su eliminación adecuada.

- [Wisconsin DNR 2014](#)
- [Colorado DPHE 2010](#)
- [EPA de Ohio 2017](#)

Un estudio australiano encontró que 1 de cada 110 niños menores de 5 años tuvo convulsiones después de la vacunación con la vacuna FLUVAX H1N1 en 2009.

- [Armstrong y otros, 2011](#)
- [Informe del Departamento de Salud de Australia](#)

Investigaciones adicionales encontraron un aumento en los casos de narcolepsia en niños asociados con la vacuna H1N1.

- [Sarkanen y otros, 2017](#)
- [Partinen et al., 2012](#)
- [Montplaisir y otros, 2014](#)

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) advierte a las mujeres embarazadas y a los niños pequeños que no coman pescado que contenga altos niveles de metilmercurio. Sin embargo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan que las mujeres embarazadas y los bebés se vacunen contra la influenza, muchas de las cuales contienen etilmercurio del conservante timerosal. Recibirlos puede resultar en exposiciones al mercurio que excedan los niveles máximos recomendados por la Agencia de Protección

Ambiental (EPA).

- [Consejos FDA/EPA 2017](#)
- [Recomendaciones de los CDC](#)

Nunca se ha realizado ninguna investigación sobre la exposición fetal al mercurio debido a las vacunas maternas contra la gripe.

Para un bebé de 6 meses, el cálculo es el siguiente: el peso promedio del percentil 50 para un niño de 6 meses es 7,6 kg, la exposición diaria máxima recomendada al metilmercurio según la EPA es 0,1 mcg/kg/día (o 0,76155 mcg para este peso) y una vacuna contra la gripe infantil puede contener 12,5 mcg de mercurio. Esto produce una exposición 16 veces mayor que el límite de la EPA por una sola vacuna contra la gripe.

Se sabe que el mercurio es altamente tóxico para el tejido cerebral y puede afectar etapas críticas del desarrollo del cerebro.

- [Grandjean y Landrigan, 2014](#)

Un estudio de los CDC de 2017 vincula el aborto espontáneo con las vacunas contra la gripe, especialmente en el primer trimestre. Las mujeres embarazadas vacunadas en las temporadas de gripe 2010/2011 y 2011/2012 tenían dos veces más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo dentro de los 28 días posteriores a recibir la vacuna. En las mujeres que habían recibido la vacuna H1N1 en la temporada anterior de gripe, las probabilidades de sufrir un aborto espontáneo dentro de los 28 días eran 7,7 veces mayores que en las mujeres que no recibieron la vacuna contra la gripe durante el embarazo.

- [Donahue et al., 2017](#)

Un estudio publicado en 2016 que analizó la seguridad de las vacunas contra la gripe encontró un riesgo moderadamente elevado de defectos congénitos importantes en los bebés nacidos de mujeres que habían recibido la vacuna contra la gripe durante el primer trimestre del embarazo. Un estudio publicado en 2017 encontró un riesgo elevado de trastornos del espectro autista en niños cuyas madres recibieron la vacuna contra la gripe en el primer trimestre.

- [Cámaras y otros, 2016](#)
- [Zerbo et al., 2017](#)

Está documentado que la administración de la vacuna contra la gripe provoca una respuesta inflamatoria en mujeres embarazadas. Investigaciones recientes encontraron que la inflamación durante el embarazo está asociada con el desarrollo de trastornos del espectro autista.

- [Cristiano y otros, 2011](#)

- [Cristiano y otros, 2010](#)
- [Brown y otros, 2014](#)
- [Patterson, 2011](#)

Un gran estudio realizado en aproximadamente 50.000 mujeres embarazadas durante cinco temporadas de gripe no encontró diferencias en el riesgo de desarrollar gripe o enfermedades similares entre las que recibieron la vacuna contra la gripe durante el embarazo y las que no.

- [Black et al., 2004](#)

Una revisión independiente de 2014 no encontró ensayos controlados aleatorios que evaluaran la vacunación en mujeres embarazadas. Afirma: “La única evidencia disponible proviene de estudios observacionales con calidad metodológica modesta. Sobre esta base, la vacunación muestra efectos muy limitados”.

- [Informe Cochrane 2014 \(página 2\)](#)

Si decide vacunarse, insista en que usted y sus hijos reciban vacunas contra la influenza sin mercurio y no se vacunen contra la influenza el mismo día que otras vacunas.

- [Molinero, 2016](#)

Todas las vacunas, con o sin mercurio, plantean riesgos para la salud. Sin embargo, la vacuna contra la influenza es motivo de gran preocupación, ya que muchas marcas contienen altos niveles de mercurio en sus viales multidosis. Asegúrese de leer los prospectos de cualquier vacuna antes de vacunarse.

- [Decisión de la Corte Suprema en Bruesewitz contra Wyeth](#)

Según los prospectos de la vacuna contra la gripe, “No se ha establecido la seguridad y eficacia en mujeres embarazadas o madres lactantes y sólo debe administrarse a una mujer embarazada si es claramente necesario.

- [Enlace de la FDA a los prospectos de vacunas aprobadas](#)

Un estudio que comparó a los niños que recibieron la vacuna contra la gripe con aquellos que no encontró la misma tasa de gripe en ambos grupos después de la vacunación. También encontró que el grupo de niños que recibió la vacuna contra la gripe tenía una tasa 4,4 veces mayor de infecciones del tracto respiratorio no relacionadas con la gripe.

- [Cowling y otros, 2012](#)

Una revisión en la revista médica *The Lancet* encontró una falta de beneficios para la salud de la vacuna contra la influenza en niños menores de dos años junto con tasas significativamente mayores de eventos adversos relacionados con la vacuna.

- [Jefferson y otros, 2005.](#)

Según los CDC, durante las últimas 14 temporadas, la eficacia de la vacuna contra la influenza ha variado entre el 10% al 60%.

- [Efectividad de la vacuna contra la influenza estacional, 2004-2018 | Influenza estacional \(gripe\) | Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades](#)

Técnicas simples como evitar a las personas con enfermedades similares a la gripe, llevar una dieta saludable y lavarse bien las manos pueden prevenir muchos casos de gripe. Si contrae influenza, optimizar los niveles de vitamina D, la ingesta de líquidos y el descanso pueden estimular la función inmune.

- [Recomendaciones de los CDC](#)
- [La vitamina D y la gripe](#)
- [Gripe epidémica y vitamina D](#)

¿Es segura la vacuna contra la influenza durante el embarazo?

Siempre ha sido un principio de la medicina, que [no se debe vacunar a las mujeres embarazadas](#), excepto en casos extremos, porque el riesgo para el desarrollo del bebé en el útero es demasiado alto. Sin embargo, esta política ha sido violada.

Las investigaciones han demostrado que [estimular el sistema inmunológico de una mujer](#) durante el embarazo a mediano y largo plazo [aumenta significativamente el riesgo](#) de que su bebé desarrolle [autismo durante la infancia](#) y/o [esquizofrenia](#) durante la adolescencia o la edad adulta temprana.

También puede [aumentar el riesgo de sufrir convulsiones](#) en el bebé y, posteriormente, en la [edad adulta](#). Pueden ocurrir una serie de [problemas de comportamiento y de desarrollo neurológico](#) en los bebés nacidos de [mujeres estimuladas inmunológicamente](#) durante el embarazo.

Actualmente, el [Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización \(ACIP\)](#) de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) recomienda la vacuna contra la influenza para todas las mujeres embarazadas.

Inicialmente, la mayoría de las vacunas contra la influenza se clasificaron como medicamentos de [categoría B o C](#), lo que significa que no se han realizado estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas y no se sabe si estas vacunas pueden causar daño fetal cuando se

administran a una mujer embarazada o si pueden afectar la capacidad de reproducción.

En 2015, la FDA eliminó las categorías de embarazo debido a preocupaciones de confusión y simplificación excesiva y las reemplazó con la Regla de etiquetado de embarazo y lactancia.¹⁵⁷ Esta regla afecta a todos los productos de vacunas contra la influenza presentados para su aprobación después del 30 de junio de 2015. A medida que se incorpore un nuevo lenguaje, la información sobre los riesgos asociados con la vacunación durante el embarazo aparecerá en 8.1 del prospecto de cada vacuna bajo Resumen de riesgos. Se alienta a los consumidores a leer esta información detenidamente antes de recibir una vacuna.

Antes de la autorización de la FDA para todas las vacunas contra la influenza, **las compañías farmacéuticas no probaron la seguridad y la eficacia en mujeres embarazadas**¹⁵⁸ y hay pocos datos disponibles sobre las respuestas biológicas a estas vacunas que podrían afectar los resultados del embarazo y el parto.¹⁵⁹

Como ya hemos mencionado las mujeres embarazadas también deben saber que la vacuna antigripal multidosis contiene **timerosal**, que es un derivado del mercurio. El mercurio es tóxico para el cerebro y se ha encontrado que está asociado con daño cerebral y retrasos en el desarrollo de bebés cuyas madres estuvieron expuestas a altos niveles de mercurio durante el embarazo.^{160, 161}

En diciembre de 2016, el Congreso promulgó la Ley de Curas del Siglo XXI. Esta nueva ley protege a los fabricantes de vacunas de las demandas en los tribunales civiles si una vacuna autorizada por la FDA administrada a una mujer embarazada causa lesiones o la muerte del feto en el útero.^{162 163} Como resultado, se están desarrollando políticas relacionadas con la compensación de lesiones por vacunas sufridas por un feto en el útero.

En 2017, un estudio financiado por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) informó que las mujeres vacunadas en la primera parte de su embarazo con una vacuna contra la gripe que contenía la cepa pandémica H1N1 (H1N1pdm09) y que también habían sido vacunadas previamente la temporada anterior con una H1N1pdm09- que contenían la vacuna contra la gripe **tenían un mayor riesgo de aborto espontáneo en las primeras cuatro semanas después de la vacunación.** Los CDC realizaron más investigaciones entre mujeres que estaban embarazadas durante las temporadas de gripe 2012-2013 a 2014-2015 y eran elegibles para recibir la vacuna contra la gripe. Este estudio, que contradecía sus hallazgos anteriores, informó que la vacuna contra la influenza no provocó abortos espontáneos en las mujeres evaluadas en el estudio.^{164, 165}

“Las recomendaciones actuales sobre vacunas cuentan con el respaldo del **Congreso Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG)**, la **Academia Estadounidense de Pediatría (AAP)** y otras asociaciones comerciales médicas.

«Con estas recomendaciones, la regla tradicional de evitar cualquier posible exposición tóxica que pueda interferir con el desarrollo normal del feto ha sido suspendida y reemplazada por la

suposición de que **la vacunación** durante **el embarazo** es segura».

Para las inyecciones que provienen de viales de dosis múltiples, las tres cepas del virus de la influenza se inactivan con formaldehído que es cancerígeno y se conservan con un químico a base de mercurio (timerosal) que es muy neurotóxico.

El científico de Johns Hopkins, Peter Doshi, Ph.D., **publicó un informe** en el British Medical Journal , afirmando que: la política de los CDC, Centro de Control de Enfermedades, de recomendar rutinariamente la vacuna contra la gripe se basa en «estudios de baja calidad que no fundamentan las afirmaciones» Doshi dice que no hay evidencia de que la vacuna reduzca las muertes entre las personas mayores. Curiosamente, Doshi cita un estudio australiano que también encontró riesgos significativos para los niños, afirmando que «1 de cada 110 niños menores de 5 años tuvieron convulsiones después de las vacunas en 2009 para la influenza H1N1».

Las vacunas durante el embarazo no tienen base científica

Las compañías farmacéuticas no probaron la seguridad y eficacia de administrar la vacuna contra la influenza a mujeres embarazadas antes de que se autorizaran las vacunas en los EE.UU. , y aún faltan datos sobre las respuestas **inflamatorias** y otras respuestas biológicas a la vacunación durante el embarazo que podrían afectar los resultados del embarazo y el parto. .

En cuanto a la evidencia científica, aún se desconoce si la **vacuna contra la influenza puede causar daño fetal o afectar su capacidad reproductiva, por lo que los prospectos del fabricante de la vacuna establecen que la vacuna contra la influenza sólo debe administrarse a una mujer embarazada si “es claramente necesario”.**

Básicamente, se espera que las mujeres embarazadas sigan las recomendaciones por pura fe, ya que las recomendaciones sobre vacunas no se basan en evidencia científica sólida.

De hecho, las estadísticas de salud sugieren que algo muy mal está sucediendo en los EE. UU., ya que tenemos una de las tasas de mortalidad materna e infantil más altas del mundo.

La activación inmune: causa de autismo y trastornos mentales

Las vacunas contra la gripe pueden causar la «activación inmune», este término describe la activación de los componentes celulares del sistema inmune. El cerebro en desarrollo puede ser dañado por la activación inmune con consecuencias para toda la vida (**Meyer 2009, Deverman 2009, Estes 2016, Kneusel 2014, Careaga 2017, Meyer 2014**). Esta puede ser causada no sólo por el aluminio en algunas vacunas, sino también por el timerosal u otros componentes de la vacuna. La lesión por la activación inmune está vinculada con el autismo, la esquizofrenia, la depresión y otras enfermedades mentales o trastornos del neurodesarrollo. Los efectos de la activación inmune en el cerebro están mediados por el sistema inmunológico, especialmente por las citocinas (**Estes 2016, Meyer 2014, Smith 2007, Choi 2016, de Pineda, 2013**).

En general, se acepta que la activación inmune (por ejemplo, por una infección) durante el embarazo es un factor de riesgo que puede causar autismo o esquizofrenia al feto (Ciaranello 1995, Atladottir 2010, Brown 2012). La intensidad y la duración de la activación inmune y la expresión de citocinas parecen ser factores importantes que influyen en el riesgo de padecer autismo (Meyer 2014). La activación inmunitaria intensa se asocia con un mayor riesgo de autismo en el feto (Careaga 2017, Atladottir 2010).

La inflamación crónica se asocia con un mayor riesgo de autismo (Jones 2017, Zerbo 2014). El momento de la activación inmune en relación con las etapas del desarrollo del cerebro es también un factor importante (Meyer 2006, Meyer 2009).

Las citocinas son un grupo de proteínas y glucoproteínas producidas por diversos tipos celulares que actúan fundamentalmente como reguladores de las respuestas inmunitaria e inflamatoria.
[ver más](#)

Los experimentos con animales han probado los efectos de la activación inmune durante el embarazo y después del nacimiento en el desarrollo de las crías (Meyer 2009, Deverman 2009, Estes 2016, Kneusel 2014, Careaga 2017, Meyer 2014). En estos experimentos, los animales preñados o neonatos (ratones, ratas y monos) son inyectados con sustancias de activación inmune no infecciosas tales como "poli-IC" (que imita una infección viral) o lipopolisacárido (LPS, que imita una infección bacteriana). Estas sustancias causan la activación del sistema inmune sin infección. Inducen la fiebre y la producción de citocinas y pueden tener efectos sustanciales sobre el desarrollo del cerebro si la activación es suficientemente intensa o prolongada y si la exposición se produce durante las etapas vulnerables de desarrollo .

El ácido policitídílico (generalmente abreviado poli IC o poli (I: C)) es un inmunoestimulante. Se utiliza en forma de sal de sodio para simular infecciones virales.

Se ha demostrado que la activación inmunitaria en ratones causa los tres síntomas de comportamiento principales del autismo: disminución de la socialización, disminución de la comunicación y aumento de las conductas repetitivas (Malkova 2012). También se ha demostrado que la activación inmunitaria causa neuropatología (Weir 2015) y anomalías del comportamiento en monos que se asemejan a las conductas en la esquizofrenia y el autismo humano (Bauman 2014, Machado 2015).

La activación inmune también causa comportamientos no asociados con el autismo (citas que vinculan la activación inmune con estos efectos):

1. Reducción de las células de Purkinje (Shi 2009);
2. Disfunción mitocondrial (Giulivi 2013);
3. Incremento del volumen cerebral (por la exposición de la IL-6, Wei 2012 (b)) y densidad de las neuronas en el cerebro (Smith 2012);
4. Inflamación cerebral crónica a largo plazo (Garay 2013); y

5. Interrupción del microbioma (disbiosis) (Hsiao 2013).

La Interleucina-6, IL-6 es responsable de causar efectos en el comportamiento semejantes a los del autismo por la activación inmune

El laboratorio Patterson de CalTech fue el primero en informar que la IL-6, Interleucina-6, es responsable de causar efectos en el comportamiento semejantes a los del autismo por la activación inmune (Smith 2007). Dos estudios de este grupo explican:

“La IL-6 es central para el proceso por el cual la activación inmune materna provoca alteraciones del comportamiento a largo plazo en la descendencia.”(Smith 2007)

“... el bloqueo de la IL-6 previene > 90% de los cambios observados en la descendencia de poli (I: C) – inyectado en hembras que muestran cambios en la expresión génica , así como cambios de comportamiento que se normalizan mediante la eliminación de la IL-6 de la respuesta inmune materna.” (Smith 2007)

“La IL-6 es necesaria y suficiente para mediar estos efectos ya que los efectos son prevenidos mediante la inyección de ratones embarazadas con poli-IC combinados con un anticuerpo anti-IL-6, y son imitados por una sola inyección materna de la IL-6. ”(Garay 2013)

La exposición del cerebro a elevada IL-6 por el virus de ingeniería demostró que la exposición a IL-6 , iniciada después del nacimiento, causa comportamientos parecidos a los del autismo (Wei 2012 (a)). Wei 2012 (a) los estudios de Wei aclaran:

“Hemos demostrado que la IL-6 es un mediador importante de comportamientos semejantes a los del autismo. Los ratones con elevada IL-6 en el cerebro desarrollan comportamientos parecidos a los del autismo, incluyendo deterioro de la capacidad cognitiva, déficit en el aprendizaje, ansiedad y habituación, así como una disminución de la interacción social que se inicia en etapas posteriores. Estos hallazgos sugieren que un aumento de la IL-6 en el cerebro podría modular ciertas alteraciones patológicas y contribuir al desarrollo del autismo.”(Wei 2012 (a))

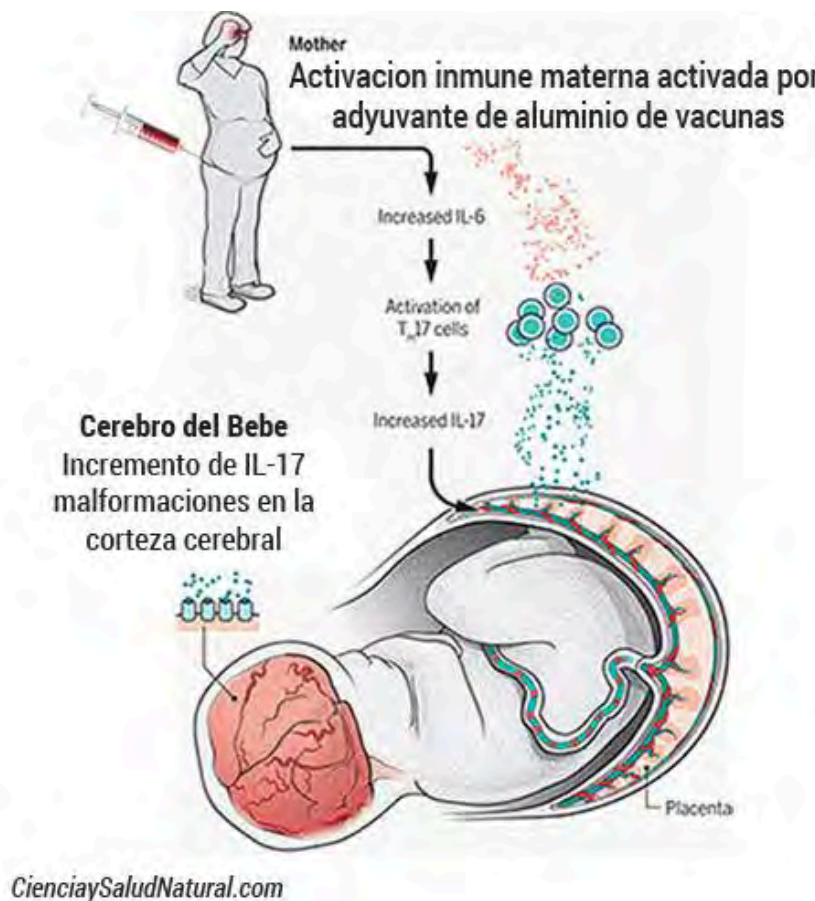
Una evidencia más reciente muestra que la IL-17 actúa aguas abajo de la IL-6 para causar conductas anormales como en el autismo y un desarrollo cortical atípico en ratones (Choi 2016). El bloqueo de la IL-6 o IL-17 impide el comportamiento similar al autismo; una inyección de IL-17 por sí misma causa el comportamiento tipo autismo (Choi 2016). Se sabe que la IL-6 induce la IL-17 mediante la promoción del desarrollo de células Th17 que producen IL-17.

Los modelos animales de activación inmune parecen ser modelos válidos para los trastornos neurológicos / humanos psiquiátricos, incluyendo el autismo (Estes 2016, Careaga 2017, Meyer 2014). La revisión Estes 2016 argumenta a favor de la validez de los modelos de activación inmune con los seres humanos:

“La MIA (activación inmune materna) con modelos en animales cumple todos los criterios requeridos

para la validez de un modelo de enfermedad: imita un conocido factor de riesgo relacionado al modelo de enfermedad (validez de constructo), exhibe una amplia gama de síntomas relacionados con la enfermedad (validez aparente), y puede ser usada para predecir la eficacia de los tratamientos (validez predictiva).”(Estes 2016)

La evidencia sugiere un papel mediador para la IL-6 y la IL-17 en el autismo. Por ejemplo, la IL-6 es significativamente elevada en el cerebelo de las personas con autismo (Wei 2011), y es altamente elevada en algunas regiones del cerebro de algunos individuos con autismo (Vargas 2005). El tratamiento de casos de autismo con luteolina, flavonoide antiinflamatorio mejora los comportamientos en personas con autismo que también experimentan una disminución en los niveles de la IL-6 de la sangre (Tsilioni 2015). Este resultado es consistente con un papel causal para la IL-6 en el autismo. Además, la IL-17 se eleva en el autismo (Akintunde 2015, Al-Ayadhi 2012, Suzuki 2011). La vitamina D reduce la producción de IL-17 (Bruce 2011, Wöbke 2014, Drozdenko 2014) y mejora las conductas autistas en los seres humanos (Saad 2016). Los hallazgos de vitamina D son consistentes con un papel causal para la IL-17 en el autismo.



La activación inmune materna MIA, conduce a un aumento de las células TH17 en la sangre materna. Estas células liberan IL-17, que cruza la placenta y aumenta la expresión del receptor de IL-17 en el cerebro de la descendencia. Esto a su vez conduce a anomalías corticales y conductuales relacionadas con ASD en la descendencia. Myka L.

Estes,

A. Kimberley McAllister, Science 26 Feb 2016: Vol. 351, Issue 6276, pp. 919-920 DOI: [10.1126/science.aaf2850](https://doi.org/10.1126/science.aaf2850)

El funcionamiento de la IL-6 parece ser similar o idéntico en ratones y seres humanos. No hay diferencias humanas del ratón en el funcionamiento de la IL-6 descritas en una revisión del 2004 (Mestas 2004). El funcionamiento de la IL-6 se conserva a través de las especies (Brown 2014). El desarrollo del sistema nervioso central en roedores y humanos se rige por los mismos principios (Brown 2014). Por lo tanto, el hecho de que la IL-6 provoca autismo como anomalías del comportamiento en modelos animales merece una presunción de validez a los seres humanos.

La activación inmunitaria es un factor de riesgo para el autismo, esquizofrenia y otros trastornos neurológicos / psiquiátricos. Las citocinas IL-6 e IL-17 son responsables de la mediación de los efectos de comportamiento parecidos al autismo de activación inmune en los modelos animales. La evidencia disponible apoya un papel causal para la IL-6 y IL-17 en el autismo humano.

No fue la gripe la que causó las muertes de la pandemia de 1918

Investigadores del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID), parte de los Institutos Nacionales de Salud, informan que la mayoría de las muertes durante la pandemia de influenza de 1918-1919 no fueron solo causadas por el virus de la influenza. **La mayoría de las víctimas sucumbieron a una neumonía bacteriana después de la infección por el virus de la influenza.** La neumonía se produjo cuando las bacterias que normalmente habitan en la nariz y la garganta invadieron los pulmones a lo largo de una vía creada cuando el virus destruyó las células que recubren los bronquios y los pulmones.

De un conjunto de más de 2.000 publicaciones que aparecieron entre 1919 y 1929, **los investigadores identificaron 118 informes clave de series de autopsias. En total, la serie de autopsias que revisaron representó 8.398 autopsias individuales realizadas en 15 países.**

Los informes publicados «implicaron clara y sistemáticamente la neumonía bacteriana secundaria causada por la flora respiratoria superior común en la mayoría de las muertes por influenza», dice el Dr. Morens. **Los patólogos de la época, agrega, fueron casi unánimes en la convicción de que las muertes no fueron causadas directamente por el virus de la influenza no identificado en ese momento, sino que fueron el resultado de una neumonía secundaria grave causada por varias bacterias.** Sin las infecciones bacterianas secundarias, muchos pacientes podrían haber sobrevivido, creían los expertos en ese momento. [ver más](#)

Compendio de estudios de expertos para eximir a sus hijos de las vacunas

- **Fundamentos para la exención médica a la vacunación guía para padres y médicos**
- **Ninguna vacuna tiene estudios de seguridad como corresponde**
- **Sobredosis de aluminio en el calendario de vacunación infantil**
- **Lista de los graves riesgos de la Vacuna contra Hepatitis B**
- **DNA de abortos humanos en vacunas infantiles, autismo y cancer**
- **Riesgos graves de la vacuna contra Sarampión, Rubeola y Paperas, SRP**
- **Graves efectos adversos de la Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano, VPH**
- **Vacuna contra la gripe riesgos graves sin beneficios**

Referencias

- 1 <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a2.htm>
- 2 <https://www.cdc.gov/flu/professionals/vaccination/effectiveness-studies.htm>
- 3 <https://www.cdc.gov/flu/fluview/coverage-1415estimates.htm>
- 4 The Lancet https://www.eurekalert.org/pub_releases/2014-03/tl-tqo031314.php
- 5 <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6506a3.htm>
- 6 <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6606a2.htm>
- 7 <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6421a5.htm>
- 8 <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3037>
- 9 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21945263>
- 10 <https://community.cochrane.org/news/why-have-three-long-running-cochrane-reviews-influenza-vaccines-been-stabilised>
- 11 Frutos AM et al. Estimaciones provisionales de la eficacia de la vacuna contra la influenza estacional en 2023-24: Estados Unidos . *MMWR* 29 de febrero de 2024; 73(8): 168-174.
- 12 Irwin L. CDC: Las vacunas contra la gripe tienen una efectividad del 42 por ciento esta temporada, 'en línea con años anteriores'» . *The Hill* , 29 de febrero de 2024.
- 13 Tin A. Los CDC encuentran que las vacunas contra la gripe tienen una efectividad del 42% esta temporada, mejor que en algunos años recientes . *CBS News* 29 de febrero de 2024.
- 14 Thomas RE. ¿Es la enfermedad similar a la influenza un concepto útil y una prueba adecuada de la eficacia de la vacuna contra la influenza? *Vacuna* 2014; 32(19): 2143-2149.
- 15 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. *División de influenza de los CDC* . 2 de noviembre de 2023
- 16 Armitage M. ¿Funciona la vacuna contra la gripe? *GoodRx Health* 3 de octubre de 2023.
- 21 Dierig A, Heron LG, Lambert SB, Yin JK, Leask J, Chow MY, Sloots TP, Nissen MD, Ridda I, Booy R. Epidemiology of respiratory viral infections in children enrolled in a study of influenza vaccine effectiveness. *Influenza Other Respir Viruses*. 2014 May;8(3):293-301. Epub 2014 Jan 31.
- 22 Rikin S, Jia H, Vargas CY, Castellanos de Belliard Y, Reed C, LaRussa P, Larson EL, Saiman L, Stockwell MS. Assessment of temporally related acute respiratory illness following influenza vaccination. *Vaccine*. 2018 Apr 5;36(15):1958-64. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X18303153>
- 23 Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Selecting viruses for the seasonal influenza vaccine; [cited 2020 Aug 17]. <https://www.cdc.gov/flu/prevent/vaccine-selection.htm>.
- 24 Demicheli V, Jefferson T, Al-Ansary LA, Ferroni E, Rivetti A, Di Pietrantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2014 Mar 13;(3):CD001269.

- 25 Jefferson T, Di Pietrantonj C, Rivetti A, Bawazeer GA, Al-Ansary LA, Ferroni E. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Sys Rev.* 2010 Jul 7;(7):CD001269.
- 26 Anderson ML, Dobkin C, Gorry D. The effect of influenza vaccination for the elderly on hospitalization and mortality: an observational study with a regression discontinuity design. *Ann Intern Med.* 2020 Apr 7;172(7):445-52.
- 27 Demicheli V, Jefferson T, Ferroni E, Rivetti A, Di Pietrantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Feb 1;2(2):CD001269.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001269.pub6/full>
- 28 Joshi AY, Iyer VN, Hartz MF, Patel AM, Li JT. Effectiveness of trivalent inactivated influenza vaccine in influenza-related hospitalization in children: a case-control study. *Allergy Asthma Proc.* 2012 Mar-Apr;33(2):e23-7.
https://www.researchgate.net/publication/224824027_Effectiveness_of_trivalent_inactivated_influenza_vaccine_in_influenza-related_hospitalization_in_children_A_case-control_study
- 29 Ohmit SE, Petrie JG, Malosh RE, Cowling BJ, Thompson MG, Shay DK, Monto AS. Influenza vaccine effectiveness in the community and the household. *Clin Infect Dis.* 2013 May;56(10):1363. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23413420/>
- 30 Physicians for Informed Consent. Newport Beach (CA): Physicians for Informed Consent. Vaccines: what about immunocompromised schoolchildren? Dec 2019.
<https://physiciansforinformedconsent.org/immunocompromised-schoolchildren/rgis/>.
- 31 Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. CDC seasonal flu vaccine effectiveness studies; [cited 2020 Apr 17]. <https://www.cdc.gov/flu/vaccines-work/effectiveness-studies.htm>.
- 32 Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. How the flu virus can change: 'drift' and 'shift'; [cited 2020 Aug 17]. <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>.
- 33 Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. How flu vaccine effectiveness and efficacy are measured; [cited 2020 May 14]. <https://www.cdc.gov/flu/vaccines-work/effectivenessqa.htm>.
- 34 Belongia EA, Skowronski DM, McLean HQ, Chambers C, Sundaram ME, De Serres G. Repeated annual influenza vaccination and vaccine effectiveness: review of evidence. *Expert Rev Vaccines.* 2017 Jul;16(7):723,733.
- 35 Centers for Disease Control and Prevention. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. CDC wonder: about underlying cause of death, 1999-2018; [cited 2020 May 2]. <https://wonder.cdc.gov/ucd-icd10.html>; query for death from influenza, 2000-2003. Between 2000 and 2003, there were 61 annual deaths from influenza out of 77 million children age 18 and younger, about 1 death in 1.26 million.
- 36 Harper SA, Fukuda K, Uyeki TM, Cox NJ, Bridges CB; Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2004 May 28;53(RR-6):1-40.

- 37 Simonsen L, Reichert TA, Viboud C, Blackwelder WC, Taylor RJ, Miller MA. Impact of influenza vaccination on seasonal mortality in the US elderly population. *Arch Intern Med.* 2005 Feb 14;165(3):265-72.
- 38 Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jun 2;(6):CD005187.
- 39 Jefferson T. Influenza vaccination: policy versus evidence. *BMJ.* 2006 Oct 28;333(7574):912-5.
- 52 Jeff Kwong et al., "Risk of Guillain-Barré Syndrome after Seasonal Influenza Vaccination and Influenza Health-Care Encounters: A Self-Controlled Study," *The Lancet: Infectious Diseases* 13, no.9: 769–776, doi:10.1016/S1473-3099(13)70104-X.
- 53 David Juurlink et al., "Guillain-Barré Syndrome after Influenza Vaccination in Adults: A Population-Based Study," *Journal of the American Medical Association* 166, no. 20 (2006): 2217–2221, doi:10.1001/archinte.166.20.2217.
- 54 Tamar Lasky et al., "The Guillain–Barré Syndrome and the 1992–1993 and 1993–1994 Influenza Vaccines," *The New England Journal of Medicine* 339, no. 25 (1998): 1797–1802, doi:10.1056/NEJM199812173392501.
- 55 Sharon Rikin et al., "Assessment of Temporally-Related Acute Respiratory Illness following Influenza Vaccination," *Vaccine* 36, no. 15 (2018): 1958–1964, doi:10.1016/j.vaccine.2018.02.105.
- 56 Greg G. Wolff, "Influenza Vaccination and Respiratory Virus Interference among Department of Defense Personnel During the 2017–2018 Influenza Season," *Vaccine* 38, no. 2 (2020): 350–354, doi:10.1016/j.vaccine.2019.10.005.
- 57 Sharon Rikin et al., "Assessment of Temporally-Related Acute Respiratory Illness following Influenza Vaccination," *Vaccine* 36, no. 15 (2018): 1958–1964, doi:10.1016/j.vaccine.2018.02.105.
- 58 Greg G. Wolff, "Influenza Vaccination and Respiratory Virus Interference Among Department of Defense Personnel During the 2017–2018 Influenza Season," *Vaccine* 38, no. 2 (2020): 350–354, doi:10.1016/j.vaccine.2019.10.005.
- 59 Ibid.
- 60 Avni Y. Joshi et al., "Effectiveness of Trivalent Inactivated Influenza Vaccine in Influenza-Related Hospitalization in Children: A Case-Control Study," *Allergy and Asthma Proceedings* 33, no. 2 (2012): e23–e27, doi:10.2500/aap.2012.33.3513.

- 61 Gaetano A. Lanza et al., "Inflammation-Related Effects of Adjuvant Influenza A Vaccination on Platelet Activation and Cardiac Autonomic Function," *Journal of Internal Medicine*, 269 no.1 (2011): 118–125. doi:10.1111/j.1365-2796.2010.02285.x.
- 62 Elizabeth Miller et al., "Risk of Narcolepsy in Children and Young People Receiving AS03 Adjuvanted Pandemic A/H1N1 2009 Influenza Vaccine: Retrospective Analysis," *BMJ* 346, (2013): f794, doi:10.1136/bmj.f794.
- 63 Attila Szakács, Niklas Darin, and Tove Hallböök, "Increased Childhood Incidence of Narcolepsy in Western Sweden After H1N1 Influenza Vaccination," *Neurology* 80, no. 14 (2013): 1315–1321, doi:10.1212/WNL.0b013e31828ab26f.
- 64 Markku Partinen et al., "Increased Incidence and Clinical Picture of Childhood Narcolepsy Following the 2009 H1N1 Pandemic Vaccination Campaign in Finland," *PLoS ONE* 7, no. 3 (2012): e33723, doi:10.1371/journal.pone.0033723.
- 65 Matthew Wise et al., "Guillain-Barré Syndrome during the 2009–2010 H1N1 Influenza Vaccination Campaign: Population-Based Surveillance Among 45 Million Americans," *American Journal of Epidemiology* 175, no. 11 (2012): 1110–1119, doi:10.1093/aje/kws196.
- 66 Jerome I. Tokars et al., "The Risk of Guillain-Barré Syndrome Associated with Influenza A (H1N1) 2009 Monovalent Vaccine and 2009–2010 Seasonal Influenza Vaccines: Results from Self-Controlled Analyses," *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 21, no. 5 (2012): 546–552, doi:10.1002/pds.3220.
- 67 Daniel A. Salmon et al., "Association Between Guillain-Barré Syndrome and Influenza A (H1N1) 2009 Monovalent Inactivated Vaccines in the USA: A Meta-Analysis," *Lancet* 381, no. 9876 (2013): 1461–1468, doi:10.1016/S0140-6736(12)62189-8.
- 68 Elizabeth Miller et al., "Risk of Narcolepsy in Children and Young People Receiving AS03 Adjuvanted Pandemic A/H1N1 2009 Influenza Vaccine: Retrospective Analysis," *BMJ* 346, (2013): f794, doi:10.1136/bmj.f794.
- 69 Attila Szakács, Niklas Darin, and Tove Hallböök, "Increased Childhood Incidence of Narcolepsy in Western Sweden After H1N1 Influenza Vaccination," *Neurology* 80, no. 14 (2013): 1315–1321, doi:10.1212/WNL.0b013e31828ab26f.
- 70 Markku Partinen et al., "Increased Incidence and Clinical Picture of Childhood

Narcolepsy

following the 2009 H1N1 Pandemic Vaccination Campaign in Finland,” *PLoS ONE* 7, no. 3

(2012): e33723, doi:10.1371/journal.pone.0033723.

- 71 Carola Bardage et al., “Neurological and Autoimmune Disorders after Vaccination against Pandemic Influenza A (H1N1) with a Monovalent Adjuvanted Vaccine: Population Based Cohort Study in Stockholm, Sweden,” *BMJ* 343, (2011): d5956, doi:10.1136/bmj.d5956.
- 72 Ibid.
- 73 Ibid.
- 74 Alexa Dierig et al., “Epidemiology of Respiratory Viral Infections in Children Enrolled in a Study of Influenza Vaccine Effectiveness,”
- 101 Medicines Adverse Reactions Committee, “Use of Boostrix (Combined Diphtheria, Tetanus and Pertussis Vaccine) in Pregnancy: Confidential,” report (2020), <https://www.medsafe.govt.nz/committees/marc/reports/181-Use-of-Boostrix.pdf>.
- 102 US Food and Drug Administration, *Fluvirin®: Package Insert*, (Summit, NJ: Seqirus USA Inc., Revised 2017), <https://www.fda.gov/files/vaccines%2C%20-blood%20%26%20biologics/public/Packaging-Insert—Fluvirin.pdf>.
- 103 US Food and Drug Administration, *Comirnaty®: Package Insert* (New York, NY: Pfizer Inc., 2022), <https://www.fda.gov/media/151707/download>.
- 104 US Food and Drug Administration, *Spikevax®: Package Insert* (New York, NY: Moderna Inc., 2022), <https://www.fda.gov/media/155675/download>.
- 105 “Pregnancy Guidelines and Recommendations by Vaccine,” Centers for Disease Control and Prevention, August 31, 2016, <https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp-toolkit/guidelines.html>.
- 106 “Covid-19 Vaccines While Pregnant or Breastfeeding,” Centers for Disease Control and Prevention, Updated June 16, 2022, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html>.
- 107 Centers for Disease Control and Prevention (2021), “COVID-19 Vaccine Pregnancy Registry,” *Vaccine Safety*, accessed May 3, 2023. <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/ensuringsafety/monitoring/v-safe/covid-preg-reg.html>.
- 108 Ousseny Zerbo et al., “Association between Influenza Infection and Vaccination During Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder,” *JAMA Pediatrics* 171, no. 1 (2017): e163609, doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3609.
- 109 Ibid.
- 110 Ibid.
- 111 Juliet Popper Shaffer, “Multiple Hypothesis Testing,” *Annual Review of Psychology* 46, (1995): 561-584, [http://wexler.free.fr/library/files/shaffer%20-\(1995\)%20multiple%20hypothesis%20te](http://wexler.free.fr/library/files/shaffer%20-(1995)%20multiple%20hypothesis%20te)

[sting.pdf](#).

- 112 Alberto Donzelli, Alessandro Schivalocchi, and Alessandro Battaglia, "Influenza Vaccination in the First Trimester of Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder," *JAMA Pediatrics* 171, (2017): 601, doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0753.
- 113 Brian S. Hooker, "Influenza Vaccination in the First Trimester of Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder," *JAMA Pediatrics* 171, no. 6 (2007): 600, doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0734.
- 114 Ousseny Zerbo et al., "Association between Influenza Infection and Vaccination During Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder," *JAMA Pediatrics* 171, no. 1 (2017): e163609, doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3609.
- 115 Ibid.
- 116 Brian S. Hooker, "Influenza Vaccination in the First Trimester of Pregnancy and Risk of Autism Spectrum Disorder," *JAMA Pediatrics* 171, no. 6 (2007): 600, doi:10.1001/jamapediatrics.2017.0734.
- 117 Stephanie A. Irving et al., "Trivalent Inactivated Influenza Vaccine and Spontaneous Abortion," *Obstetrics and Gynecology* 121, no. 1 (2013): 159-165, doi:10.1097/aog.0b013e318279f56f.
- 118 Ibid.
- 119 Ibid.
- 120 James G. Donahue et al., "Association of Spontaneous Abortion with Receipt of Inactivated Influenza Vaccine Containing H1N1pdm09 in 2010-11 and 2011-12," *Vaccine* 35, no. 40 (2017): 5314-5322, doi:10.1016/j.vaccine.2017.06.069.
- 121 James G. Donahue et al., "Inactivated Influenza Vaccine and Spontaneous Abortion in the Vaccine Safety Datalink in 2012-13, 2013-14, and 2014-15," *Vaccine* 37, no.44 (2019): 6673-6681, doi:10.1016/j.vaccine.2019.09.035.
- 122 Stephanie A. Irving et al., "Trivalent Inactivated Influenza Vaccine and Spontaneous Abortion," *Obstetrics and Gynecology* 121, no. 1 (2013): 159-165, doi:10.1097/aog.0b013e318279f56f.
- 123 Gary S. Goldman, "Comparison of VAERS Fetal-Loss Reports during Three Consecutive Influenza Seasons: Was There a Synergistic Fetal Toxicity Associated with the Two-Vaccine 2009/2010 Season?," *Human & Experimental Toxicology* 32, no. 5 (2012) 464-475. <https://doi.org/10.1177/0960327112455067>.
- 124 Ibid.
- 125 Ibid.
- 126 Ibid.
- 127 Ibid.
- 128 Ibid.
- 129 James G. Donahue et al., "Association of Spontaneous Abortion with Receipt of Inactivated Influenza Vaccine Containing H1N1pdm09 in 2010-11 and 2011-12," *Vaccine* 35, no. 40 (2017): 5314-5322, doi:10.1016/j.vaccine.2017.06.069.
- 130 Ibid.
- 131 Ibid.
- 132 James G. Donahue et al., "Inactivated Influenza Vaccine and Spontaneous Abortion

in the Vaccine Safety Datalink in 2012-13, 2013-14, and 2014-15," *Vaccine* 37 (2019): 6673-6681, doi:10.1016/j.vaccine.2019.09.035.

- 133 Ibid.
- 134 Ibid.
- 135 Alberto Donzelli, "Influenza Vaccination of Pregnant Women and Serious Adverse Events in the Offspring," *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, no. 22 (2019): 4347, doi:10.3390/ijerph16224347.
- 136 Milagritos Tapia et al., "Maternal Immunisation with Trivalent Inactivated Influenza Vaccine for Prevention of Influenza in Infants in Mali: A Prospective, Active-controlled, Observer-blind, Randomised Phase 4 Trial," *The Lancet. Infectious Diseases* 16, no. 9 (2016): 1026-1035. doi:10.1016/S1473-3099(16)30054-8.
- 137 Alberto Donzelli, "Influenza Vaccination of Pregnant Women and Serious Adverse Events in the Offspring," *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16, no. 22 (2019): 4347, doi:10.3390/ijerph16224347.
- 138 Ibid.
- 139 Ibid.
- 140 Milagritos Tapia et al., "Maternal Immunisation with Trivalent Inactivated Influenza Vaccine for Prevention of Influenza in Infants in Mali: A Prospective, Active-controlled, Observer-blind, Randomised Phase 4 Trial," *The Lancet. Infectious Diseases* 16, no. 9 (2016): 1026-1035. doi:10.1016/S1473-3099(16)30054-8.
- 141 Ibid.
- 142 Alberto Donzelli, "Influenza Vaccination for All Pregnant Women? So Far the Less Biased Evidence does not Favour It," *Human Vaccines and Immunotherapeutics* 15, no. 9 (2019): 2159-2164, doi:10.1080/21645515.2019.1568161.
- 143 Ibid.
- 144 Ibid.
- 145 Lisa M. Christian et al., "Inflammatory Responses to Trivalent Influenza Virus Vaccine among Pregnant Women," *Vaccine* 29, no. 48, (2011): 8982-8987, doi:10.1016/j.vaccine.2011.09.039.
- 146 Ibid.
- 147 Ibid.
- 148 Ibid.
- 149 Ibid.
- 150 Cristopher S. Price et al., "Prenatal and Infant Exposure to Thimerosal from Vaccines and Immunoglobulins and Risk of Autism," *Pediatrics* 126, no. 4 (2010): 656-664, doi:10.1542/peds.2010-0309.
- 151 Ibid.
- 152 Ibid.
- 153 US Food and Drug Administration, *Fluvirin®: Package Insert*, (Summit, NJ: Seqirus USA Inc., Revised 2017), <https://www.fda.gov/files/vaccines%2C%20-blood%20%26%20biologics/publications/PDF/Package-Insert—Fluvirin.pdf>.
- 154 Cristopher S. Price et al., "Prenatal and Infant Exposure to Thimerosal from

- Vaccines and Immunoglobulins and Risk of Autism," *Pediatrics* 126, no. 4 (2010): 656-664, doi:10.1542/peds.2010-0309.
- 155 Christopher S. Price, Anne Robertson, and Barbara Goodson, "Thimerosal and Autism Technical Report," *Abt Associates* 1, (2009): <https://www.abtassociates.com/insights/publications/report/thimerosal-and-autism-technical-report-volume-1>.
 - 156 Ibid.
 - [157] U.S. Food and Drug Administration. *Pregnancy and Lactation Labeling (Drugs) Final Rule*. Mar. 5, 2021.
 - [158] Gruber MF *Maternal Immunization: US FDA Regulatory Considerations (Abstract)* *Vaccine* July 28, 2003; 21(24): 3487-3491.
 - [159] Christian LM, Iams JD, Porter K. et al. *Inflammatory Responses to Trivalent Influenza Virus Vaccine Among Pregnant Women*. *Vaccine* Sept. 22, 2011; 29(48): 8982-8987.
 - [160] Ayoub D, Yazbak FE. *Influenza vaccination during pregnancy: A critical Assessment of the Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. *Journal of American Physicians & Surgeons* 2006; 11(2): 41-47.
 - [161] Elce D, Celik A. *Genotoxicity of thimerosal in cultured human lymphocytes with and without metabolic activation sister chromatid exchange analysis proliferation index and mitotic index*. *Toxicology in Vitro* June 2008; 22(4): 927-934.
 - [12] Businesswire. *National Vaccine Information Center (NVIC) Calls 21st Century Cures Act "A Wolf in Sheep's Clothing" and Urges Presidential Veto to Protect Public Health*. *NVIC Press Release* Dec. 8, 2016.
 - [163] Feemster KA. *Advisory Commission on Childhood Vaccines Maternal Immunization Working Group Draft Recommendations*. *ACCV* June 7, 2013.
 - [164] U.S. Centers for Disease Control and Prevention. *Addressing Concerns Pregnant People Might Have about Influenza Vaccine Safety*. In: *Influenza (Flu)*. Sept. 3, 2021.
 - [165] Wrangham, T *ACIP: 2018-2019 Flu Vaccine 44 Percent Effective* *National Vaccine Information Center* Apr. 7, 2019.

9. Inyección contra Covid grave riesgo en embarazadas y bebés por nacer

25 abril, 2023 Efectos Adversos, Embarazadas, vacunas

<https://cienciaysaludnatural.com/embarazadas-y-bebes-en-grave-riesgo-por-las-inyecciones-k0-b1t/>

- (En construcción)
- Las mujeres embarazadas fueron excluidas de los ensayos clínicos
- Datos de riesgo grave en los propios prospectos
- Intervención fraudulenta del CDC
- Aumento del 4000 % en abortos espontáneos y muertes fetales
- Primeros fracasos de la inyección Covid
- EMA admite efectos adversos en la fertilidad femenina

Un **estudio de cohorte retrospectivo** de base poblacional revisado por pares, del Dr. James. A Thorp, Peter McCullough et al. , evaluó las tasas de eventos adversos (AE) para la inyección Covid dando como resultado: anomalías en la menstruación, abortos espontáneos, anomalías cromosómicas fetales, malformación fetal, higroma quístico fetal, trastornos cardíacos fetales, paro cardíaco fetal, arritmias fetales, mala perfusión vascular fetal, anomalías del crecimiento fetal, trombosis placentaria, muerte fetal, bajo nivel de líquido amniótico, preeclampsia, parto prematuro, ruptura prematura de membrana y muerte prematura del bebé. Todos los Efectos Adversos de la inyección Covid superan varias veces la señal de seguridad en todos los umbrales reconocidos. Estos resultados requieren una moratoria mundial sobre la uso de las inyecciones K0 B1T en el embarazo.

Los informes de eventos adversos se contaron a nivel mundial y dentro de los EE. UU. tanto para la inyección contra la COVID-19 como para la vacuna contra la influenza. Los recuentos globales de estos eventos, que incluyen los recuentos de EE.UU., se enumeran en la Tabla 1. Los recuentos de EE. UU. solo se incluyen en el Suplemento de la **Tabla 1**.

Conclusiones

Este estudio respalda las recomendaciones de la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios del Reino Unido y del Consejo Mundial de Salud contra la vacunación contra la COVID-19 y las dosis de refuerzo para mujeres embarazadas y lactantes.

Dado que las vacunas contra la COVID-19 están autorizadas en virtud de la Autorización de Uso de Emergencia (EUA) sin ningún ensayo de seguridad riguroso antes de su administración al público en general, es imperativo que se preste especial atención al control de todas y cada una

de las señales de seguridad. La administración de vacunas contra COVID-19 en el embarazo y en mujeres en edad reproductiva debe suspenderse de inmediato hasta que se puedan investigar por completo estas señales de seguridad.

Antecedentes



Embarazadas y bebés en grave riesgo por las inyecciones K0 B1T. Ponencia de Alberto Castro, editor de Ciencia y Salud Natural .com en el Seminario Internacional sobre la Pandemia K0 B1T . Organiza OMV: Juez, Angelo Giorgianni, Dra. Chinda Brandolino, <https://www.bitchute.com/video/cFHxjM65csw/>

A pesar de los **85.316 muertes** y **6.845.391 efectos adversos** reportados entre EE.UU. y Europa luego de la inyección K0 B1T hasta marzo del 2023, se sigue inoculando contra Covid con estas inyecciones génicas experimentales mal llamadas vacunas.

En mayo del 2021 esta cifra era 5 veces menor. Hubo **15.696 muertes** y **1.379.654 efectos adversos** reportados.

Sólo EE.UU y Europa	2021	2023
Muertes	15.696	85.316
Efec. Adversos	1.379.654	6.845.391

Muertes y Efect. Adversos reportados en VAERS y Eudravigilance Ver [Fuente](#) año 23 – [Fuente](#) año 21

En la investigación posterior a la comercialización en los propios documentos de Pfizer, se **registraron 1.223 muertes** sin precedentes, después de la inyección en menos de 90 días. Con esta cantidad de muertes, la inyección debería haberse retirado inmediatamente del mercado en diciembre de 2020.

https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/04/reissue_5.3.6-postmarketing-experience.pdf , (página 7, Table 1)

5.3.6 CUMULATIVE ANALYSIS OF POST-AUTHORIZATION ADVERSE EVENT REPORTS OF PF-07302048 (BNT162B2) RECEIVED THROUGH 28-FEB-2021

BNT162b2

5.3.6 Cumulative Analysis of Post-authorization Adverse Event Reports

https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/04/reissue_5.3.6-postmarketing-experience.pdf

Table 1 below presents the main characteristics of the overall cases.

Table 1. General Overview: Selected Characteristics of All Cases Received During the Reporting Interval

	Characteristics	Relevant cases (N=42086)
Gender:	Female	29914
	Male	9182
	No Data	2990
Age range (years): 0.01 -107 years Mean = 50.9 years n = 34952	≤ 17	175 ^a
	18-30	4953
	31-50	13886
	51-64	7884
	65-74	3098
	≥ 75	5214
	Unknown	6876
Case outcome: 1.223 muertes después de la inyección en menos de 90 días	Recovered/Recovering	19582
	Recovered with sequelae	520
	Not recovered at the time of report	11361
	Fatal	1223
	Unknown	9400

a. in 46 cases reported age was <16-year-old and in 34 cases <12-year-old. [CienciaySaludNatural.com](https://www.cienciaysaludnatural.com)

(página 7, Table 1) https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/04/reissue_5.3.6-postmarketing-experience.pdf

Pfizer intentó bloquear que este informe y otros se hicieran públicos durante 75 años pero fracasó. Como referencia la vacuna contra la gripe porcina se retiró inmediatamente del mercado en 1976 después de solo 26 muertes y algunos casos de síndrome de Guillain Barre.

Una de las aberraciones más urgentes a atender es el riesgo en las embarazadas

Las mujeres embarazadas y en período de lactancia fueron excluidas de los ensayos clínicos de fase III originales de Pfizer y Moderna, por lo que cualquier recomendación para vacunarlas fue una apuesta. Sin embargo, la inyección fue declarada segura y efectiva para mujeres embarazadas. La recomendación de inyecciones de terapia génica experimental, no probadas en el embarazo sigue siendo una de las mayores violaciones de la ética médica en la historia de la medicina.

Recientemente, se dio a conocer al público un extenso informe de evaluación de vacunas de enero del 2021, patrocinado por Pfizer y presentado a la agencia reguladora australiana, conocida

como la **Administración de Productos Terapéuticos (TGA)**, la misma se pudo conocer gracias a una solicitud de Libertad de Información (FOIA).

El informe contiene datos sobre los problemas de seguridad en el embarazo y los impactos en la fertilidad de mujeres en edad fértil. Esta datos **habían sido ocultados por la TGA y por la propia Pfizer**, en donde se destacan cuatro puntos claves:

1. La rápida disminución de anticuerpos y células T en monos después de una segunda dosis;
2. Los problemas sobre la biodistribución (publicados en el 2021 a través de una solicitud de libertad de información en Japón);
3. Datos sobre el impacto en la fertilidad de ratas;
4. Datos sobre anomalías fetales en ratas.



Australian Government

Department of Health

Therapeutic Goods Administration

<https://www.tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-06.pdf>

Nonclinical Evaluation Report

BNT162b2 [mRNA] COVID-19 vaccine (COMIRNATY™)

Submission No: PM-2020-05461-1-2

Sponsor: Pfizer Australia Pty Ltd

January 2021

<https://www.tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-06.pdf>

1. Los anticuerpos y las células T en monos disminuyeron rápidamente durante cinco semanas después de la segunda dosis de la inyección de Pfizer Covid, BNT162b2 (V9), planteando preocupaciones sobre la inmunidad a largo plazo. Esto indica que los reguladores sabían desde el principio que era imposible que el ciclo inicial de dos dosis, confiriera una inmunidad duradera. Este fracaso fue **reconocido** recientemente por el propio **Anthony Fauci**, ex-director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID). Además muchos hemos visto la declaración de la ejecutiva de Pfizer, Janine Small, admitiendo ante el Parlamento de la UE que Pfizer no probó las inyecciones Covid para prevenir la transmisión de COVID antes de ponerlas a disposición del público. Small dice: «Teníamos que movernos realmente a la velocidad de la ciencia... teníamos que hacer todo asumiendo riesgos».

2. Los estudios de biodistribución de las nanopartículas lipídicas en ratas, [revelado en 2021](#) demostraron que la inyección recorría todo el cuerpo y se distribuye no solo en el lugar de la inyección sino en todos los órganos analizados, con una alta concentración en:

- los ovarios,
- el hígado,
- las glándulas suprarrenales y
- el bazo.

A principios del 2021, las autoridades aseguraban que el contenido de la inyección se quedaba en el brazo, ahora sabemos que no estaban siendo honestas.

<https://pandemictimeline.com/2021/05/japan-shares-biodistribution-study-of-pfizer-covid-19-vaccine/> –

<https://www.docdroid.net/bTvg79y/australian-biodistribution-report-pfizer-pdf#page=3>

3. En cuanto al impacto sobre la fertilidad y las anomalías fetales, el informe incluye un estudio de 44 ratas y describe dos métricas principales, la tasa de pérdida previa a la implantación y el número de anomalías por feto. **En ambos casos, las métricas fueron significativamente más altas para las ratas vacunadas que para las ratas no vacunadas.**

<https://www.tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-06.pdf> pag. 55

Datos de riesgo grave en los propios prospectos

Los datos posteriores a la comercialización publicados en [el prospecto de Corminaty](#) demuestran un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis, particularmente dentro de los 7 días después de la segunda dosis. El riesgo observado es más alto en hombres de 12 a 17 años de edad. [Item 5.2 pag. 8](#)

<https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/myocarditis.html>.

El [item 5.3](#) del prospecto menciona la posibilidad de Síncope, es decir desmayo.

En el [Item 8.1](#)

Los datos disponibles sobre COMIRNATY administrada a mujeres embarazadas son insuficiente para informar los riesgos asociados con la inyección en el embarazo. Se ha realizado un estudio de toxicidad del desarrollo en ratas hembra a las que se administró y luego dice «no reveló evidencia de daño al feto debido a la vacuna». Esto último se ha demostrado que no es cierto a partir de los documentos publicados en Australia recientemente mencionados.

Luego en [el item 8.2](#) dice: «No se sabe si COMIRNATY se excreta en la leche humana. No hay datos disponibles para evaluar los efectos de COMIRNATY sobre el lactante o sobre la

producción/excreción de leche». Esto tampoco es cierto dado que **ya hay estudios demostrando** que esto, realmente acontece.

El **ítem 13.1** dice «COMIRNATY no ha sido evaluado por el potencial de causar carcinogenicidad, genotoxicidad o deterioro de fertilidad masculina. En un estudio de toxicidad del desarrollo en ratas con COMIRNATY, no hubo cambios relacionados con la vacuna. Esto **tambien es Falso**

En el **ítem 8.1 de el prospecto de Moderna** dice: «Datos disponibles sobre SPIKEVAX administrado a mujeres embarazadas es insuficiente para informar los riesgos asociados con la vacuna en el embarazo»



Dr. Chris Shoemaker, Como la inyección K0 B1T es tóxica para embarazadas y sus bebés <https://www.bitchute.com/video/fNOIK10f503u/>

Antecedentes

Intervención fraudulenta del CDC

Durante el apogeo de la propagación del miedo pandémico, el director de la Oficina de Seguridad de Inmunización de los CDC , el Dr. Tom Shimabukuro, fue coautor de un estudio muy influyente pero estadísticamente defectuoso. El **estudio** fué publicado el 21 de abril del 2021 en el New England Medical Journal (NEJM) , con la conclusión de que no había problemas de seguridad obvios con el uso de las inyecciones COVID-19 durante el embarazo. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2104983> .

En base a un cálculo defectuoso, las conclusiones del estudio fueron que la tasa de aborto espontáneo para las vacunadas era del 12,6%. El estudio concluyó que la inyección era segura, por supuestamente estar en línea con los datos históricos de abortos espontáneos. El defecto está en que los autores del estudio llegaron a esta tasa de aborto espontáneo incluyendo a 700 participantes «vacunadas» en el tercer trimestre., **sin embargo, por definición médica, el aborto espontáneo solo puede ocurrir antes de las 20 semanas de embarazo.**

Estas participantes nunca podrían haber sufrido un aborto espontáneo, es decir ya habían pasado el periodo del embarazo en el que podría ocurrir un aborto espontáneo.

Colocar a estas 700 participantes del estudio que recibieron la “vacuna” después de las 28 semanas de embarazo en el denominador de aborto espontáneo (antes de las 20 semanas) redujo efectivamente la tasa de aborto espontáneo del estudio del 82 % al 12,6 %.

Los siguientes datos VAERS hasta mediados de Marzo de 2023 – el Sistema de Informe de Eventos Adversos de Vacunas, de EE.UU., demuestran que hubo un **aumento del 4000 %** en abortos espontáneos y muertes fetales desde el inicio de la vacunación contra Covid.



<https://openvaers.com/covid-data/reproductive-health>

Primeros fracasos de la inyección Covid

Ya en la década del 2000, y durante los últimos 20 años, se hicieron muchos intentos para crear vacunas contra el coronavirus, todo terminó en fracasos porque los animales en los ensayos clínicos se enfermaban gravemente y muchos murieron.

Se puede ver el resumen de esta historia [aquí](#) o consultar estos enlaces:

- En 2004, el intento de vacunación produjo **hepatitis en hurones**.
- En 2005, los **ratones** y las **civetas** se enfermaron y se volvieron más susceptibles a los coronavirus después de ser vacunados.
- En 2012, los **hurones** enfermaron y murieron. Y en **otro estudio**, los ratones y hurones desarrollaron una enfermedad pulmonar.
- En 2016, **otro estudio** también produjo enfermedad pulmonar en ratones.

Además esta inyección experimental puede tener **efectos dañinos permanentes en el genoma humano** durante múltiples generaciones o a perpetuidad. Sin duda correspondía los laboratorios con el correspondiente control de las agencias reguladoras haber incluido estudios de los efectos a largo plazo antes de implementar esta nueva terapia génica experimental. La regla de oro del embarazo era que nunca se permita que sustancias desconocidas sean usadas durante el embarazo.

Ante toda la evidencia la Agencia Europea de Medicamentos, EMA finalmente admite que la vacunación contra el COVID puede tener un efecto adverso en la fertilidad femenina

El 28 de octubre de 2022, la EMA publicó [una guía](#) que establece que “el sangrado menstrual abundante debe agregarse a la [información del producto](#) como un efecto secundario, de frecuencia desconocida, de las inyecciones de ARNm COVID-19, Comirnaty (Pfizer) y Spikevax (Moderna)”.

La guía surge después de que revisaron los datos disponibles, que incluían:

- casos informados durante los ensayos clínicos,
- casos informados espontáneamente en [Eudravigilance](#) y
- datos en la literatura médica.

La EMA confirmó que “se han notificado casos de sangrado menstrual abundante después de la primera, segunda y dosis de refuerzo de Comirnaty y Spikevax”.

<https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-24-27-october-2022>

La página 12, Sección 5.3.6 del documento de Pfizer denominado “Análisis Acumulativo de Reportes de Eventos Adversos Posterior a la Autorización”, que es la documentación liberada vía FOIA. Recordemos que Pfizer quería retener esta documentación [durante 75 años](#).

Revela que de las 270 mujeres embarazadas que recibieron la inyección, K0 B1T (Pfizer), el [46 % tuvo complicaciones](#) de las cuales 75 se consideraron graves.

https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/04/reissue_5.3.6-postmarketing-experience.pdf – pag. 12 – Table 6

La falta de registro e informe de los resultados de 238 de 274 embarazos durante un ensayo de drogas es simplemente inaudito. Es alevosamente poco ético. Y el hecho de que tanto la Administración de Drogas y Alimentos FDA como el CDC aceptaran esto y afirmaran que «no hay evidencia» de daño a las mujeres embarazadas y sus bebés como figura en los prospectos, es una prueba incuestionable de crimen.

<https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>

Table 6. Description of Missing Information

Topic	Description
Missing Information	Post Authorization Cases Evaluation (cumulative to 28 Feb 2021) Total Number of Cases in the Reporting Period (N=42086)
Use in Pregnancy and lactation	<ul style="list-style-type: none"> Number of cases: 413^a (0.98% of the total PM dataset); 84 serious and 329 non-serious; Country of incidence: US (205), UK (64), Canada (31), Germany (30), Poland (13), Israel (11); Italy (9), Portugal (8), Mexico (6), Estonia, Hungary and Ireland, (5 each), Romania (4), Spain (3), Czech Republic and France (2 each), the remaining 10 cases were distributed among 10 other countries. <p><u>Pregnancy cases: 274 cases including:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 270 mother cases and 4 foetus/baby cases representing 270 unique pregnancies (the 4 foetus/baby cases were linked to 3 mother cases; 1 mother case involved twins). Pregnancy outcomes for the 270 pregnancies were reported as spontaneous abortion (23), outcome pending (5), premature birth with neonatal death, spontaneous abortion with intrauterine death (2 each), spontaneous abortion with neonatal death, and normal outcome (1 each). No outcome was provided for 238 pregnancies (note that 2 different outcomes were reported for each twin, and both were counted). Sólo se tenía resultados de 32 embarazos. Entonces, en los estudios de Pfizer de los 32 embarazos que se conocieron los resultados, el 87,5% resultó en la muerte del feto o del recién nacido. 146 non-serious mother cases reported exposure to vaccine in utero without the occurrence of any clinical adverse event. The exposure PTs coded to the PTs Maternal exposure during pregnancy (111), Exposure during pregnancy (29) and Maternal exposure timing unspecified (6). Trimester of exposure was reported in 21 of these cases: 1st trimester (15 cases), 2nd trimester (7), and 3rd trimester (2). 124 mother cases, 49 non-serious and 75 serious, reported clinical events, which occurred in the vaccinated mothers. Pregnancy related events reported in these cases coded to the PTs Abortion spontaneous (25), Uterine contraction during pregnancy, Premature rupture of membranes, Abortion, Abortion missed, and Foetal death (1 each). Other clinical events which occurred in more than 5 cases coded to the PTs Headache (33), Vaccination site pain (24), Pain in extremity and Fatigue (22 each), Myalgia and Pyrexia (16 each), Chills (13) Nausea (12), Pain (11), Arthralgia (9), Lymphadenopathy and Drug ineffective (7 each), Chest pain, Dizziness and Asthenia (6 each), Malaise and COVID-19 (5 each). Trimester of exposure was reported in 22 of these cases: 1st trimester (19 cases), 2nd trimester (1 case), 3rd trimester (2 cases)

En pag. 12, de los informes de Pfizer

https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/04/reissue_5.3.6-postmarketing-experience.pdf

Comparación de riesgos de efectos adversos entre Embarazadas vacunadas Vs. no vacunadas

Evaluación de eventos adversos agudos después de la vacunación COVID-19 durante el embarazo

La figura 1 muestra los resultados del artículo “Evaluación de eventos adversos agudos después de la vacunación contra la COVID-19 durante el embarazo”, publicado en el *New England Journal*

of Medicine en 2022.⁷² La Dra. Malini DeSilva es la autora principal del HealthPartners Institute en Bloomington, Minnesota. Los CDC apoyaron financieramente esta investigación. Los ensayos clínicos no probaron específicamente las vacunas contra el COVID-19 utilizadas en los Estados Unidos en mujeres embarazadas. El prospecto de la vacuna Comirnaty lo deja muy claro.⁷³ Sin embargo, los CDC recomiendan la vacuna COVID-19 “para personas que están embarazadas, amamantando, que intentan quedar embarazadas ahora o que podrían estar” embarazadas en el futuro”.⁷⁴ Las mujeres embarazadas que recibieron la vacuna contra la COVID-19, en comparación con mujeres embarazadas no vacunadas, tenían 2,85 veces más probabilidades de experimentar fiebre (IC del 95 % de 1,76 a 4,61), 2,24 veces más probabilidades de experimentar malestar o fatiga (IC del 95 % de 1,71 a 2,93), 1,89 veces más probabilidades de sufrir reacciones locales (IC del 95% de 1,33 a 2,68), y 2,16 veces más probabilidades de experimentar linfadenopatía (nódulos linfáticos inflamados) (IC del 95%: 1,42 a 3,28).⁷⁵ Los autores del estudio siguieron a la cohorte durante 42 días después de la vacunación, lo que impidió la evaluación de eventos adversos a largo plazo.

Relación de tasas de eventos adversos agudos después de la vacunación COVID-19 durante el embarazo en comparación con mujeres embarazadas no vacunadas

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker
<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2205276>

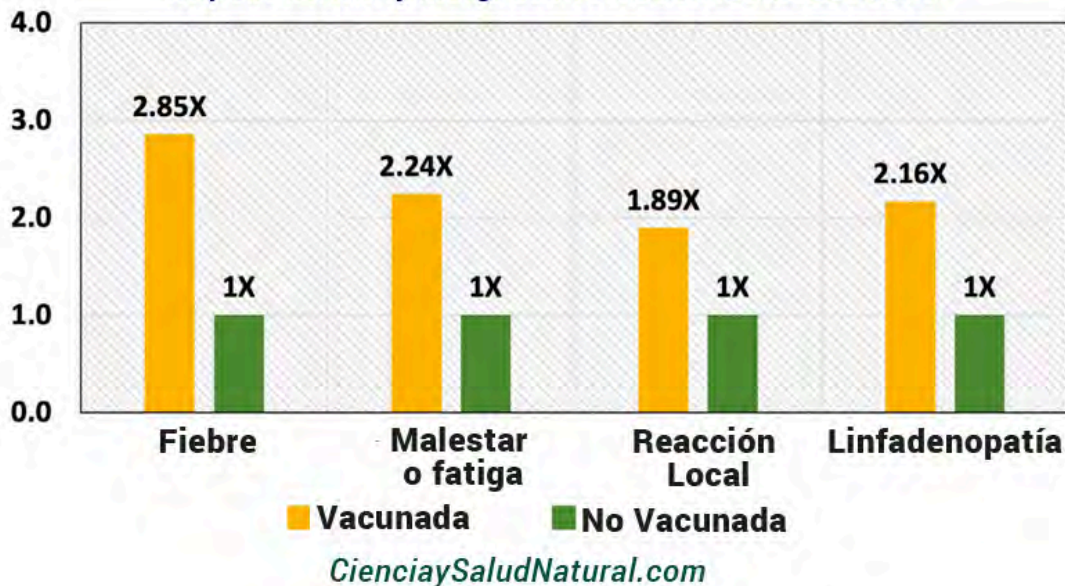


Figura 1. Reacciones locales y sistémicas después de la vacunación contra el COVID-19 en mujeres embarazadas en comparación con mujeres embarazadas no vacunadas (DeSilva et al. 2022).

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2205276>

Seguridad de la tercera inyección contra el SARS-CoV-2 (dosis de refuerzo) durante el embarazo

La figura 2 muestra los resultados del artículo “Seguridad de la tercera vacuna contra el SARS-CoV-2 (dosis de refuerzo) durante el embarazo”, publicado en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology* en 2022.⁷⁶ El autor principal, el Dr. Aharon Dick, es de el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Organización Médica Hadassah y Facultad de Medicina, Universidad Hebrea de Jerusalén en Israel. Los investigadores examinaron a 5.618 mujeres embarazadas, 2.305 que estaban vacunadas y 3.313 que no estaban vacunadas. Dentro del estudio, las mujeres embarazadas completamente vacunadas y reforzadas (es decir, triplemente vacunadas) con la vacuna Pfizer BNT162b2 o Moderna mRNA-1273 COVID-19 tenían tres veces más probabilidades de experimentar hemorragia posparto (sangrado abundante después de dar a luz) que mujeres embarazadas no vacunadas (valor $p < 0,001$).⁷⁷ Además, los médicos diagnosticaron a las mujeres embarazadas triplemente vacunadas con diabetes gestacional (nivel alto de azúcar en sangre) 1,5 veces más a menudo que a las mujeres embarazadas no vacunadas (valor $p = 0,02$).⁷⁸ La diabetes gestacional puede aumentar el riesgo de presión arterial alta durante el embarazo y provocar complicaciones en el trabajo de parto y el parto, así como parto prematuro.⁷⁹

Tasas de hemorragia posparto y diabetes gestacional en mujeres embarazadas vacunadas y sin vacunar triplemente contra COVID-19

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker

[https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333\(22\)00077-5/fulltext](https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333(22)00077-5/fulltext)

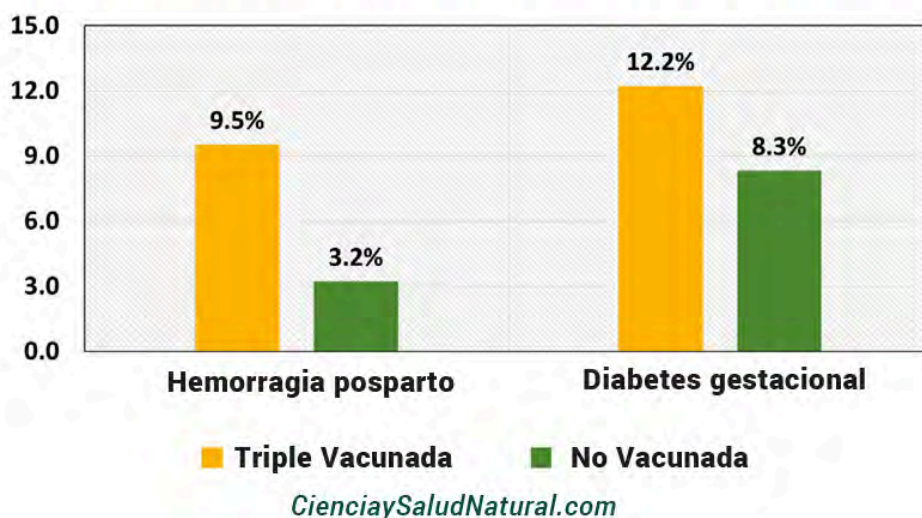


Figura 2. Tasas de hemorragia posparto y diabetes gestacional en mujeres embarazadas con y sin vacunar triplemente contra la COVID-19 (Dick et al. 2022). [https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333\(22\)00077-5/fulltext](https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333(22)00077-5/fulltext)

Análisis VAERS de la vacunación COVID-19 en mujeres embarazadas

La figura 3 muestra los resultados de un análisis no publicado del Sistema de Notificación de Eventos Adversos a las Vacunas de los CDC.⁸⁰ Desde la introducción de la primera vacuna contra el COVID-19 en diciembre de 2020, profesionales y pacientes han presentado 3.576 informes de abortos espontáneos debido a las inyecciones de COVID-19.⁸¹ Esto contrasta marcadamente con 1.089 informes de aborto espontáneo para todas las demás vacunas durante los 32 años de historia del VAERS. Además, las personas también han presentado 19.040 informes de trastornos de fertilidad después de recibir la vacuna COVID-19, frente a 1.423 informes de este tipo para todas las demás vacunas durante los 32 años de historia del VAERS.⁸² Completamos estos análisis utilizando informes VAERS actualizados al 7 de abril de 2023.

Relación de todos los reportes a VAERS para la vacunación contra el COVID-19 versus todos los reportes a VAERS para todas las demás vacunas combinadas durante los 32 años de historia de VAERS

Extractado del libro *Vax-Unvax* de Robert Kennedy Jr. y Brian Hooker
<https://vaers.hhs.gov/data.html> - <https://www.openvaers.com/>



CienciaySaludNatural.com

El ARNm de la inyección Covid puede «propagarse sistémicamente» a la placenta y a los bebés de mujeres vacunadas durante el embarazo

Un nuevo informe sugiere que el ARNm de la inyección no permanece en el lugar de la inyección después de la vacunación, sino que puede «propagarse sistémicamente» a la placenta y a la sangre del cordón umbilical de los bebés cuyas madres son vacunadas durante el embarazo. En una [prueba previa revisada por pares](#) y aceptada para su publicación en el American Journal of Obstetrics and Gynecology, los investigadores presentaron dos casos que demuestran, por primera vez, la capacidad de las inyecciones COVID-19 para penetrar la barrera fetal-placentaria y llegar al interior del útero. Además, los investigadores detectaron proteína de pico o spike en el tejido placentario, lo que indica la bioactividad del ARNm al llegar a la placenta.

Las inyecciones de ARNm contra la COVID-19 utilizan [nanopartículas lipídicas \(LNP\)](#) para administrar ARNm. “Los hallazgos sugieren que las nanopartículas lipídicas (LNP) son capaces de llegar a la placenta y liberar ARNm dentro de las células placentarias, donde luego se traduce en la proteína Spike (S). Sin embargo, cuando el ARNm llega al feto, las LNP ya no lo encapsulan, lo que lleva a su degradación (solo el 13% del ARNm está intacto en la circulación fetal)”, dijo la Dra. Monica Hanna, MD, una de las investigadoras [del estudio](#).

Un [estudio en animales](#) citado por los autores del artículo muestra que las nanopartículas lipídicas de composición similar en otras inyecciones de ARNm entregaron ARNm funcional a la placenta y otros órganos fetales.

Las nanopartículas de lípidos

Las nanopartículas de lípidos son un componente de las inyecciones de ARNm contra COVID-19 de Pfizer/BioNTech y Moderna, y desempeñan un papel clave en el transporte del ARNm a las células. Son liposomas que utilizan nanotecnología y se adaptan a la administración de terapias. Las nanopartículas de lípidos tienen un efecto secundario no deseado; tienen el potencial de inducir [reacciones alérgicas](#).

Detectan ARNm de inyecciones K0 B1T en la leche materna de madres vacunadas



Bebés intoxicados con ingredientes de la inyección contra K0 B1T en la leche materna, polietilenglicol (PEG), también se encontró ARNm en la leche de la madres. Pfizer sabía desde el principio sobre estos efectos adversos. La Dra. Naomi Wolf está investigando los documentos que Pfizer quería ocultar por 75 años hasta que un juez los obligó a entregar la información, vía juicio Acta de información libre, FOIA.

<https://www.bitchute.com/video/qPg2YMsp0YDQ/>

Una investigación recientemente publicada ha encontrado “trazas de ARNm de la inyección COVID-19 en la leche materna de casi la mitad de las mujeres estudiadas.

Los resultados del estudio, [publicados](#) el lunes por el *Journal of the American Medical Association (JAMA) Pediatrics*, llevaron al grupo médico a instar a la «precaución» en los bebés lactantes de seis meses o menos «en por lo menos los dos primeros días después de la vacunación materna contra el COVID-19». ”

Se detectó ARNm de inyección de K0 B1T en cinco de las 11 mujeres estudiadas, hasta 45 horas después de la inyección.

Qué ocurre con las nanopartículas lipídicas de la inyección Covid

Pfizer contrató a Acuitas Therapeutics en noviembre de 2020 para probar la inyección de Pfizer en ratas Wistar.

<https://acuitastx.com/wp-content/uploads/2020/11/BioNTech-Trial-Results-Release.pdf>

Su informe de farmacocinética muestra que las Nanopartículas lipídicas (Lipid Nanoparticles, *LNPs*) de la inyección COVID, así como el ARN mensajero (ARNm) que portaban, se encontraron en minutos y horas en el cerebro, los ojos, el corazón, el hígado, el bazo, los ovarios y otros órganos del ratas, incluidas las cantidades de ARNm recolectadas de cada animal sacrificado.

Ver Acuitas Terapéutica. Informe final: estudio de la instalación de prueba n.º 185350, referencia del patrocinador n.º ALC-NC-0552. 9 de noviembre de 2020. Apéndice 2.

https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/03/125742_S1_M4_4223_185350.pdf

La farmacocinética estudia la cantidad y la rapidez con que las sustancias llegan a sus destinos en todo el cuerpo, después de la inyección intramuscular (u otra vía). El informe completo de Pfizer sobre estos hallazgos fue presentado por la FDA [Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.] por orden judicial. Pag. 25

https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/03/125742_S1_M4_4223_185350.pdf

Otros estudios en animales han demostrado que cuando el ARNm se empaqueta en nanopartículas lipídicas (LNP), esos paquetes cruzan la barrera hematoencefálica.

1. – I Trougakos, E Terpos, et al. Adverse effects of COVID-19 mRNA vaccines: the spike hypothesis. Jul 2022. *Trends Mol med.* 28 (7). 542-554. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9021367/> –
2. – European Medicines Agency. Moderna Assessment Report 2021. Moderna Assessment Report COVID-19 Vaccine Moderna. EMA/15689/2021. Corr.1*1. –

3. – E Rhea, A Logsdon, et al. The S1 protein of SARS-CoV-2 crosses the blood-brain barrier in mice. Mar 2021. *Nat Neurosci.* 24 (3) 368-378. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8793077/>

No sólo se ha detectado el ARNm en el cerebro, sino que también es altamente inflamatorio.

S Ndeupen, Z Qin, et al. The mRNA-LNP platform's lipid nanoparticle component used in preclinical vaccine studies is highly inflammatory. Dec 17, 2021. *iScience.* 24 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8604799/>

Circulation *CienciaySaludNatural.com*
<https://www.ahajournals.org/doi/suppl/10.1161/circulationaha.122.061025>

Home > Circulation > Vol. 147, No. 11 > Circulating Spike Protein Detected in Post-COVID-19 mRNA Vaccine Myocarditis

NO ACCESS
RESEARCH ARTICLE

Request Access

Full Text

Tools Share

Circulating Spike Protein Detected in Post-COVID-19 mRNA Vaccine Myocarditis

Lael M. Yonker, Zoe Swank, Yannic C. Bartsch, Madeleine D. Burns, Abigail Kane, Brittany P. Boribong, Jameson P. Davis, Maggie Loiselle, Tanya Novak, Yasmeen Senussi, Chi-An Cheng, Eleanor Burgess, Andrea G. Edlow, Janet Chou, Audrey Dionne, Duraisamy Balaguru, Manuella Lahoud-Rahme, Moshe Arditi, Boris Julg, Adrienne G. Randolph, Galit Alter, ... [See all authors](#)

Originally published 4 Jan 2023 | <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061025> | *Circulation.* 2023;147:987–976

This article is commented on by the following:

436 mil millones de copias de la proteína espiga o spike en el plasma de los niños un mes después de recibir la inyección Covid .
El estudio también prueba que la inyección está causando miocarditis en los niños, que es fatal en el 50 % de todos los pacientes durante un período de 5 años. Este daño cardíaco se reveló en las pruebas de troponina.

En este estudio publicado en el *Journal of the American Heart Association* se encontraron 436 mil millones de copias de la proteína espiga o spike en el plasma de los niños un mes después de recibir la inyección Covid. El estudio también prueba que la inyección está causando miocarditis en los niños, que es fatal en el 50 % de todos los pacientes durante un período de 5 años. Este daño cardíaco se reveló en las pruebas de troponina.

<https://www.ahajournals.org/doi/suppl/10.1161/circulationaha.122.061025>

Referencias

- 72. Malini DeSilva et al., “Evaluation of Acute Adverse Events after Covid-19 Vaccination during Pregnancy,” *The New England Journal of Medicine* 387, no. 2 (2022): 187-189, doi:10.1056/NEJMc2205276.
- 73. US Food and Drug Administration, *Comirnaty®: Package Insert*, (New York, NY: Pfizer Inc., 2021), <https://www.fda.gov/media/154834/download>.
- 74. “Covid-19 Vaccines While Pregnant or Breastfeeding,” Centers for Disease Control and Prevention, updated October 20, 2022, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html>.
- 75. Malini DeSilva et al., “Evaluation of Acute Adverse Events after Covid-19 Vaccination during Pregnancy,” *The New England Journal of Medicine* 387, no. 2 (2022): 187-189, doi:10.1056/NEJMc2205276.
- 76. Aharon Dick et al., “Safety of Third SARS-CoV-2 Vaccine (Booster Dose) During Pregnancy,” *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 4, no. 4 (2022): 100637, doi:10.1016/j.ajogmf.2022.100637.

- 77. Ibid.
- 78. Ibid.
- 79. “Gestational Diabetes,” Centers for Disease Control and Prevention, accessed on April 16, 2023, <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/gestational.html>.
- 80. “VAERS Data,” Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), updated April 7, 2023, <https://vaers.hhs.gov/data.html>.
- 81. Ibid.
- 82. Ibid.

10. Las inyecciones Covid no son vacunas son inyecciones de terapia Génica

11 enero, 2023 ADN, Fraude, vacunas

<https://cienciaysaludnatural.com/las-inyecciones-k0-b1t-no-son-vacunas-son-inyecciones-de-terapia-genica-con-muchos-mayores-riesgos/>

- La industria farmacéutica está haciendo todo lo posible para ocultar que el público se entere que las inyecciones contra el COVID son una forma de terapia génica y no son vacunas.
- The Associated Press falsamente argumenta que las inyecciones de COVID no son una terapia génica porque no alteran los genes
- Associated Press engañó a los lectores al centrarse en solo una parte de la definición de terapia génica de la FDA: la parte sobre la modificación de la expresión de un gen. Pero la definición completa también incluye las palabras “o **alterar las propiedades biológicas de las células vivas**”, que es precisamente lo que hacen las inyecciones de ARNm contra COVID
- Cuando se implementaron las inyecciones de ARNm en 2021, no cumplían con la definición de vacuna de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. solo cumplían con la definición de la FDA de una terapia génica.
- La única razón por la que las inyecciones contra el COVID supuestamente cumplen ahora con la definición de vacuna de los CDC es porque cambiaron la definición para evitar que diga que «las inyecciones contra la COVID-19 no son vacunas».

Mientras tanto, según la definición de «terapia génica» de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU., FDA, son claramente terapias génicas, y tanto Moderna como BioNTech lo reconocen. Las farmacéuticas están haciendo todo lo posible ¹ para asegurarse de que las personas no distinguan la diferencia.

Associated Press, AP miente acerca de que las inyecciones contra Covid al negar que son terapia génica

AP, a fines de diciembre de 2022, publicó una «verificación de hechos» titulada «No, las vacunas COVID-19 no son terapia génica», en la que argumentaron: ²

«Las vacunas COVID-19 no cambian los genes de una persona, como lo hace la terapia génica... Las inyecciones de Pfizer y Moderna usan ARN mensajero, o ARNm, para indicarle al cuerpo que cree una proteína. Mientras tanto, la vacuna de Johnson & Johnson , utiliza un adenovirus modificado para desencadenar una respuesta inmune...

La definición de terapia génica

La FDA definió la terapia génica en julio de 2018 y no la ha cambiado desde entonces. Según el sitio web de la FDA al momento de escribir este artículo: ⁴

«La terapia génica humana busca modificar o manipular la expresión de un gen o alterar las propiedades biológicas de las células vivas para uso terapéutico. La terapia génica es una técnica que modifica los genes de una persona para tratar o curar enfermedades...»



<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/cellular-gene-therapy-products/what-gene-therapy>

AP da una información falsa. dado que solo utilizaron una parte de la definición de terapia génica de la FDA, la parte sobre la modificación de la expresión de un gen, en su intento de desacreditación. Pero la definición completa también incluye las palabras «**o para alterar las propiedades biológicas de las células vivas**», que es precisamente lo que hacen las inyecciones de COVID.

El mRNA en la inyección COVID son moléculas que contienen instrucciones genéticas para hacer varias proteínas. Las inyecciones de mRNA COVID entregan mRNA sintético con un código genético que le indica a sus células que produzcan una forma modificada de la proteína de pico o **spike** del SARS-CoV-2.

En otras palabras, «alteran las propiedades biológicas de las células vivas para uso terapéutico». Tenga en cuenta la palabra «o» en la definición de la FDA. Significa que puede ser uno O el otro. No tienen que alterar la expresión génica para seguir calificando como terapia génica, al menos no según la definición de la FDA.

Sí, las inyecciones de COVID son terapias genéticas por definición

La declaración de registro⁵ de la Comisión de Bolsa y Valores (SEC) de noviembre de 2018 de Moderna también confirma que sus inyecciones de ARNm se definen como terapia génica, y establece claramente que «la FDA considera que el ARNm es un producto de terapia génica».

[En] los Estados Unidos y en la Unión Europea, las terapias de ARNm se han clasificado como medicamentos de terapia génica... ~ Registro BioNTech SEC

La presentación ante la SEC de septiembre de 2019 para BioNTech (su tecnología de ARNm se usa en la inyección de Pfizer) es igualmente clara y se indica en la página 21:⁶

«... en los Estados Unidos y en la Unión Europea, las terapias de ARNm se han clasificado como medicamentos de terapia génica...»

Por lo tanto, en los EE. UU. y Europa, las terapias de ARNm, como grupo, se clasifican como «medicamentos de terapia génica».⁷ Simplemente no hay manera de evitar esto. Sin embargo, hasta el día de hoy, los principales medios de comunicación intentan «desacreditar» la realidad de las inyecciones COVID.

La definición de vacuna se cambió para engañar al público

En 2018, Moderna reconoció que la tecnología de ARNm era de una «naturaleza nueva y sin precedentes»,⁸ sin embargo, durante los últimos tres años, nos han dicho que es solo una forma más nueva y más rápida de fabricar «vacunas».

El hecho es que cuando se implementaron las inyecciones de ARNm a principios de 2021, no cumplían con la definición de vacuna de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. Solo cumplían con la definición de terapia génica de la FDA. Y la única razón por la que ahora cumplen con la definición de vacuna de los CDC es porque los CDC cambiaron su definición.⁹

Hasta finales de octubre de 2021, los CDC definieron una vacuna como «un producto que estimula el sistema inmunitario de una persona para producir inmunidad contra una enfermedad específica, protegiendo a la persona de esa enfermedad». La inmunidad, a su vez, se definió como «Protección contra una enfermedad infecciosa», lo que significa que «Si eres inmune a una enfermedad, puedes estar expuesto a ella sin infectarte».

La nueva definición¹⁰ de «vacuna» es: «Preparado que se utiliza para estimular la respuesta inmunitaria del organismo contra las enfermedades». **Entonces, una «vacuna» pasó de ser algo que produce inmunidad protectora, a simplemente estimular una respuesta inmune. Las palabras clave «para producir inmunidad» fueron eliminadas de la ecuación.**

Esto hace que las inyecciones contra el COVID se ajusten a la descripción, ya que no nos vuelven inmunes contra el COVID-19 y, en primer lugar, no fueron diseñadas para prevenir infecciones.

La correspondencia interna de los CDC ¹¹ obtenida a través de las solicitudes de la Ley de Libertad de Información (FOIA, por sus siglas en inglés) también prueba de manera concluyente que el motivo del cambio fue simplemente cerrar los argumentos de los científicos expertos que cuestionaban la falsa pandemia de COVID-19 de que «las vacunas contra el COVID-19 no son vacunas según la propia definición los de los CDC». «.

La FDA sabía que las inyecciones COVID eran muy riesgosas

La guía de la FDA para la industria de productos de terapia génica humana, ¹² publicada en enero de 2020, también clasificó las inyecciones de ARNm como terapia génica. Es importante destacar que, en este documento, la FDA enfatizó que los productos de terapia génica que contienen microARN o citoquinas pueden tener **«efectos pleotrópicos* desconocidos, incluida la expresión alterada de los genes del huésped (humano) que podrían tener resultados impredecibles e indeseables»**.

*La pleiotropía ocurre cuando un gen influye en dos o más rasgos fenotípicos aparentemente no relacionados. Tal gen que muestra expresión fenotípica múltiple se denomina gen pleiotrópico. La mutación en un gen pleiotrópico puede tener un efecto en varios rasgos simultáneamente, debido a que el gen codifica un producto utilizado por una miríada de células o diferentes objetivos que tienen la misma función de señalización.

Si bien la inyección de COVID ciertamente produce resultados indeseables, **las consecuencias negativas no fueron previstas**. Al principio, varios científicos que habían investigado los mecanismos de acción de las inyecciones advirtieron sobre la posibilidad de resultados adversos graves, incluido:

- el **deterioro del sistema inmunitario**,
- la **disfunción neurológica** y
- el **cáncer**.

Hoy en día, una amplia gama de datos y estadísticas demuestran que esas primeras preocupaciones eran válidas.

El análisis de riesgo-beneficio anula las afirmaciones de seguridad

Por ejemplo, un análisis de riesgo-beneficio ¹³ que analizó el impacto de los mandatos de refuerzo para estudiantes universitarios concluyó que entre 22.000 y 30.000 adultos previamente no

infectados (de 18 a 29 años) deben ser reforzados para prevenir una hospitalización por COVID-19.

Mientras tanto, por cada hospitalización evitada, la inyección causará de 18 a 98 eventos adversos graves, incluidos 1,7 a 3 «casos de miocarditis asociada con el refuerzo en hombres, y 1373 a 3234 casos de reactogenicidad de grado ≥ 3 que interfiere con las actividades diarias». Según los autores, exigir una tercera vacuna contra el COVID para los estudiantes universitarios resultará en «un daño neto esperado».

Los autores también subrayan que «dada la alta prevalencia de inmunidad post-infección, este perfil de riesgo-beneficio es aún menos favorable». Continúan afirmando que «los mandatos de refuerzo universitario no son éticos porque:»¹⁴

«1) no existe una evaluación formal de riesgo-beneficio para este grupo de edad;

2) los mandatos de vacunación pueden resultar en un daño neto esperado para los jóvenes individuales;

3) los mandatos no son proporcionados: los daños esperados no son superados por los beneficios para la salud pública dada la eficacia modesta y transitoria de las vacunas contra la transmisión;

4) los mandatos de los EE. UU. violan el principio de reciprocidad porque los daños graves raros relacionados con las vacunas no se compensarán de manera confiable debido a las brechas en los esquemas actuales de lesiones por vacunas;
y

5) los mandatos crean daños sociales más amplios. Consideramos contraargumentos como el deseo de socialización y seguridad y mostramos que tales argumentos carecen de respaldo científico y/o ético».

El estudio del gobierno también destaca los problemas de las inyecciones de COVID

Un pequeño estudio observacional^{15, 16} dirigido por investigadores de neurología de los Institutos Nacionales de Salud trajo igualmente malas noticias, ya que encontraron «una variedad de síntomas neuropáticos» que ocurren dentro de las tres o cuatro semanas posteriores a la inyección de COVID:

«Estudiamos a 23 pacientes (92 % mujeres; mediana de edad 40 años) que

informaron nuevos síntomas neuropáticos que comenzaron dentro de 1 mes después de la vacunación contra el SARS-CoV-2. El 100 % informó síntomas sensoriales que incluían parestesias graves en la cara o las extremidades, y el 61 % tenía ortostasis , intolerancia al calor y palpitaciones...

En conjunto, el 52 % (12/23) de los pacientes tenían evidencia objetiva de neuropatía periférica de fibras pequeñas... Este estudio observacional sugiere que una variedad de síntomas neuropáticos pueden manifestarse después de las vacunas contra el SARS-CoV-2 y, en algunos pacientes, podría ser un mecanismo inmunitario. proceso.»

La FDA y los CDC se niegan a publicar análisis clave de seguridad

La Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU., FDA, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU, los del Instituto Nacional de Salud, NIH y los principales medios de comunicación se niegan a admitir que **existen riesgos**, a pesar de que la propia investigación de los NIH lo demuestra. Con toda probabilidad, la recopilación de datos de la FDA y los CDC sobre las inyecciones también revela que hay problemas importantes, ya que ambas agencias están **obstruyendo los intentos** de publicar los análisis de seguridad clave.

«De acuerdo con los procedimientos operativos establecidos por la agencia el 18 de enero de 2021 y el ¹⁹ de febrero de 2022, la FDA realizaría una extracción de datos ‘al menos cada dos semanas’ para identificar eventos adversos ‘informados con más frecuencia de lo esperado después de la vacunación con vacunas COVID-19.’ La agencia realizaría la extracción de datos del Sistema de Informe de Eventos Adversos a las Vacunas (VAERS).

La oficina de registros de la FDA no proporcionó ninguno de los análisis, ni siquiera en forma redactada. La agencia citó una exención a la Ley de Libertad de Información que le permite al gobierno retener memorandos y cartas interinstitucionales e intrainstitucionales ‘que no estarían disponibles por ley para una parte que no sea una agencia en litigio con la agencia’.

La agencia también se refirió al Código de Regulaciones Federales, que dice que ‘todas las comunicaciones dentro de la Rama Ejecutiva del gobierno federal que estén en forma escrita o que posteriormente se reduzcan a la escritura pueden ser retenidas de la divulgación pública excepto aquella información fáctica que sea razonablemente segregables...’

No está claro por qué la FDA no pudo producir copias de los análisis con información no fáctica redactada».

De acuerdo con los procedimientos operativos estándar de VAERS citados anteriormente, los CDC también deben realizar análisis de extracción de datos utilizando la extracción de datos de la Relación de informes proporcionales (PRR). PRR ²⁰ mide qué tan común es un evento adverso para un medicamento específico en comparación con todos los demás medicamentos en la base de datos.

El tipo de análisis se conoce como proporción de informes proporcionales (PRR). La PRR implica comparar la incidencia de un evento adverso específico después de una vacuna específica con la incidencia después de todas las demás vacunas. El PRR se calcula tomando el número de informes de un evento adverso dado dividido por el número total de eventos informados para la nueva inyección o el número total de informes. Luego lo divide por la misma proporción para uno o más medicamentos/vacunas existentes que se consideran seguros.

Los CDC también se negaron a publicar sus resultados. ²¹ Los CDC también han proporcionado dos veces información falsa al responder preguntas. En primer lugar, afirmaron que no se realizaron análisis de PRR y que la extracción de datos estaba fuera de su ámbito.

Algún tiempo después, admitieron que la agencia realizó PRR a partir de febrero de 2021, solo para luego dar marcha atrás, diciendo que solo comenzaron a realizar PRR en marzo de 2022. [The Epoch Times cita varios documentos](#) en los que la FDA y/o los CDC ante una demanda legal de FOIA tuvieron que admitir que:

- El análisis de señales «de seguridad» VAERS de los CDC basado en informes del 14 de diciembre de 2020 al 29 de julio de 2022 para las inyecciones de ARNm contra el COVID-19 **muestra señales claras de muerte y una variedad de problemas tromboembólicos, cardíacos, neurológicos, hemorrágicos, hematológicos e inmunológicos muy preocupantes. – Eventos adversos menstruales y del sistema entre adultos.**
- Hubo **770 tipos diferentes de eventos adversos (EA)** que mostraron señales «de seguridad» (léase inseguridad) en mayores de 18 años, de los cuales más de 500 (o 2/3) tuvieron una señal mayor de miocarditis/pericarditis.
- El análisis de los CDC muestra que la cantidad de eventos adversos graves notificados en menos de dos años para las inyecciones de ARNm contra la COVID-19 es **5,5 veces mayor** que todos los informes graves de vacunas administradas a adultos en los EE. UU. desde 2009.
- Se clasificó como grave el doble de informes de la inyección mRNA COVID-19 en comparación con todas las demás vacunas administradas a adultos (11 % frente a 5,5 %). Esto cumple con la definición del CDC de una señal de seguridad.
- Hay **96 señales** (de inseguridad) para jóvenes de 12 a 17 años, que incluyen: miocarditis, pericarditis, parálisis de Bell, ulceraciones genitales, presión arterial alta y

frecuencia cardíaca, irregularidades menstruales, insuficiencias de las válvulas cardíacas, embolia pulmonar, arritmias cardíacas, trombosis pericárdica y pleural. derrame, apendicitis y apéndice perforado, trombocitopenia inmune, dolor torácico, aumento de troponina, estar en cuidados intensivos y en tratamiento anticoagulante.

- Hay **66 señales** para niños de 5 a 11 años, que incluyen: miocarditis, pericarditis, disfunción ventricular e incompetencia de las válvulas cardíacas, derrame pleural y pericárdico, dolor torácico, apendicitis y apendicectomías, enfermedad de Kawasaki, irregularidades menstruales, vitíligo y avance de la vacuna infección.
- Las señales (mal llamadas de seguridad) no pueden descartarse como informes «estimulados», exagerados, fraudulentos o inflados artificialmente, ni pueden descartarse debido a la gran cantidad de inyecciones COVID administradas. ver fuentes en:

<https://cienciaysaludnatural.com/los-cdc-reconocen-cientos-de-senales-de-inseguridadpara-las-inyecciones-contrak0-b1t-de-pfizer-y-moderna/>

¿Por qué la renuencia a publicar los datos? ¿No quieren que sepamos que estas inyecciones son tan seguras como dicen que son?

Aprobación de medicamentos sin los estudios de prueba correspondientes

La Operation Warp Speed, ideada en la primavera de 2020 por una docena de altos funcionarios de los **departamentos de salud y defensa** del entonces presidente Trump para acelerar el desarrollo de la inyección COVID 19 ²², ha tenido la intención de **normalizar la aprobación** de medicamentos de terapia génica sin las pruebas adecuadas.

Antes de que se autorizara el uso de emergencia de las inyecciones contra el COVID, ninguna terapia génica de ARNm había llegado al mercado, a pesar de más de 20 años de investigación y desarrollo. Eso dice bastante sobre lo difícil que es hacer que estos productos funcionen correctamente, para asegurarse de que **funcionen y sean seguros**.

Con la implementación por parte de la FDA de un esquema » **Future Framework** » en junio de 2022 para acelerar la entrega de refuerzos de COVID, ²³ **los obstáculos regulatorios para las terapias génicas, especialmente los estrictos requisitos de seguridad, quedaron a un lado. Ahora, la FDA puede y autorizará inyecciones reformuladas de COVID sin ensayos en humanos.** ^{24, 25, 26}

Básicamente, la FDA **reescribió las reglas sobre la marcha** y decidió que las terapias génicas de ARNm son equivalentes a las vacunas convencionales contra la influenza y pueden actualizarse y lanzarse sin pruebas.

La idea es que la seguridad de las inyecciones de ARNm COVID ya ha sido probada por las inyecciones originales, que afirman que no dañaron ni mataron a nadie. Por lo tanto, la seguridad es un hecho, y la eficacia de los refuerzos reformulados puede evaluarse simplemente verificando

los niveles de anticuerpos en algunos ratones, que es lo que hicieron Pfizer y Moderna.

En realidad, sin embargo, millones de personas en todo el mundo han resultado **dañadas y muertas por las inyecciones originales**, los ensayos en humanos para esas inyecciones estuvieron plagados de **fraude**, los niveles de anticuerpos no nos dicen nada sobre la capacidad de la inyección para proteger contra infecciones, y las dos tecnologías (las vacunas contra la gripe convencionales y la terapia génica de ARNm) no tienen puntos en común.

Cuidado con las futuras inyecciones de ARNm



Los médicos: Dr. Aseem Malhotra, Dr. Peter McCullough, Dr. Eduardo Yahbes y Dr. Claudio Linares, denuncian los daños graves de la inyección Ko B1T y actos de negligencia graves de parte de las autoridades responsables al vacunar a los que ya tenían inmunidad natural por haber padecido la infección.

<https://www.bitchute.com/video/c5pVoatgVqJI/>

Este «marco futuro» también, con el tiempo, se ampliará para incluir otras vacunas, inyecciones génicas y medicamentos. Ya hay inyecciones de ARNm en proyecto contra el herpes, la malaria, la influenza, **el virus respiratorio sincitial (RSV)**, la enfermedad de células falciformes, el VIH, Epstein-Barr y el cáncer,^{27, 28} y los fabricantes de vacunas han recibido la designación de aprobación acelerada para al menos algunos de estos proyectos.²⁹

Eventualmente, esta tendencia acelerada puede incluso reducir los estándares para los ensayos de medicamentos en general, que históricamente han requerido al menos 10 años de pruebas multifase.³⁰ Los peligros de **esta tendencia** realmente no se pueden exagerar, especialmente cuando hablamos de productos basados en genes.

Esperamos que ahora el público pueda comenzar a ver cómo la AP y otros medios nos están engañando en sus «verificaciones de hechos» al enfocarse en solo un aspecto de la definición de terapia génica de la FDA (la parte que altera el ADN), mientras ignora el hecho de que las inyecciones de COVID SÍ cumplen con la definición completa y ESTÁN clasificadas como terapia génica, como lo reconocen BioNTech y Moderna en sus presentaciones ante la SEC.

Referencias

- 1, 5, 8 [Moderna's SEC Form S-1 Registration Statement](#)
- 2 [AP December 23, 2022](#)
- 3, 4 [FDA Gene Therapy Definition](#)
- 6 [US SEC BioNTech 2019](#)
- 7 [SWF Institute January 25, 2021](#)

- ^{9, 11} Pulse Stubstack November 9, 2021
- ¹⁰ CDC Immunizations: The Basics, Definition of Terms
- ¹² FDA Guidance for Industry January 2020
- ^{13, 14} SSRN September 12, 2022
- ¹⁵ medRxiv May 17, 2022
- ¹⁶ Trial Site News September 1, 2022
- ^{17, 21} Epoch Times September 10, 2022
- ¹⁸ VAERS Standard Operating Procedures January 2021
- ¹⁹ VAERS Standard Operating Procedures February 2022
- ²⁰ All About Pharmacovigilance PRR
- ²² Politico January 17, 2021
- ²³ FDA Briefing Document June 28, 2022
- ²⁴ The Defender June 27, 2022
- ²⁵ The Epoch Times June 28, 2022 (Archived)
- ²⁶ New York Times June 27, 2022 (Archived)
- ²⁷ MIT Technology Review February 5, 2021
- ²⁸ Nature Biotechnology 2022; 40: 840-854
- ²⁹ FDA News August 5, 2021
- ³⁰ Phrma.org Biopharmaceutical research and Development

10 b. Integración en el genoma humano del código genético de la inyección K0 B1T

Estas inyecciones podrían modificar permanentemente nuestro código genético. La transcripción inversa puede provocar cáncer en una persona susceptible.

3 noviembre, 2022 Transfección, vacunas

<https://cienciaysaludnatural.com/integracion-en-el-genoma-humano-del-codigo-genetico-de-la-inyeccion-k0-b1t/>

Anthony M. Kyriakopoulos , Peter A. McCullough , Greg Nigh and Stephanie Seneff

DOI:10.22541/au.166203678.82079667/v1

https://www.researchgate.net/publication/363207023_Potential_Mechanisms_for_Human_Genome_Integration_of_Genetic_Code_from_SARS-CoV-2_mRNA_Vaccination



J Neurol Disord
Volume 10.10, 2022

Review Article

Journal of Neurological Disorders

Open Access

Potential Mechanisms for Human Genome Integration of Genetic Code from SARS-CoV-2 mRNA Vaccination: Implications for Disease

Anthony M. Kyriakopoulos¹, Peter A. McCullough², Greg Nigh³ and Stephanie Seneff⁴

Address for Correspondence: Stephanie Seneff, Computer Science and Artificial Intelligence Laboratory, Massachusetts Institute of Technology, USA. Email: seneff@csail.mit.edu

Copyright: ©2022 Anthony M. Kyriakopoulos. This is an open-access article distributed under the terms of the creative commons attribution license which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Received: 28-September-2022; Manuscript No. jnd-22-7873; Editor assigned: 30-September-2022; PreQC No. P-7873 (PQ); Reviewed: 14-October-2022; QC No. Q-7873; Revised: 16-October-2022 (R); Manuscript No. R-7873; Published: 26-October-2022; DOI: 10.4172/2259-6895.10.10.519

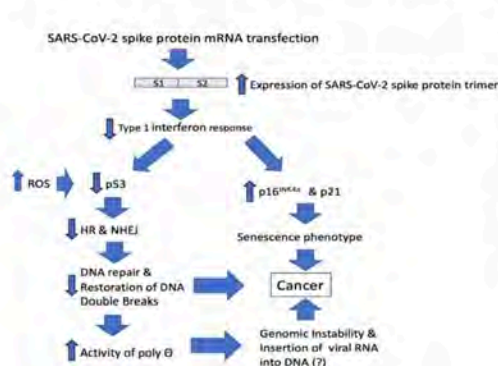


Figure 2. Schematic of sequence of events hypothesized to play out in response to cellular uptake of the mRNA sequences in the SARS-CoV-2 mRNA vaccines, particularly for cells with an active cell cycle.

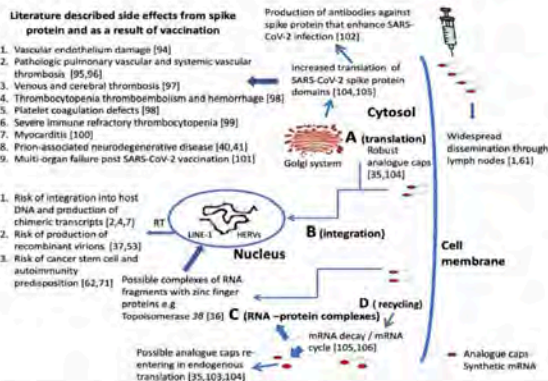


Figure 3. Multiple ways that mRNA in SARS-CoV-2 vaccines may induce pathology and genetic side effects in dividing human cells and the organism. (A) Spike protein translation. The enhanced translating spike protein mRNAs result in serious side effects, verified in publications. (B) Genomic integration. The LINE-1, polymerase theta and HERV reverse transcriptase autonomous retrotransposons can possibly reverse transcribe within more vulnerable dividing cells (stem cells in lymph nodes) and produce chimeric sequences of host and viral spike protein fragments and new viruses. Genetic disturbance of otherwise silent HERVs may produce neurodegenerative disorders and cancer. (C) Recycling. Coronavirus mRNA decay and reaping may re-efituate about analogue caps to endogenous mRNAs. (D) RNA-Protein complexes. Fragments of spike protein mRNAs may form protein complexes with endogenous nucleases to produce DNA interference. LINE-1: Long Interspersed Nuclear Elements 1; HERVs: Human Endogenous Retroviruses; RT: Reverse Transcription.

<https://www.hilarispublisher.com/open-access/potential-mechanisms-for-human-genome-integration-of-genetic-code-from-sarscov2-mrna-vaccination-implications-for-diseases.pdf> Mecanismos potenciales para la integración en el genoma humano del código genético de la vacunación con ARNm del SARS-CoV-2: implicaciones para la enfermedad

La integración del código genético de los virus de ARN en el ADN del huésped, que alguna vez se pensó que era un fenómeno raro o incluso imposible, **ahora se reconoce como probable**. El mecanismo de inserción mediado por el elemento nuclear intercalado largo (LINE) -1 implica que

muchos ARN virales (aparte de los retrovirales) pueden transcribirse de forma inversa y luego incorporarse de manera estable en el ADN. Se ha descrito la recombinación entre el ARN no retroviral exógeno y las secuencias retrovirales endógenas que conducen a la transcripción inversa y finalmente a la integración del ADNc resultante en el genoma del huésped. Datos recientes demuestran que las secuencias de ARN del SARS-CoV-2 pueden transcribirse en ADN y pueden integrarse activamente en el genoma de las células humanas afectadas, mediadas por retrotransposones. En algunas muestras de pacientes infectados con SARS-CoV-2, hay evidencia de una gran fracción de integración de secuencias de SARS-CoV-2 y la generación posterior de transcripciones quiméricas humanas de SARS-CoV-2.

Resultados: en esta revisión, se explora el papel potencial de los elementos genéticos móviles en la etiopatogenia de las enfermedades neurológicas, cardiovasculares, inmunológicas y oncológicas y las posibilidades de interferencia del ADN humano por la infección y vacunación por SARS-CoV-2. Presumiblemente, las células de la línea germinal, las células cancerosas y las neuronas vulnerables pueden ser objetivos para la integración anómala del ARNm, especialmente en las células envejecidas que muestran una mayor actividad de LINE-1 en comparación con las células más jóvenes. El ARNm que codifica para la glicoproteína de punta del SARS-CoV-2 en las vacunas se ha diseñado cuidadosamente para aumentar la estabilidad y la eficiencia de la traducción de la proteína de punta (spike), evitando así las vías normales de degradación del ARNm. Esto puede aumentar el potencial para la integración genómica. Si este fuera el caso, las consecuencias previstas plantean graves riesgos potenciales para la salud humana que necesitan aclaración.

Conclusión: Se necesitan con urgencia más evaluaciones de toxicidad para cuantificar la posible aparición de interferencias con los procesos canónicos del ADN que podrían afectar negativamente a la población vacunada con ARNm.

Toxicóloga Janci Lindsay con Senador Ron Johnson, EE.UU. las terapias génicas («vacunas» K0 B1T) daño potencial a futuras generaciones <https://www.bitchute.com/video/pgBygmmBn5mE/>

Antecedentes:

Cuando nos enteramos de la Operación **Warp Speed**, hubo una sensación de conmoción y asombro. La ciencia estadounidense estaba a punto de atacar el «Virus de China» y sería derrotado en cuestión de semanas. La Agencia de Proyectos de Investigación Avanzada de Defensa (**DARPA**) creó un proyecto hace muchos años llamado ADEPT Pandemic Prevention Platform (P3) cuyo objetivo declarado era «acabar con las pandemias en 60 días con tecnología de ARNm». [i] Nuestro gobierno ha tenido una historia con el ARNm durante más de una década precisamente en un momento como el brote de SARS-CoV-2. Apenas un virus de China, hemos aprendido que Dr. Ralph Baric de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill ha estado publicando sobre coronavirus desde la década de 1990. Baric y su consorcio, incluidos Harvard y dos laboratorios suizos, concibieron los proyectos, redactaron las subvenciones federales y, una vez otorgadas, realizaron su trabajo de desarrollo en el anexo de bioseguridad del nivel 4 del Instituto de Virología de Wuhan. El laboratorio construido por Stephane Bancel, anteriormente en

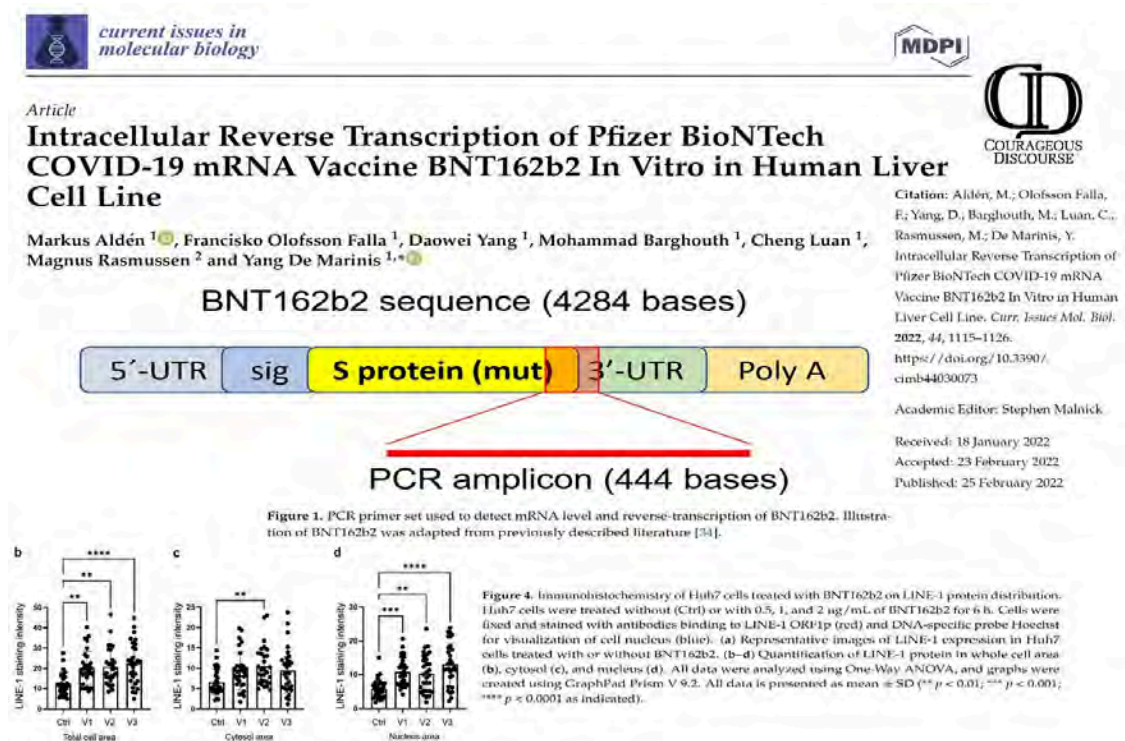
BioMérieux y ahora director ejecutivo de Moderna, el socio de NIH en la patente de mRNA. [ii]

En todas las reuniones de DARPA y NIH que ocurrieron en los últimos diez años sobre ARNm, ¿alguna vez consideraron la transcripción inversa?

La transcripción o transcriptasa inversa es un enzima que utilizan ciertos virus (retrovirus) para duplicarse. A este enzima también se le denomina retrotranscriptasa. La transcriptasa inversa permite la transcripción de la molécula de ARN del virus en molécula de ADN. La nueva molécula de ADN que se obtiene al final del proceso se denomina ADN complementario (ADNc). El ADNc tiene la capacidad de combinarse con el ADN de la célula huésped del organismo lo que conducirá al final a la replicación del virus.

La inyección K0 B1T modifica nuestro código genético, Dr. David Martin , <https://rubble.com/v1snz2q-la-inyeccion-k0-b1t-modifica-nuestro-codigo-genetico.html>

Si el ARNm permanece el tiempo suficiente en el citosol y las enzimas no lo disuelven, la célula humana podría encontrar pares de bases de ácidos nucleicos y crear una imagen especular del código genético que podría llevarse al núcleo de la célula para su inserción en el genoma humano. Esta es una consideración tan grande porque el código genético para una proteína dañina y letal instalada en nuestras propias células de forma permanente se transmitiría a las células hijas somáticas y de los espermatozoides y los ovocitos a un embrión. Cambiar para siempre el genoma humano para las generaciones futuras debe haber sido una gran parte de la discusión sobre seguridad en esas transcripciones de DARPA y NIH; solo la investigación y la publicación de documentos contarán la historia.[iii] Este documento no ha sido cuestionado por ninguna autoridad creíble ni refutado por ningún otro experimento.



Kyriakopoulos et al (incluido el Dr. McCullough) han ilustrado cuáles serían las ramificaciones para aquellas células que se han instalado permanentemente con el código genético de Pfizer o Moderna. [iv] Además de los nueve efectos bien reconocidos de la proteína Spike en el cuerpo humano, una de las posibles consecuencias es la oncogénesis. Mediante la supresión de los sistemas naturales de vigilancia de tumores incluso en una sola célula, es concebible que la transcripción inversa pueda provocar cáncer con una sola inyección desaconsejada de ARNm si se administra a una línea celular propensa al cáncer en una persona susceptible. .

En este momento, es justo decir que la transcripción inversa del ARNm en el genoma humano todavía es teórica. Pero debe quedar claro que se deben financiar más estudios de laboratorios independientes de inmediato. Las implicaciones dadas las cantidades masivas de destinatarios son simplemente demasiado grandes para ignorar esta preocupación de seguridad a largo plazo. Entonces, la próxima vez que vea a su médico, pregúntele si recibió una inyección de ARNm. Cuando digan que sí, pregúnteles si consideraron la transcripción inversa cuando la aguja se clavó en el brazo. ¿Alguna vez pensaron que serían cambiados permanentemente?

Ver más <https://cienciaysaludnatural.com/category/transfeccion/>

Dr. John Campbell entrevista al Professor Dagleish. Dagleish expresa su preocupación por la contaminación de DNA en las inyecciones K0 B1T y la posibilidad de ser modificados genéticamente. Angus Dagleish es experto en inmunología y profesor de oncología en la Facultad de Medicina del Hospital St George de Londres.
<https://www.bitchute.com/video/2uPME3jBwHBG/>

Referencias:

[i] Dra. Amy Jenkins, Plataforma de Prevención de Pandemias (P3), DARPA, P3 se enfoca en el rápido descubrimiento, caracterización, producción, prueba y entrega de contramedidas médicas eficaces codificadas por ADN y ARN, una tecnología fundamental iniciada por DARPA bajo el Programa de Diagnóstico Autónomo para Permitir la Prevención y la Terapéutica (ADEPT) que proporciona al cuerpo instrucciones sobre cómo comenzar inmediatamente a producir anticuerpos protectores contra una amenaza determinada.

[ii]

https://petermcculloughmd.substack.com/p/the-french-connection?utm_source=substack&utm_campaign=post_embed&utm_medium=web

[iii] Aldén, M.; Olofsson Falla, F.; Yang, D.; Barghouth, M.; Luan, C.; Rasmussen, M.; De Marinis, Y. Transcripción inversa intracelular de la vacuna de ARNm de Pfizer BioNTech COVID-19 BNT162b2 in vitro en línea celular de hígado humano. *actual Cuestiones Mol. Biol.* 2022, 44, 1115-1126. <https://doi.org/10.3390/cimb44030073>

[iv] Anthony M. Kyriakopoulos, Peter A. McCullough, Greg Nigh y Stephanie Seneff* Mecanismos potenciales para la integración en el genoma humano del código genético de la vacunación con ARNm del SARS-CoV-2: implicaciones para la enfermedad. *Trastornos neurológicos* ISSN: 2329-6895

11. Vacuna contra la polio la verdadera Historia

19 octubre, 2019 Polio, vacunas

<https://cienciaysaludnatural.com/vacuna-contra-la-polio-la-verdadera-historia/>



Dr. Jonas Salk creador de la vacuna contra la polio (IPV) declara que la vacuna OPV (Sabin Oral) contra la polio, causa polio, sin embargo se ha seguido usando en varios países durante años y **ha generado mas brotes de polio**. En Argentina se ha recomendado hasta el año 2019... <https://www.bitchute.com/video/V7CWk0Z81h4Q>

Antes de que se generalizara el uso de la vacuna, muchas enfermedades se agrupaban bajo la denominación común de «polio». Solo después de que la vacuna fuera aceptada ampliamente hubo un esfuerzo por distinguir el poliovirus de otros tipos de enfermedad parálitica. Las siguientes son algunas que hubieran podido ser clasificadas y documentadas como polio antes de 1958.

- Enterovirus como el virus de Coxsackie y el ECHO virus
- Sífilis congénita no diagnosticada
- Envenenamiento por arsénico y DDT
- Mielitis transversa
- Síndrome de Guillain-Barré
- Parálisis de las extremidades provocada por inyecciones intramusculares de muchos tipos, incluidas diversas vacunas
- Meningitis aséptica
- Enfermedad de manos, pies y boca **11**
- Envenenamiento por plomo **12**
- Todas ellas son dolencias que siguen existiendo hoy y que la vacuna contra la polio no podría evitar.

11. W. Xu, C. F. Liu, L. Yan, J. J. Li, L. J. Wang, et al., «Distribution of Enteroviruses in Hospitalized Children with Hand, Foot and Mouth Disease and Relationship Between Pathogens and Nervous System Complications», Virology Journal, vol. 9, 9 de enero, 2012, p. 8.

12. A. F. Braff, D. O. Lynn y O. A. Wurl, «Fatal Lead Poisoning Simulating Poliomyelitis», US Armed Forces Medical Journal, vol. 3, n.º 9, septiembre 1952, pp. 1353-1357.



VACUNA CONTRA LA POLIO LA HISTORIA REAL

Antes de que se generalizara el uso de la vacuna, muchas enfermedades se agrupaban bajo la denominación común de «polio». Solo después de que la vacuna fuera aceptada ampliamente hubo un esfuerzo por distinguir el poliovirus de otros tipos de enfermedad paralítica. Las siguientes son algunas que hubieran podido ser clasificadas y documentadas como polio antes de 1958:

- Enterovirus como el virus de Coxsackie y el ECHO virus
- Sífilis congénita no diagnosticada
- Envenenamiento por arsénico y DDT
- Mielitis transversa
- Síndrome de Guillain-Barré
- Parálisis de las extremidades provocada por inyecciones intramusculares de muchos tipos, incluidas diversas vacunas
- Meningitis aséptica
- Enfermedad de manos, pies y boca ¹
- Envenenamiento por plomo ²

Todas ellas son dolencias que siguen existiendo hoy y que la vacuna contra la polio no podría evitar.

1. W. Xu, C. F. Liu, L. Yan, J. J. Li, L. J. Wang, et al., «Distribution of Enteroviruses in Hospitalized Children with Hand, Foot and Mouth Disease and Relationship Between Pathogens and Nervous System Complications», *Virology Journal*, vol. 9, 9 de enero, 2012, p. 8.

2. A. F. Braff, D. O. Lynn y O. A. Wurl, «Fatal Lead Poisoning Simulating Poliomyelitis», *US Armed Forces Medical Journal*, vol. 3, n.º 9, septiembre 1952, pp. 1353-1357.

Diagnósticos



La práctica entre los médicos antes de 1954 era diagnosticar «polio» a todos los pacientes que sufrieran parálisis, aunque fuera durante un breve período (24 horas). En 1955, el año en que salió la vacuna de Salk, los criterios

han seguido perfeccionando. El virus de Coxsackie y la meningitis aséptica se han distinguido de la poliomielitis paralítica. Antes de 1954, muchísimos de estos casos se clasificaban erróneamente como poliomielitis paralítica. Por tanto, simplemente por el cambio de criterios diagnósticos, estaba predeterminado que entre 1955 y 1957 disminuyera el número de casos paralíticos, se usara o no la vacuna. ^{3,4}

3. H. Ratner et al., «The Present Status of Polio Vaccines», *Illinois Medical Journal*, vol. 118, n.º 2, 3, pp. 84-93, 160-68. Transcripción de una mesa redonda celebrada antes de la Section on Preventive Medicine and Public Health en el 120 encuentro anual de la Illinois State Medical Society en Chicago, 26 de mayo, 1969.

4. G. C. Brown, «Laboratory Data on the Detroit Poliomyelitis Epidemic 1958», *Journal of the American Medical Association*, vol. 172, 20 de febrero, 1960, pp. 807-812.

Como ejemplo de cómo enfermedades paralíticas que se pensaba que eran polio no tenían ninguna relación con el poliovirus, considérese la bien documentada epidemia de 1958 de Michigan. La epidemia se produjo cuatro años después de que se iniciara la campaña de la vacuna de Salk. Un análisis exhaustivo de los casos diagnosticados reveló que más de la mitad de ellos no guardaban ninguna relación con el poliovirus.

Después de la vacuna, hubo un esfuerzo conjunto por distinguir los casos de poliovirus de los que no lo tenían. Era un interés inexistente antes de 1958, cuando muchas enfermedades hoy comunes se escondían detrás del nombre poliomielitis. La mielitis transversa, la meningitis viral o aséptica, el síndrome de Guillain-Barré, el síndrome de fatiga crónica, la meningitis espinal, el síndrome postpolio, la parálisis flácida aguda, la encefalopatía enteroviral, la neuritis traumática, el síndrome de Reye,

<https://drive.google.com/file/d/1YXx3epR4ceVTdrPI4gztGePYul5qOxo2/view>

Diagnósticos

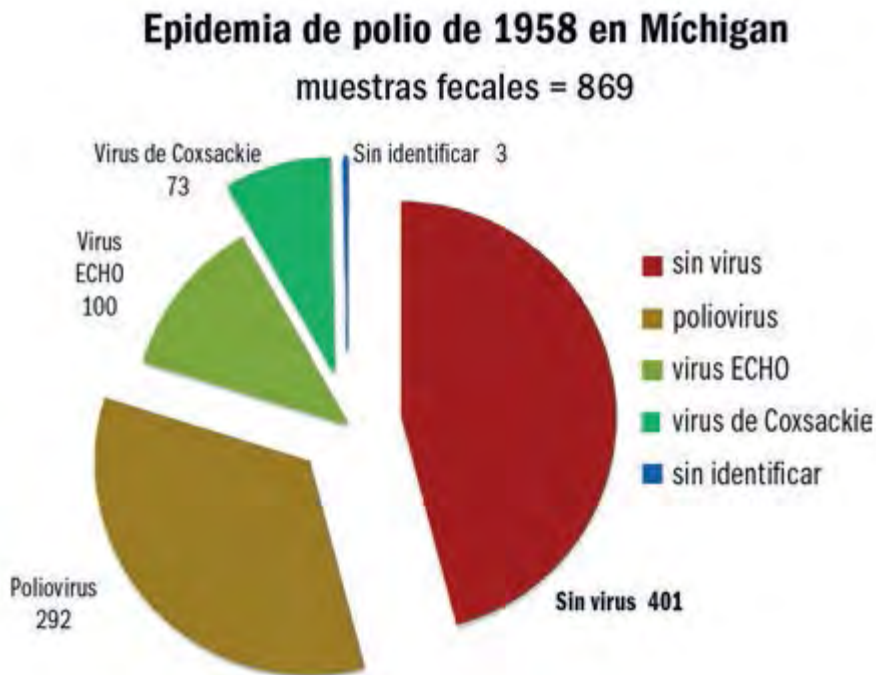
La práctica entre los médicos antes de 1954 era diagnosticar «polio» a todos los pacientes que sufrieran parálisis, aunque fuera durante un breve período (24 horas). En 1955, el año en que salió la vacuna de Salk, los criterios para diagnósticos se hicieron mucho más estrictos. Si no había parálisis residual 60 días después del inicio, no se consideraba que la enfermedad fuera polio paralítica. **Este cambio supuso una gran diferencia en la prevalencia documentada de la polio paralítica, porque la mayoría de las personas se recuperaban de la parálisis antes de 60 días.**

Con anterioridad a 1958 no hubo diagnóstico de la polio mediante pruebas de laboratorio. Los criterios diagnósticos de la enfermedad eran muy amplios antes de los ensayos de campo de la vacuna en 1954. Antes de que se usara la vacuna, los profesionales de la salud estaban celosamente atentos a la polio. Después de los ensayos con vacunas, observaban a quién desarrollaba la polio —si estaba o no vacunado— y hacían todo lo posible para diagnosticar una enfermedad ajena a la polio en una persona vacunada. Los procedimientos diagnósticos se han seguido perfeccionando. El virus de Coxsackie y la meningitis aséptica se han distinguido de la poliomielitis parálítica. Antes de 1954, muchísimos de estos casos se clasificaban erróneamente como poliomielitis parálítica. Por tanto, simplemente por el cambio de criterios diagnósticos, estaba predeterminado que entre 1955 y 1957 disminuyera el número de casos parálíticos, se usara o no la vacuna. **14, 15**

14. H. Ratner et al., «The Present Status of Polio Vaccines», Illinois Medical Journal, vol. 118, n.º 2, 3, pp. 84-93, 160-68. Transcripción de una mesa redonda celebrada antes de la Section on Preventive Medicine and Public Health en el 120 encuentro anual de la Illinois State Medical Society en Chicago, 26 de mayo, 1969.

15. G. C. Brown, «Laboratory Data on the Detroit Poliomyelitis Epidemic 1958», Journal of the American Medical Association, vol. 172, 20 de febrero, 1960, pp. 807-812.

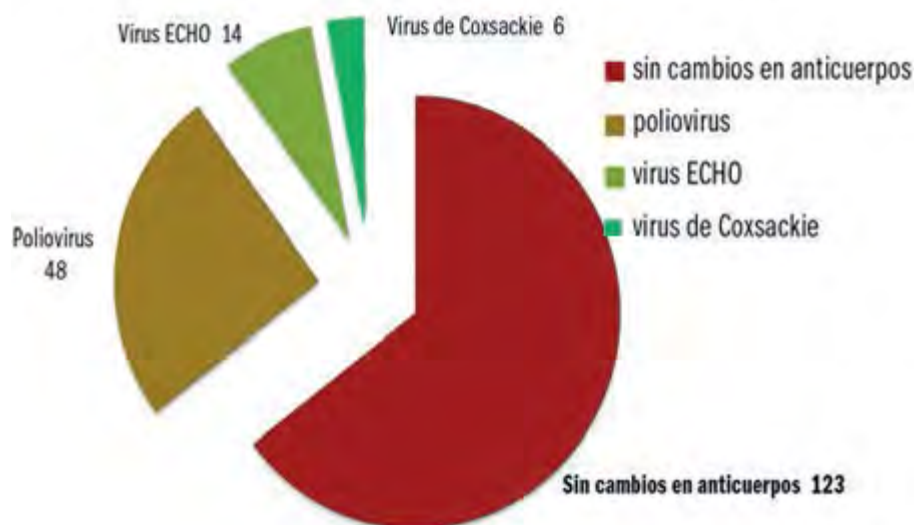
Epidemia de Polio 1958, Michigan – EEUU



Como ejemplo de cómo enfermedades parálíticas que se pensaba que eran polio no tenían ninguna relación con los poliovirus, considérese la bien documentada epidemia de 1958 de Míchigan. La epidemia se produjo cuatro años después de que se iniciara la campaña de la vacuna de Salk. Un análisis exhaustivo de los casos diagnosticados reveló que más de la mitad de ellos no guardaban ninguna relación con el poliovirus

Epidemia de polio de 1958 en Michigan

Análisis de sangre sobre cambios en anticuerpos, 191 pacientes



Después de la vacuna, hubo un esfuerzo conjunto por distinguir los casos de poliovirus de los que no lo tenían. Era un interés inexistente antes de 1958, cuando muchas enfermedades hoy comunes se escondían detrás del nombre poliomielitis. La mielitis transversa, la meningitis viral o aséptica, el síndrome de Guillain-Barré, el síndrome de fatiga crónica, la meningitis espinal, el síndrome postpolio, la parálisis flácida aguda, la encefalopatía enteroviral, la neuritis traumática, el síndrome de Reye, etc., todas se podían diagnosticar como polio antes de 1958.

Manipulación de los Medios

El poliovirus nunca fue el gran exterminador ni paralizante que se hizo creer a la gente que era con las terribles imágenes que en la década de 1950 se mostraban constantemente. Las imágenes fotográficas y cinematográficas de la polio que se utilizaron para disponer a la gente a favor del desarrollo y la aceptación de la vacuna se retiraron cuando empezó la campaña de vacunación. La gente acogió agradecida la vacuna que se creía que había acabado con la terrible enfermedad. Para mantener la fe de la gente en la vacuna, en especial a la luz de varios casos graves de polio parálitica inducida por ella, había que borrar las imágenes de la polio en la nueva población altamente vacunada. Las campañas de la Marcha de los Centavos (March of Dimes) que en su día se diseñaron para incidir en el miedo y los sentimientos de las personas se convirtieron en lo que hoy refleja el lema de «trabajar juntos por unos bebés más fuertes y sanos», para financiar las vacunas para bebés y futuras madres.

Parálisis por DDT

Los insectos eran la ruina no solo de ganaderos y agricultores de todo el mundo. Se pensaba que las moscas, en particular, propagaban la polio dentro y fuera de casa. La respuesta de los asustados padres era fumigar DDT en toda la casa, ventanas, fiambreras de la comida.



<https://www.youtube.com/watch?v=yRvW5vVYIVI>

Se ponía DDT en el agua para lavar la ropa de vestir, la cama y los colchones. Se creía que era un insecticida seguro y efectivo, con el que se podían fumigar incluso playas públicas y a los propios niños, en un esfuerzo por frenar la propagación de la polio. La mayoría de la gente pensaba que el DDT no solo no era tóxico, sino que realmente era bueno para las personas. En la década de 1960, había pruebas convincentes de que el poliovirus podía vivir sin problemas en las células tratadas con pesticida y, además, de que los pesticidas causaban una mayor propensión a la invasión vírica. **26**

Se descubrió que el DDT favorecía la liberación y multiplicación intracelular del poliovirus. **27**

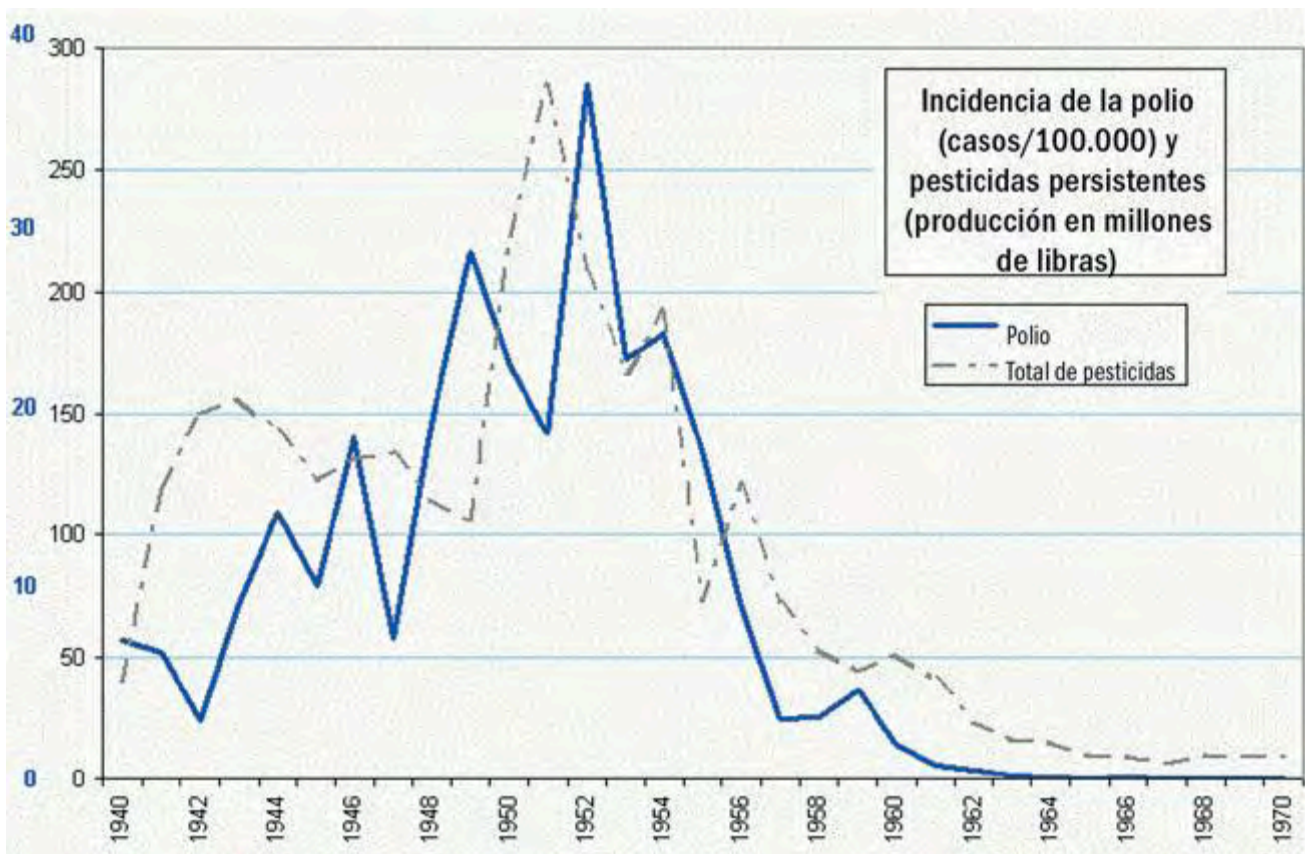
26. J. Gabliks, «Responses of Cell Cultures to Insecticides: Altered Susceptibility to Poliovirus and Diphtheria Toxin», Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, vol. 120, octubre 1965, pp. 172-175.

27. J. Gabliks y L. Friedman, «Effects of Insecticides on Mammalian Cells and Virus Infections», Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 160, 1969, pp. 254-271.

De modo que posiblemente contribuía a convertir en muy virus muy dañino lo que era un virus intestinal normalmente benigno. Lamentablemente, esta información no apareció en las publicaciones médicas hasta toda una década después de que la vacuna de la polio fuera una solución aceptada para la poliomielitis. En Estados Unidos y Canadá coincidió que el uso del DDT se prohibió en los años sesenta más o menos al mismo tiempo que la polio iba desapareciendo.

Pesticidas y Parálisis

El siguiente diagrama muestra el paralelismo entre la epidemia de polio de Estados Unidos y las toneladas de pesticidas (en su mayor parte DDT) fabricadas entre 1940 y 1970.



A finales del siglo XIX la polio se considerara algo terrible hasta que en Estado Unidos se prohibió el uso del DDT. Pero esto último no ocurrió hasta que se aceptó plenamente la vacuna contra la polio, como salvadora de la humanidad, en 1954. En 1979, se determinó que la polio había desaparecido de Estados Unidos y desde entonces se perpetuó el mito. También el arsénico se utilizaba en frutas y verduras, que se fumigaban con arsenato de plomo y arsenato de calcio, que así se pasaba a las personas y a los animales. Raramente se recomendaba lavar o eliminar las capas exteriores contaminadas de los productos tratados con arsénico. Los programas masivos de fumigación en primavera y durante las cosechas están entre las razones de que en su momento la polio se llamara diarrea estival. En 1939, la Asociación Médica Americana dio su Sello de Aprobación exclusivamente a los fármacos que aprobaba el presidente Morris Fishbein. Uno de los productos muy recetados era Triparsamida, un derivado del arsénico que fabricaba Merck con licencia del Instituto Rockefeller de Investigaciones Médicas. El medicamento se usaba con la esperanza de que contrarrestara los síntomas de sífilis avanzada, y era frecuente que a un mismo paciente se le pusieran más de 100 inyecciones **43**. Se sabía que otros dos fármacos, neoarsfenamina y neosalvarsán, causaban síntomas parecidos a los de la poliomiélitis, que se diagnosticaban como polio. No se consideraron informes alemanes de los años 1914 y 1928 sobre casos de polio provocados por inyecciones de arsénico.**46**

La Asociación Médica Americana, Merck y Rockefeller, pese a las advertencias del inventor de la Triparsamida sobre sus peligros, siguieron distribuyendo el medicamento, **47** y la epidemia de polio siguió aumentando

43. F. E. Cormia, «Tryparsamide in the Treatment of Syphilis of the Central Nervous System», British Journal of

Venereal Diseases, vol. 10, abril 1934, pp. 99-116.

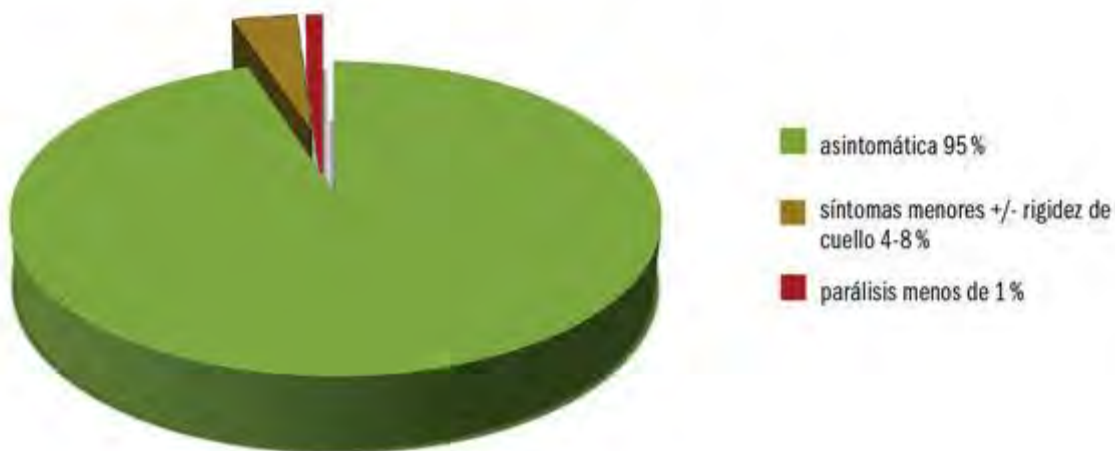
46. H. Kern, «Ueber eine anstaltsendemie von Heine-Medizinscher krankheit», Muen Med Wochen, vol. 61, 1914, pp. 1053-1055; «Alterthum, Lues congenital and poliomyelitis», Deut Med Wochen, vol. 54, 1928, pp. 522-523; H. Gougerot, «Eveil d'infection neurotrope a virus filtrant a ls suite d'arsenotherapie chez dez syphilitiques», Bull Soc Derm Syph, vol. 42, 1935, pp. 794-795.

47. E. Mullins, Murder by Injection, National Council for Medical Research, 1988.

Riesgo Real

El Centro de Control de Enfermedades define el índice paralítico estadístico de la polio y calculan que es de menos del 1 % en algunos tipos de síndrome paralítico permanente. Aproximadamente el 95 % de las personas contagiadas de polio no muestran síntomas. Entre el 4 % y el 8 % de las personas contagiadas tienen síntomas menores, como fiebre, fatiga, náuseas, dolor de cabeza, síntomas similares a los de la gripe, rigidez de cuello y espalda, y dolor de extremidades, que en muchos casos desaparecen por completo. Menos del 1 % de los casos de polio se traducen en parálisis permanente de las extremidades (normalmente las piernas). De los paralizados, entre el 5 % y el 10 % (de ese 1 %) fallecen cuando la parálisis alcanza los músculos respiratorios. **50**

Morbilidad de la polio



Se extirpaban las amígdalas sin necesidad

Para que el poliovirus provoque daños es necesario que pueda penetrar en el interior del cuerpo a través de la «lesión del nervio periférico», algo que la tonsilectomía propicia en alto grado. El procedimiento invasivo de extraer las amígdalas generaba el riesgo de contraer la polio bulbar, como revelan muchos estudios e informes. **57, 58, 59, 60** Los cirujanos extirpaban las amígdalas por razones económicamente rentables pero científicamente endebles. **En la época de la polio, en Estados Unidos les fueron extirpadas las amígdalas sin necesidad a entre el 50 % y el 80 % de los niños de clase media y alta. Anderson demostró en su amplio grupo de una**

epidemia ocurrida en Utah en 1943 que la poliomielitis era más de 2,5 veces más prevalente en los niños tonsilectomizados que en los de su misma edad que no lo habían sido. La incidencia de la poliomielitis bulbar era 16 veces mayor en los niños a quienes se les habían extirpado las amígdalas que en la población infantil general. El 46 % de los casos de polio bulbar habían estado precedidos de una tonsilectomía reciente. **61** En su estudio de una serie de casos de poliomielitis bulbar en niños de entre 0 y 10 años, Cunning decía que la proporción entre tonsilectomizados y no tonsilectomizados era de 6 a 1. **62, 63** En 1971, el doctor Ogra informaba en el *New England Journal of Medicine* que las concentraciones de anticuerpos antipolio existentes previamente en la faringe disminuían entre seis y ocho veces. **64** El tema de cómo trataban los médicos a los pacientes en épocas de epidemia no acaba en lo que los médicos hacían, sino en lo que se negaban a hacer. El doctor Klenner tenía una tasa de éxito de casi el 100 % en la cura de docenas de casos de polio (incluso casos bulbares) con infusiones intravenosas de vitamina C.

50. «Polio Disease In-Short», Centers for Disease Control and Prevention, Department of Health and Human Services, , consultado el 17 de junio, 2013.

57. M. Siegel, M. Greenberg y M. C. Magee, «Tonsillectomy and Poliomyelitis, II, Frequency of Bulbar Paralysis, 1944-1949», *Journal of Pediatrics*, vol. 38, n.º 5, mayo 1951, pp. 548-558.

58. Francis Thomas, «Poliomyelitis Following Tonsillectomy in Five Members of a Family », *Journal of the American Medical Association*, vol. 119, n.º 17, 1942, pp. 1392-1396.

59. J. A. Glover, «The Paediatric Approach to Tonsillectomy», *Archives of Disease in Childhood*, vol. 23, 1948, pp. 1-6.

60. R. V. Southcott, «Studies on a Long Range Association Between Bulbar Poliomyelitis and Previous Tonsillectomy», *Medical Journal of Australia*, vol. 2, n.º 8, agosto 1953, pp. 281-298.

61. John Anderson, «Poliomyelitis and Recent Tonsillectomy», *Journal of Pediatrics*, 1945, pp. 68-70.

62. D. S. Cuning, «Tonsillectomy-Poliomyelitis Survey, 1947», *Laryngoscope*, vol. 58, n.º 6, junio 1948, pp. 503-513.

63. D. S. Cuning, «Tonsillectomy and Poliomyelitis», *Archives of Otolaryngology*, vol. 46, n.º 5, noviembre 1947, pp. 575-583.

64. P. L. Ogra, «Effect of Tonsillectomy and Adenoidectomy on Nasopharyngeal Antibody Response to Poliovirus», *New England Journal of Medicine*, vol. 284, n.º 2, 14 de enero, 1971, pp. 59-64.

Laboratorios Rockefeller y vacunas como fuente de Epidemias

Nunca en la historia de la polio hubo más pánico que en la epidemia que sufrió Nueva York en 1916. El doctor H. V. Wyatt publicó en 2011 un documento en que habla de la posibilidad de que una cepa de diseño altamente virulenta de la polio «escapara» de los laboratorios Rockefeller, causando la mayor epidemia de polio de la historia de Estados Unidos. No se sabe exactamente

qué pudo haberse escapado del laboratorio.

Se calculaba que la epidemia había afectado a 23.000 casos, con 5.000 muertes, y se extendió por Nueva Inglaterra y los estados del Atlántico medio, llegando a Delaware, Maryland y el Distrito de Columbia, con unos pocos casos en Vermont y Canadá. No había conexión manifiesta con epidemias menores de Virginia occidental y Minnesota, Wisconsin y Michigan. Eran unas características que nunca se repitieron. En su momento no se observaron otros tres aspectos: el número de niños de 2 años afectados era el mayor jamás registrado; la tasa de mortalidad del 25 % era la más alta nunca registrada (desde luego más que la del virus salvaje natural de la polio, que es de menos del 1 %); la epidemia empezó a principios de mayo, mucho antes de la estación estival normal de la polio. 69

69. H. V. Wyatt, «The 1916 New York City Epidemic of Poliomyelitis: Where Did the Virus Come From?», The Open Vaccine Journal, vol. 4, 2011, pp. 13-17.

En la época se difundió la idea de que la epidemia se había iniciado en niños llegados de Italia. Pero los datos de inmigración no encajan con tal hipótesis. Los libros oficiales sobre inmigración demuestran que la epidemia comenzó antes de que llegaran aquellos niños.

En muchos informes sobre la polio se habla de la epidemia de 1916, pero los detalles difieren, y muchos son incorrectos. No se había informado de los primeros casos que se produjeron en mayo en Brooklyn, pero en fechas posteriores los descubrieron investigadores del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.70

70. H. V. Wyatt, «The 1916 New York City Epidemic of Poliomyelitis: Where Did the Virus Come From?», The Open Vaccine Journal, vol. 4, 2011, pp. 13-17.

El elemento exclusivo de aquella epidemia era la gran capacidad del virus de destruir el sistema nervioso, de modo muy similar al de la cepa «MV» cultivada en los laboratorios Rockefeller.

A tres millas del epicentro de brote, Simon Flexner y sus ayudantes del Instituto Rockefeller de la Calle 63 y la Avenida York, cerca del Puente de Queensborough de la isla de Manhattan, habían estado pasando tejido de médula espinal que contenía el poliovirus, de la médula espinal de un mono Rhesus a la de otro. Estos experimentos siguieron con el paso del virus, que a veces se reforzaba con un virus de los pacientes recién contraído... Aquellos médicos no eran conscientes de lo que estaban manipulando... En 1916, se habían seleccionado mutantes del virus Rockefeller original para reproducirlos en neuronas motoras del mono, pero aún tenían una alta capacidad de reproducción en otras células... Es mucha

*coincidencia que una cepa neurotrópica única del poliovirus se desarrollara a unas pocas millas de una epidemia causada por una cepa exclusivamente patogénica del virus... A unas pocas manzanas del Instituto Rockefeller de la Avenida Lexington y la calle 63, la línea elevada de la Tercera Avenida se unía en la estación Municipal Building a la línea BRT que va a Brooklyn por el puente de Brooklyn, con parada en la calle 3 y la Quinta Avenida, donde vivía el primer caso. Sin embargo, casi cualquier parte de Nueva York estaba a pocas calles de alguna línea de metro que llevaba al Instituto Rockefeller.*⁷¹

71. H. V. Wyatt, «The 1916 New York City Epidemic of Poliomyelitis: Where Did the Virus Come From?», The Open Vaccine Journal, vol. 4, 2011, pp. 13-17.

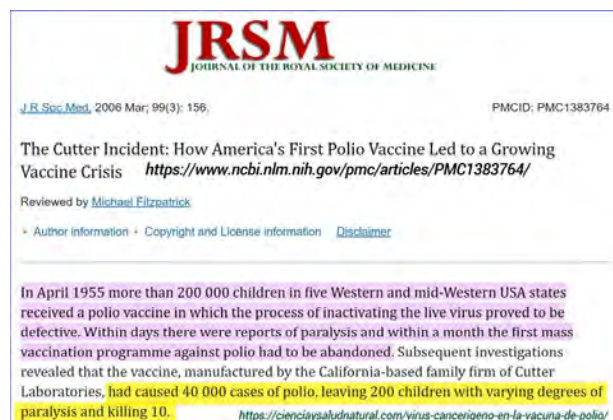
La importancia de esa epidemia es que preparó el camino para generar pánico. Médicos y pacientes por igual, después de esa polio de tan funestas consecuencias, se sentían abocados a un futuro de terror y, por ello, estaban dispuestos a hacer lo que hiciera falta para erradicar la polio. En la década de 1940, muchos médicos eran conscientes de que los promotores de la Fundación Nacional para la Parálisis Infantil (NFIP) y la Marcha de los Centavos (March of Dimes) eran responsables de aquel terror que se extendió por todo el país.⁷²

Hoy, pocos son conscientes de la estrecha relación entre la NFIP y el Instituto Rockefeller. Casi todos los investigadores de la vacuna contra la polio eran del Rockefeller. El doctor Thomas Rivers, virólogo y director, era «consultor sin sueldo» de la NFIP, y Basil O'Connor (fundador de la NFIP) también actuaba de mentor y consejero de **Albert Sabin y Thomas Francis. Sabin desarrolló la vacuna viva que hoy se utiliza en la India, y Francis dirigió el mayor experimento sobre salud pública de la historia: el ensayo de la vacuna Salk en 1954.** Rivers estaba al mando del plan para acabar con la polio en 1938.⁷³

72. Victor Cohn, Sister Kenny: The Woman Who Challenged the Doctors, University of Minnesota Press, 1975, p. 125.

73. David M. Oshinsky, Polio: An American Story, Oxford University Press, 2005, pp. 60, 170.

El desastre de Cutter y otros errores con la vacuna



JRS M
JOURNAL OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE

J.R. Soc. Med., 2006 Mar; 99(3): 156. PMID: PMC1383764

The Cutter Incident: How America's First Polio Vaccine Led to a Growing Vaccine Crisis <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1383764/>

Reviewed by [Michael Fitzpatrick](#)

Author information · Copyright and License information · [Disclaimer](#)

In April 1955 more than 200 000 children in five Western and mid-Western USA states received a polio vaccine in which the process of inactivating the live virus proved to be defective. Within days there were reports of paralysis and within a month the first mass vaccination programme against polio had to be abandoned. Subsequent investigations revealed that the vaccine, manufactured by the California-based family firm of Cutter Laboratories, had caused 40 000 cases of polio, leaving 200 children with varying degrees of paralysis and killing 10. <https://cienciaysaludnatural.com/virus-cancerigeno-en-la-vacuna-de-polio/>

La verdad oculta de la vacuna de Polio, 40.000 casos de poliomielititis provocados por la propia vacuna de polio. El proceso de inactivación del virus vivo resultó ser defectuoso. 40.000 casos de poliomielititis, dejando a 200 niños con diversos grados de parálisis y matando a 10. Esas son las fotos que muestran para atemorizar a los padres para que vacunen contra polio, las víctimas en las fotos más terribles en tubos de acero, son por los daños causados por la propia vacuna. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1383764/>

Hoy, muchas personas desconocen el desastre de Cutter. Fue una epidemia de poliomielitis relacionada con el virus que comenzó con el uso de las vacunas de Jonas Salk inmediatamente después de que fueran desarrolladas y autorizadas a toda prisa por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos. En dos horas concluyó ese proceso de autorización sin precedentes.**75**

75. Richard Carter, Breakthrough: The Saga of Jonas Salk, Trident Press, Nueva York, 1955, p. 282.

Ante la presión exterior, la comisión de autorizaciones que debía aprobar la vacuna lo hizo después de deliberar, pero sin antes haber leído toda la investigación, concretamente el Informe Francis en el que se debería haber basado su aprobación. El doctor Howard Shaughnessy, director del laboratorio del Departamento de Salud de Illinois, fue testigo de lo ocurrido.

*Previamente, [la vacuna] se había distribuido como producto experimental, no un producto autorizado... se pidió a la comisión que tomara una decisión cuanto antes... se habló del informe que el doctor Francis había presentado, pero no estábamos en condiciones de discutirlo muy intensamente porque no habíamos visto el informe antes de esa mañana y nos lo repartieron después de la presentación... se nos presionó porque se nos dijo que era fundamental darse prisa, y llegados a las 5:00, algunos pensábamos que había que hablar más del asunto. Nos dijeron que debatirlo más supondría dejarlo para la semana siguiente, y tendríamos que ir a Washington o Bethesda, y la mayoría de los miembros no estaban dispuestos a hacerlo. En efecto, nos presionaron para que tomáramos una decisión antes de lo que normalmente hubiéramos hecho... Fue parte de la presión de los acontecimientos, por decirlo de algún modo.**76***

76. Opening brief of Defendant and Appellant Cutter Laboratories Gottsdanker v. Cutter Laboratories (1960) 182 Cal. App.2d 602 pp. 31-33. El Dr. Shaughnessy era Director de Laboratorios y Jefe del departamento de Salud Pública de Illinois, Universidad de Chicago, y miembro del Ann Arbor Licensing Committee para la vacuna Salk.

El doctor Thomas Francis no presentó el informe final de su evaluación de los ensayos de campo de 1954 hasta abril de 1957, dos años después de que se autorizara la vacuna.**77**

En aquel momento, las autoridades de salud pública decretaron que los médicos inyectaran la vacuna aunque esos médicos no supieran gran cosa sobre su base científica ni el extenso ensayo de Francis. Las consecuencias de aquella impulsiva actuación resultaron ser importantes. **El invento de Salk era una versión inyectable y supuestamente inactivada con formaldehído de la vacuna contra el poliovirus.** El proceso de inactivación viral tenía graves problemas, que los implicados conocían desde el principio del desarrollo de la vacuna. Cualquier objeción profesional por parte de los científicos que intervenían en el desarrollo de la vacuna se reprimía inmediatamente.**78**

El doctor Paul Meier fue testigo del despido de científicos que no estaban de acuerdo con los

planes de la NFIP.

77. T. Francis et al., «Evaluation of the 1954 Field Trial of Poliomyelitis Vaccine: Final Report », Poliomyelitis Vaccine Evaluation Center, University of Michigan, Ann Arbor, abril 1957.

78. H. Eyer et al., Social Medicine and Hygiene: An Evaluation of the Protective Immunization Against Poliomyelitis, Report of the Scientific Committee, 1956. Este documento de 102 páginas y 22 gráficos es una traducción de un informe alemán más extenso sobre un artículo publicado en MunchMed Wochenschr, abril 6, 1956. Una copia de la traducción inglesa está en posesión del autor.

Jonas Salk presentó un artículo en que aseguraba que todos los virus estaban inactivados, y que no quedaba ningún virus vivo. Pero no se relacionaba el sexto lote. Así que dije que algo estaba mal. Salk había recortado los datos para no mostrar qué ocurría con algunos lotes... Bien, efectivamente, la NFIP creó una comisión asesora. Y la reformó cuatro o cinco veces. Siempre que alguien no estaba de acuerdo, lo sacaban y ponían a alguien que lo estuviera. Cuando terminaron de formar la comisión, todos sus miembros eran distinguidos, pero muy sumisos.**79**

79. H. A. Marks, «Conversation with Paul Meier, Interview by Harry M. Marks», Clinical Trials, vol. 1, febrero 2004, pp. 131-138.

La consecuencia de ignorar las advertencias de científicos altamente calificados, que pública y repetidamente explicaron por qué y cómo el proceso de inactivación estaba mal desde el principio, el virus de la vacuna, sin necesidad alguna, infectó, paralizó y causó la muerte a niños y a los que habían estado en contacto con ellos.

Wendell Stanley, Sven Gard, Enders, Herdis von Magnus y yo mismo, entre otros, no estábamos de acuerdo, convencidos de que el proceso de inactivación no seguía una línea recta, y no se podía aceptar prolongar la línea por debajo de los puntos de referencia... Y recuerdo que Colin MacLeod planteó la pregunta de si realmente ese era el camino a seguir, pero así estaban las cosas, es decir: «Seguiremos adelante y fabricaremos la vacuna». Bien, así se fabricó la vacuna. Después Cutter fabricó varios lotes de la vacuna que después de ser inoculados provocaron casos de poliomielitís, algunos de ellos con parálisis grave.**80**

80. Edwin H. Lennette, «Pioneer of Diagnostic Virology with the California Department of Public Health», historia oral dirigida en 1982, 1983 y 1986 por Sally Hughes, Regional Oral History Office, The Bancroft Library, University of California, Berkeley, 1988.

Salk y los científicos que siguieron en el consejo de la NFIP interpretaron mal la curva de inactivación del formaldehído. El resultado fue que permanecía el virus vivo. Pero siguieron con su obstinada actitud de no atender a las advertencias.

La hipótesis básica de Salk era falsa. Ya en el congreso sobre la poliomielitís celebrado en Roma en septiembre de 1954, los suecos plantearon dudas sobre la inactivación del virus con formaldehído, que mostraba que la curva de inactivación no va en línea recta sino que sigue una curvatura continua. El

*fenómeno no tiene nada que ver con la presencia de agregados; la filtración no afecta en modo alguno a la forma de la curva.***84**

84. Sven Gard, «Prophylactic Vaccination Against Poliomyelitis», *Svenska Läkartidningen (Swedish Physician's Journal)*, vol. 53, n.º 121(nr3)a, enero 1956 (3ª semana), traducido del sueco y distribuido por el Oak Park Health Department, Oak Park, Illinois. Ref. p. 8.

En la virulencia de la vacuna de 1955 había otro factor. La vacuna empleada en el ensayo de 1954 contenía mertiolato, un compuesto de mercurio que producía un efecto virucida (mataba el virus). A Jonas Salk le decepcionó el efecto estimulador de anticuerpos que demostró el ensayo de campo de 1954, por lo que en la vacuna de 1955 se eliminó el mertiolato para provocar una respuesta de anticuerpo más rápida en los receptores de la vacuna. La vacuna no solo no era la misma aclamada vacuna que se ensayó en 1954, sino que estaba plagada de virus vivos de naturaleza altamente neurovirulenta: la cepa Mahoney. **Entre el 17 de abril y el 30 de junio de 1955, se documentaron 260 casos de poliomielitis después de inocular a unas 400.000 personas la vacuna de Cutter.** Noventa y cuatro casos eran de vacunados, 126 de contactos familiares, y 40 de contactos de la comunidad. La ratio estimada de casos por infecciones está en torno a 1 caso por entre 100 y 600 infecciones inyectadas.**85**

Es un hecho documentado que los contactos familiares adultos contraían la polio, de forma secundaria, por la vacuna,**86** y algunos quedaban gravemente parálíticos. Trece contactos familiares necesitaron el pulmón de acero, y cinco fallecieron. Hubo casos documentados de niños que recibían la inyección de la vacuna, tenían el virulento virus vivo en las heces, y nunca enfermaron. Pero sí lo hicieron, y de gravedad, sus madres y vecinos. Un informe conservador reveló que 39 amigos y vecinos de niños que habían recibido la vacuna de Cutter quedaron parálíticos. Muchas más personas se infectaron en menor grado. La recién creada Unidad de Vigilancia de la Polio no se hizo eco de todos los casos que se produjeron por el efecto dominó de ese colosal percance. La razón es que tenían plazos muy estrictos, a partir de los cuales todo caso de polio del que se informara se consideraba que no era debido a la vacuna.

Paul Offit, inventor de vacunas y defensor de la vacunación obligatoria, escribió un libro sobre el incidente de Cutter. En él llega a admitir:

*la enfermedad causada por la vacuna de Cutter era peor que la causada por el virus natural de la polio. y resume las estimaciones de los daños conocidos: **Al final, 200.000 personas, como mínimo, fueron infectadas por el virus vivo de la polio que contenía la vacuna de Cutter; 70.000 desarrollaron debilidad muscular; 164, parálisis grave; y 10 fallecieron. El 75 % de las víctimas de Cutter quedaron parálíticas para el resto de su vida.*****87**

87. Paul Offit, MD, *The Cutter Incident*, Yale University Press, 2005, p. 86 y 89.

Contaminación por virus de mono SV40



<https://www.bitchute.com/video/MfjsvOvctV7L>

El Dr. Stanley Plotkin considerado como uno de los principales expertos en vacunas y vacunación, admite que en sus inicios la vacuna contra la Polio estaba contaminada con el virus SV40 que causaba cáncer.

Miles de personas fueron vacunados con esas vacunas contaminadas. Plotkin describe qué algunas vacunas se producen utilizando órganos fetales de abortos humanos trozados.

Está perfectamente documentado¹¹⁰ que las vacunas en cuya fabricación hasta los años ochenta se utilizaban riñones de mono, **contenían un virus cancerígeno del mono que algunos investigadores médicos creen que pudo provocar cáncer a una parte de los millones a quienes se les administró.**¹¹¹ El virus simio 40 (SV40) es un virus del mono que se ha encontrado en varios tipos de cáncer humano, entre ellos el mesotelioma pulmonar, algunos tipos de tumor cerebral, y cáncer de hueso, mama, colon y riñón.¹¹² Lamentablemente, la polémica sobre el porcentaje de muestras de tumores que contienen ADN y proteínas del SV40 ha paralizado el campo de estudio; por conflicto de intereses económicos y políticos, probablemente nunca se lleven a cabo las investigaciones necesarias para acreditar sólidamente la relación este virus-vacuna.

110. Rochelle Cutrone, John Lednicky, Glynis Dunn, et al., «Some Oral Poliovirus Vaccines Were Contaminated with Infectious SV40 After 1961», *Cancer Research*, vol. 65, n.º 22, 15 de noviembre, 2005, pp. 10273-10279.

111. Paola Rizzo, Ilaria Di Resta, Amy Powers, Herbert Ratner, and Michele Carbone, «Unique Strains of SV40 in Commercial Poliovaccines from 1955 Not Readily Identifiable with Current Testing for SV40 Infection», *Cancer Research*, vol. 59, n.º 24, 15 de diciembre, 1999, pp. 6103-6108.

112. F. Qi et al., «Simian Virus 40 Transformation, Malignant Mesothelioma and Brain Tumors», *Expert Review of Respiratory Medicine*, vol. 5, octubre 2011, pp. 683-697.

La polémica se agudizó por las implicaciones legales de asociar la producción y distribución de vacunas de la polio contaminadas con el desarrollo de mesoteliomas humanos y tumores cerebrales. Quienes revisan los estudios no han estado dispuestos a avalar los estudios sobre el SV40 en que se habla de la necesidad de abordar primero la «controversia», pero, si no se financian, es imposible realizar estudios que se ocupen de los polémicos resultados.¹¹³

113. F. Qi et al., «Simian Virus 40 Transformation, Malignant Mesothelioma and Brain Tumors», *Expert Review of Respiratory Medicine*, vol. 5, octubre 2011, pp. 683-697.

Se sabe que el SV40 existe en el tejido canceroso, pero no en el tejido sano de alrededor,¹¹⁴ que

causa daños genéticos extensivos in vitro y que provoca tumores cuando se inyecta a voluntarios¹¹⁵ y roedores. Sin embargo, no se considera científicamente válido relacionar los contaminantes virus SV40 con estos tumores humanos.

114. M. Carbone, R. A. Kratzke y J. R. Testa, «The Pathogenesis of Mesothelioma», Seminars in Oncology, vol. 29, febrero 2002, pp. 2-17.

115. F. Jensen, H. Koprowski, J. S. Pagano, J. Ponten y R. C. Ravdin, «Autologous and Homologous Implantation of Human Cells Transformed in Vitro by SV40», Journal of the National Cancer Institute, vol. 32, 1964, pp. 917-932.

*Se ha descubierto una relación entre el SV40 y ciertos tipos de cáncer en humanos. Sin embargo, aunque el virus o su ADN se han hallado en determinados tipos de cáncer, no se ha determinado que el SV40 cause estos cánceres. Descubrir que dos sucesos están «relacionados» no equivale a establecer que uno es la causa del otro.*¹¹⁶

116. Vaccine Safety: Frequently Asked Questions About Cancer, Simian Virus 40 (SV40), and Polio Vaccine, Centers for Disease Control and Prevention, 2012.

Algunos científicos que han dedicado su carrera al estudio de la polio y el SV40 saben de primera mano que la industria y los políticos pueden invalidar verdades científicas incómodas. Dos de los científicos más respetados del mundo en el campo del SV40, el doctor Harvey Pass y la doctora Michele Carbone, hablan de cómo se censuró la ciencia:

*Yo (Michele Carbone) quería emitir un comunicado de prensa... y poder hablar con los medios si se ponían en contacto conmigo. También creo que el público y los medios tienen derecho a preguntarnos lo que deseen una vez que nuestro trabajo ha sido aceptado por una publicación de revisión por expertos, y que los científicos no deben decidir qué han de saber y no saber los medios de comunicación... (el doctor Levine) me dijo que si yo, o Harvey, hablábamos con la prensa, en contra de su voluntad, seríamos «castigados»... A Pass le impresionó todo aquel alboroto, sobre todo la amenaza. «No pensaba que te pudieran castigar por hacer ciencia».*¹¹⁷

117. D. Bookchin y J. Schumacher, *The Virus and the Vaccine*, St. Martin's, Griffin, Nueva York, 2004, p. 163.

Nadie sabe cómo fue posible que un virus que la doctora Carbone apodó «la máquina de guerra perfecta»,¹¹⁹ porque afecta al menos a cuatro mecanismos celulares importantes que favorecen el cáncer o interfieren en las defensas contra él, pudo impactar en países que hoy siguen utilizando la vacuna oral de la polio masivamente. No se puede determinar, por falta de una investigación precisa, cuánta parte del espectacular aumento de las tasas de cáncer humano producido desde la introducción de productos simios en la población humana se debe al SV40. Hoy se siguen utilizando los monos en la fabricación de la vacuna de la polio. Según las

alegaciones de Stanley Kops, el SV40 suponía y sigue suponiendo un riesgo potencial en la vacuna de la polio, tanto la oral (VOP) como la inactivada (VIP). La VIP que se usa en el mundo desarrollado se sigue tratando con formaldehído, pero se sabe desde 1961 que el SV40 sobrevive al formaldehído más allá del mínimo de 12 días.**120** Los fabricantes de vacunas hablan hoy de un tratamiento con formaldehído de al menos 12 días.**121**

119. D. Bookchin y J. Schumacher, *The Virus and the Vaccine*, St. Martin's, Griffin, Nueva York, 2004.

120. P. Gerber, G. A. Hottle y R. Grubbs, «Inactivation of Vacuolating Virus (SV40) by Formaldehyde», *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, vol. 108, octubre 1961, pp. 205-209.

121. Sanofi Pasteur, *Poliovirus Vaccine Inactivated, IPOL*, 15 de octubre, 2012, , consultado el 17 de junio, 2013.

Cambian de nombre a la Parálisis

En la India, la OMS, en su seguimiento de las campañas de vacunación, dice que los casos paralíticos relacionados con el poliovirus de tipo salvaje han disminuido, **pero la parálisis ahora llamada parálisis flácida aguda (PFA) ha aumentado año tras año, llegando a 60.000 casos en 2011**. En la India, a pesar de las activas campañas de la vacuna oral de la polio (o quizás debido a ellas), se ha producido un aumento constante de los diagnósticos de PFA **parálisis flácida aguda**. No obstante, la OMS y sus organizaciones afines celebran que el número de casos documentados de parálisis asociada al virus salvaje ha disminuido. **Se ha publicado en Lancet¹²⁶ que la incidencia de la PFA, en especial la no-polio, aumentó espectacularmente en la India después de que se introdujera una vacuna experimental y muy fuerte contra la polio**. Y lo peor es que los niños a quienes se les reconoce PFA no-polio tienen el doble de probabilidades de fallecer que los que han sufrido la infección por el virus salvaje.**127**

126. J. Puliyel, C. Sathyamala y D. Banerji, «Protective Efficacy of a Monovalent Oral Type 1 Poliovirus Vaccine», *The Lancet*, vol. 370, 2007, pp. 129-130.

127. C. Sathyamala, «Polio Eradication Programme in India», *The Indian Journal of Medical Research*, vol. 125, 2007, pp. 695-696.

La tasa de PFA no-polio aumenta en proporción al número de dosis de vacunas de la polio administradas en cada zona... A nivel nacional, la tasa de esta PFA es hoy 12 veces más alta de lo esperado.

128. N. Vashisht and J. Puliyel, «Polio Programme: Let Us Declare Victory and Move On», *Indian Journal of Medical Ethics*, vol. 9, abril-junio 2012, pp.114-117.

La OMS dice que la polio está disminuyendo en la India. Para poder decir que está erradicada, habría que hacer análisis de heces a todos los que desarrollan parálisis, la mayoría de los cuales han sido vacunados con el virus vivo de la vacuna, que suele desplazar al virus salvaje del intestino. ¿Es posible que el aumento de las parálisis flácida aguda – PFA en la India sea consecuencia de la introducción de tanto virus de la vacuna en la población? ¿Esa gente contrae

más parálisis por la polio como resultado de una recombinación y una mutación naturales? El poliovirus salvaje, el poliovirus de la vacuna y el neurovirulento virus de Coxsackie, todos, pueden interactuar, recombinarse y evolucionar hacia entes gravemente neuroviolentos.129, **130**, **131**, **132** ¿Por qué un virus de la vacuna iba a ser estable y no seguir las leyes de la naturaleza, que implican la clara probabilidad de recombinación? La reacción de la OMS y la Alianza Global por la Vacunación y la Inmunización**133** (GAVI) ha sido intensificar en los últimos años las campañas de vacunación oral contra la polio. **Hay niños hoy que, a los cinco años, han recibido 32 vacunas. Antes, nunca hubo un esfuerzo tan decidido de inocular a los niños hasta 30 veces por una enfermedad antes de cumplir los cinco años.**

129. S. Jegouic et al., «Recombination Between Polioviruses and Co-Circulating Coxsackie A Viruses: A Role in the Emergence of Pathogenic Vaccine-Derived Polioviruses», PLoS Pathology, vol. 5, n.º 5, mayo 2009.

130. R. Crainic et al., «Measles and Poliomyelitis: Vaccine, Immunization, and Control», in Natural Evolution of Oral Vaccine Poliovirus Strains, pp. 371-390.

131. S. Guillot et al., «Natural Genetic Exchanges Between Vaccine and Wild Poliovirus Strains in Humans», Journal of Virology, vol. 74, n.º 18, septiembre 2000, pp. 8434-1843.

132. M. M. Georgescu, F. Delpeyroux y R. Crainic, «Tripartite Genome Organization of a Natural Type 2 Vaccine/Nonvaccine Recombinant Poliovirus», Journal of General Virology, vol. 76, septiembre 1995, pp. 2343-2348.

133. Entre los miembros de GAVI están la OMS, el Banco Mundial, Unicef y la Fundación Bill y Melinda Gates, .

Información del National Polio Surveillance de India demuestran de forma inequívoca que la tasa de Parálisis Flacidez Aguda ha aumentado con el número de dosis de Vacuna Oral de la Polio. Con toda la información de que hoy disponen científicos y políticos, y todo un siglo de literatura sobre la polio sobre la que reflexionar, es inevitable preguntarse: ¿qué está pasando? El número creciente de niños parálisis en la India merece una mejor explicación que la de «es por un bien mayor», porque es evidente que no es así.**136**

136. «National Polio Surveillance India Data 2000-2010, NPSP Polio Surveillance Data on Acute Flaccid Paralysis (AFP) and Non-Polio AFP and Demographic Data», .

Conclusión

El Instituto Rockefeller, el mayor monopolio médico, controló la Fundación Nacional para la Parálisis Infantil. La vacunación sigue siendo la única intervención para el problema de la poliomielitis de la India y otros países subdesarrollados, pese a la parálisis inducida por la vacuna, las mutaciones del virus de la vacuna y los evidentes fracasos. Cuando los programas de vacunación no cumplen lo que prometen, la culpa se atribuye siempre a los no vacunados, o se repite en otro tono y con ritmo distinto la melodía de siempre de «es posible que cinco vacunas por niño no sean suficientes». Además del aumento de la tasa de PFA relacionado con el de las dosis de VOP en la India, existen numerosos informes sobre virus de la vacuna que mutan en virulencia y provocan brotes de polio en China, Nigeria e India. Como siempre, se señala como culpable a las poblaciones no vacunadas, y no a la propia vacuna ni a las muchísimas otras

causas de la mutación viral.

*Además de la resiliencia de los virus de tipo salvaje en circulación, se plantean problemas importantes como resultado de las propiedades intrínsecas de la VOP. Tiene propensión a huir de la función que tiene asignada como inmunógeno protector, circulando por poblaciones pobremente inmunizadas, y por ello evolucionando hacia cepas del poliovirus altamente neurovirulentas después de combinarse con otros enterovirus (Kew et al, 2005; P. Jiang, J. A. J. Faase, A. E. Gorbalenya y E. Wimmer, datos inéditos). Esta ocurrencia independiente en diferentes partes del mundo causa brotes anuales de poliomielitis.***140**

140. E. Wimmer, «The Test-Tube Synthesis of a Chemical Called Poliovirus: The Simple Synthesis of a Virus Has Far-Reaching Societal Implications», número especial, *European Molecular Biology Organization Report*, vol. 7, julio 2006, pp. S3-S9. *Molecular Biology Organization Report*, vol. 7, julio 2006, pp. S3-S9.

Estamos en un momento en que el mundo en desarrollo necesita una mejor alimentación, agua pura y sin sustancias químicas, una agricultura sostenible y suelos limpios, y el lujo de estar libre de guerras, hambre y persecución religiosa.

142. WHO, «Framework for National Policy Makers in OPV-Using Countries», 2005, , consultada a 17 de junio, 2013.

*Es una paradoja que la vacuna de la que el mundo ha dependido para erradicar la polio se convierta ella misma en un peligro para la erradicación una vez que se ha interrumpido la transmisión del poliovirus salvaje.***143**

143. D. L. Heymann et al., «A Vision of a World Without Polio: The OPV Cessation Strategy», *Biologicals*, vol. 34, junio 2006, pp. 75-79.

Hoy se obliga a los niños a someterse a la vacuna porque la OMS y otros solo piensan en el poliovirus y no en el problema de la parálisis. Cuando se alcance este objetivo tan corto de miras, sin duda se plantearán problemas. La OMS ya ha pensado en los pasos que habrá que dar para ocuparse de la población escasamente inmunizada si se produce la reintroducción viral.**144**

144. WHO, «Framework for National Policy Makers in OPV-Using Countries», 2005, pp. 6-12.

Muchos profesionales de la medicina ceden su pensamiento independiente a los revistas científicas, los consejos asesores y las tradiciones, que varían según sean las influencias políticas de la época.

Muchas veces el gran enemigo de la verdad no es la mentira, deliberada, planeada y tramposa, sino el mito, persistente, convincente e irreal. La creencia en los mitos hace fácil la opinión, sin la incomodidad del razonamiento. —John Fitzgerald Kennedy (1917-1963)

Hasta aquí, toda la información ha sido extraída de **Desvaneciendo Ilusiones** sobre sus autores: **Roman Bystrianyk** lleva más de 15 años estudiando la historia de las enfermedades y las vacunas. Posee amplios conocimientos sobre salud y nutrición, y es diplomado en Ingeniería y graduado en Ciencias Informáticas.

La doctora Suzanne Humphries obtuvo el título de graduada en Medicina en 1993 en la Temple University de Filadelfia (Pensilvania), y posteriormente se especializó en medicina interna y nefrología. Ha impartido clases a estudiantes, residentes y posgraduados de medicina, y ha sido profesora adjunta del campus clínico de la Robert Wood Johnson Medical School de Camden (Nueva Jersey). Además, ha tenido consulta privada en un gran hospital universitario de Maine durante 10 años. En 2011, decidió dar un giro a su profesión, y hoy se dedica a asesorar sobre medicina holística, sigue investigando muchos aspectos de la práctica médica, y escribe sobre los problemas de la vacunación. <https://dissolvingillusions.com/> ver imagenes del libro: <https://dissolvingillusions.com/graphs-images/>

Las propias vacunas contra polio son las culpables del aumento del número de casos

Mucha gente pensó que el poliovirus se había extinguido en la mayor parte del mundo, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado a muchos continentes libres de polio, pero de hecho, los casos de poliomiélitis han ido en aumento a nivel mundial desde 2016, y este resurgimiento del brote está [relacionado con el uso de estas vacunas](#) .

Como lo hace siempre la OMS ha retirado esta pagina en donde estaba este articulo de ellos mismo afirmando esto

<https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON458> pero aún así la puede verificar aquí:

<https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/polio/public/index.html#types-of-polio>

<https://www.cdc.gov/orr/polioviruscontainment/diseaseandvirus.htm>

<https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-vaccines/ipv/>

Aumento del 700 % en los casos de poliomiélitis causados por la vacuna oral contra la poliomiélitis de acuerdo al Centro de control de Enfermedades, CDC

- El poliovirus derivado de la vacuna puede propagarse y provocar parálisis en los niños.
- En 2022 se produjo un aumento aproximado del 700 % en los casos de poliovirus circulantes de tipo 1 derivados de la vacuna.
- Palabra clave: Circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV) = Poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV)

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/wr/mm7214a3.htm>

El 21 de julio, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York informó el [primer caso de poliomielitis en casi una década](#) y **este caso también estaba relacionado con una cepa del poliovirus derivado de la vacuna.**

El poliovirus no tiene envoltura. Es un enterovirus compuesto por un ARN monocatenario y una cubierta proteica. Aproximadamente 3 de cada 4 personas infectadas con polio son [asintomáticas](#). Incluso si hay síntomas, por lo general se parecen a los de la gripe.

Sin embargo, en el 1% de todos los casos de polio, la polio causa parálisis flácida o discapacidad, e incluso puede provocar la muerte. Esto entonces se llama poliomielitis parálisis.

Después de contraer poliomielitis parálisis espinal, del 25% al 40% de los pacientes desarrollarán diversos grados de secuelas hasta 15 a 40 años más tarde, lo que también se conoce como “síndrome postpoliomielitis”.

Esto puede deberse a que, cuando algunos pacientes son jóvenes, su sistema inmunitario es bastante fuerte y puede inhibir la replicación del poliovirus. A medida que envejecen, su inmunidad tiende a disminuir y el virus dentro de su cuerpo puede volver a causar estragos.

Si el virus afecta las neuronas o los músculos, puede, en casos graves, provocar parálisis o discapacidad temporal o incluso permanente, así como reducir la función de los músculos respiratorios e incluso detener la respiración, lo que luego conduce a la muerte.

¿Por qué está resurgiendo la poliomielitis después de haber sido ‘erradicada’?

En la década de 1950, la poliomielitis se convirtió en una preocupación mundial. En 1955 se desarrollaron las vacunas inactivadas contra la poliomielitis (inactivated polio vaccines, IPV) y en 1962 se inventaron las vacunas orales contra el poliovirus (oral poliovirus vaccines, OPV).

En 1988, la OMS, el Fondo Internacional de Emergencia para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) y la Fundación Rotaria lanzaron la “Iniciativa de erradicación mundial de la poliomielitis (GPEI)”, con la Fundación Bill y Melinda Gates como el principal instituto de financiación.

Prometiendo [su parte de \\$ 450 millones](#) de \$ 1.2 mil millones para erradicar la poliomielitis, Gates tomó el control del Grupo Nacional de Asesoramiento Técnico sobre Inmunización (NTAGI) de la India, que ordenó hasta [50 dosis](#) de vacunas contra la poliomielitis mediante la [superposición de programas de inmunización](#) a niños antes de la edad de cinco. Los médicos indios culpan a la campaña de Gates de provocar una devastadora [epidemia de parálisis flácida aguda sin polio \(NPAFP\) que paralizó a 490.000](#) niños más allá de las tasas esperadas entre 2000 y 2017. En 2017, el gobierno indio canceló el régimen de vacunación de [Gates y le pidió a Gates](#) que abandone India con sus políticas de vacunación. Las tasas de [parálisis flácida aguda sin polio](#),

NPAFP cayeron precipitadamente. Las epidemias [de poliomielitis] más severas en el Congo, Afganistán y Filipinas están causadas por las vacunas.

En 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) admitió de mala gana que la explosión mundial de la poliomielitis es causada por una [predominantemente una cepa de vacuna](#) . Las epidemias más aterradoras en el [Congo, Afganistán y Filipinas](#) están relacionadas con las vacunas. De hecho, para 2018, el [70% de los casos mundiales de poliomielitis](#) fueron cepa de vacuna.

A través de la distribución mundial de vacunas contra la poliomielitis (especialmente en los países en desarrollo) junto con campañas de educación y prevención, la GPEI decía que intentaba erradicar la poliomielitis por completo. Desde entonces, la OMS ha otorgado certificados a muchos países y regiones para demostrar que han erradicado la poliomielitis.

Los principales medios de comunicación y las agencias de salud pública de todo el mundo han hecho una gran propaganda, unánimemente y en voz alta a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (The Global Polio Eradication Initiative, GPEI) y dan todo el crédito por la erradicación de la poliomielitis a las vacunas y a la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, GPEI y han ocultado los fracasos a [cambio de financiación y publicidad](#).

Además, hablando de manera realista, la circulación del poliovirus en el mundo también tiene sus propios patrones, con picos y descensos con o sin la intervención de las personas.

De hecho, los casos de poliomielitis en el mundo entraron en una fuerte fase de declive desde finales de la década de 1950, antes de que la vacuna inactivada contra la poliomielitis se distribuyera ampliamente y antes incluso de que se inventara la vacuna oral contra la poliomielitis. Pero la propaganda de los medios con publicidad de los laboratorios se han encargado a través de las revistas científicas prestigiosas de cambiar [la verdadera historia](#).

Cuando la Erradicación Mundial de la Poliomielitis, GPEI comenzó en 1988. De hecho, no se ha probado en la práctica hasta qué punto las vacunas contra la poliomielitis realmente funcionaron para controlar los brotes de poliomielitis a gran escala.

Además, la “certificación libre de polio” de la OMS [se dirige únicamente a las cepas de tipo salvaje del poliovirus](#). En 2016, el número de casos de polio, que cayó a su nivel más bajo en décadas, experimentó un aumento repentino.

Y esta vez, las cepas del poliovirus que causaron el brote estaban relacionadas con las vacunas.

[Las vacunas](#) orales contra la poliomielitis pueden causar la transmisión del poliovirus

Dado que las vacunas orales de poliovirus se produjeron con cepas atenuadas de poliovirus, los

virus no estaban muertos en la vacuna. Simplemente fueron atenuados para perder la neurovirulencia y tenían una transmisibilidad reducida.

Sin embargo, cuando se promovieron las Vacunas de Polio Orales, OPV en muchos países en desarrollo, las cepas menos virulentas podían replicarse silenciosamente durante mucho tiempo en las personas que recibían la Vacunas de Polio Orales, OPV (Sabin). En raras ocasiones, el poliovirus atenuado podía revertirse y replicarse nuevamente de manera eficiente, o incluso volverse virulento nuevamente, especialmente entre las personas que tienen sistemas inmunológicos débiles.

Esto se debe a que la OPV utiliza una tecnología de virología tradicional para reducir la virulencia y la productividad del virus en lugar de matarlo.

Cuando los virus «debilitados» de las OPV ingresan a los intestinos humanos, es posible que algunos muten y recuperen su neurovirulencia. Estos tipos de virus se denominan poliovirus derivados de vacunas (vaccine-derived polioviruses, or VDPVs).

Estos virus [derivados de vacunas son transmisibles](#) entre humanos. Y pueden hacer que los pacientes [desarrollen](#) síntomas como parálisis y discapacidad.

Esta [condición](#) se llama [poliomielitis parálitica asociada a la vacuna](#) (vaccine-associated paralytic poliomyelitis, VAPP)..

Estudios sugieren que el [riesgo](#) de VAPP de un recién nacido es de 4.7 casos por millón, pero los métodos para llevar las [estadísticas es muy deficiente](#) y esto está reconocido en video por la propia Dra. Soumya Swaminathan, científica jefa de la Organización Mundial de la Salud OMS, ver siguiente video en donde admite (en privado ante los expertos) que no hay estadísticas para saber la cantidad y cuales son los efectos adversos que las vacunas causan. Al principio del video ante el público dice todo lo contrario. Sucedió durante la Cumbre Mundial de Seguridad de Vacunas de la OMS en diciembre 2019 en Ginebra, Suiza.

Según [datos](#) de Our World in Data, casi el 80% de los bebés de 1 año en todo el mundo han recibido las vacunas contra la poliomielitis desde 1990. En Argentina tardaron varios años para pasar de la vacuna oral OPV a la inyectable de Salk en el 2020, cuando ya se sabía desde hace años que esta causaba polio, como lo explica claramente Jonas Salk en el [este video](#), Salk fue el creador de la vacuna inyectable.

Los poliovirus derivados de vacunas comenzaron a propagarse después de 2016

Hay 3 tipos de poliovirus, incluidos los tipos 1, 2 y 3. La versión original de las OPV (Vacuna Polio Oral) incluía los tres tipos, y los tres serotipos de cepas atenuadas pueden generar poliovirus derivados de vacunas (vaccine-derived polioviruses, or VDPVs), revertientes, respectivamente.

Sin embargo, las cepas VDPVs-2 (tipo 2) revertientes fueron más dominantes y han sido las principales cepas circulantes de VDPV (cVDPV-2).

Después de que se descubriera este problema en 2016, la OMS tomó la decisión de detener la producción de OPV (oral) con los tres tipos.

En cambio, la versión más nueva de OPV para distribución amplia incluía solo los serotipos 1 y 3. Y OPV-2, una versión más nueva de OPV con solo el tipo 2, también se produjo por separado para usarse en áreas endémicas de poliovirus tipo 2.

Sin embargo, este “cambio” de vacunas OPV trivalentes a bivalentes resultó nuevamente en problemas inesperados. Después de usar la OPV con los tipos 1 y 3 (vacuna OPV bivalente), el brote de casos de polio relacionados con cVDPV-2 aumentó significativamente a partir de 2016.

Esto parece sugerir que el cVDPV-2 ha estado circulando a niveles bajos antes de que se hiciera el cambio en 2016.

Entonces, el cambio eliminó la presión contra el cVDPV-2 y le dio más posibilidades de causar brotes a pequeña escala en muchas regiones del mundo. **Y ahora, los casos generales de poliovirus en todo el mundo han vuelto al nivel de hace 20 años, a pesar de que, irónicamente, más continentes y países se declaran «libres de polio».**

La principal razón por la que la OPV todavía se usa ampliamente es que la OPV se puede producir y ofrecer a bajo costo, lo que beneficiaría la distribución al mundo en desarrollo.

De hecho, si se usaran las vacunas de polio inactivadas en lugar de las OPV, entonces no habría este problema de generar **poliovirus derivados de vacunas (vaccine-derived polioviruses, or VDPVs)** circulantes. Los países desarrollados, incluido Estados Unidos, han dejado de usar las OPV desde el año 2000 y todos usan las IPV. Argentina recién se adaptó en el 2020 dejando evidencia que la OMS y sus sistemas de seguridad no funcionan.

Esto crea un dilema: por un lado, los países en desarrollo solo pueden usar OPV para prevenir y controlar brotes; pero, por otro lado, las OPV pueden causar una mayor propagación de los virus.

La nueva vacuna oral contra el poliovirus también puede mutar

Está bien establecido que el **poliovirus** de tipo salvaje tiene significativos errores de mutación durante su ciclo de replicación, sin embargo, no se sabe claramente si las cepas de virus atenuadas en la OPV (Vacuna Polio Oral) original tenían una tasa de mutación tan alta como la del virus de tipo salvaje.

La aparición frecuente de poliovirus derivados de vacunas (vaccine-derived polioviruses, or

VDPVs) sugirió que la tasa de mutación aún era relativamente alta en esas cepas atenuadas. Por ello, la comunidad científica se dispuso en 2010 a trabajar en una nueva versión de las OPV, que no son propensas a la mutación.

Hicieron muchas modificaciones en el genoma del poliovirus tipo 2, incluidas mutaciones dentro de la región 5' no traducida (UTR), las polimerasas de ARN dependientes de ARN y otras regiones importantes. Estas mutaciones se confirmaron en experimentos in vitro para reducir la tasa de error del proceso de replicación del virus y hacer que el virus sea menos propenso a la mutación.

Posteriormente, se demostró que esta nueva OPV (nOPV-2) es bien tolerada, tiene una inmunogenicidad no inferior y tiene una mejor estabilidad genética en comparación con la OPV monovalente tipo 2 original. Los estudios en ratones transgénicos mostraron una neurovirulencia significativamente menor del virus de la vacuna excretado por las heces.

Por lo tanto, la nOPV-2 se produjo comercialmente rápidamente con la esperanza de reducir el riesgo de generar VDPV y el riesgo de casos de poliomielitis parálitica asociada a la vacuna.

En base a la emergencia de salud pública de interés internacional generada por la transmisión del poliovirus salvaje endémico en curso y los brotes de cVDPV tipo 2, la OMS autorizó el uso de nOPV2 bajo la vía de la Lista de uso de emergencia en noviembre de 2020, lo que permitió su primer uso para la respuesta a brotes en marzo de 2021.

Sin embargo, según un informe de vigilancia de 2021 durante la fase inicial de uso de la nOPV-2 de marzo a octubre de 2021, la caracterización genética de las cepas de poliovirus relacionadas con la vacuna mostró que, en 251 aislamientos de VDPV analizados en este estudio, las mutaciones alteran las estructuras secundarias del ARN. , así como también se observaron mutaciones de la cápside que afectan la antigenicidad y la atenuación.

Y las combinaciones de mutaciones (incluida la reversión A481G) identificadas en los aislamientos de nOPV2 harían que la cepa de nOPV2 se acercara a la neurovirulencia del poliovirus-2 de tipo salvaje.

Por lo tanto, la nOPV-2 todavía expresó preocupaciones de seguridad a pesar de que ahora se usa ampliamente en algunos países africanos.

Con todos estos desafíos y desastres inesperados de virus revertidos en circulación, debemos preguntarnos seriamente: ¿Es la erradicación del poliovirus un objetivo realista?

De hecho, GEPI se basó principalmente en campañas de vacunación. Sin embargo, las vacunas no son medicamentos y no funcionan para “matar” un virus. Solo ayuda a detener la transmisión del virus en situaciones ideales.

No conocemos ningún otro reservorio animal natural para que el poliovirus se esconda, fuera de los huéspedes humanos. ¿Cómo podríamos “erradicar” un determinado virus con vacunas cuando

no sabemos de dónde viene el virus?

¿Estamos creando más problemas con un objetivo equivocado junto con un enfoque equivocado?

Por un lado, la gente quiere acabar con la poliomielitis de la faz de la tierra, pero por otro lado, las vacunas están “propagando” los virus por todo el mundo.

Los poliovirus derivados de vacunas (vaccine-derived polioviruses, or VDPVs) siguen siendo poliovirus, aunque no son poliovirus de tipo salvaje.

Las variantes Delta u Omicron siguen siendo virus SARS-CoV-2, aunque no son la cepa de Wuhan de tipo salvaje.

¿Nos estamos engañando a nosotros mismos al declarar que algunas regiones o países están libres de poliomielitis, simplemente por no detectar el poliovirus de tipo salvaje, cuando sabemos claramente que los poliovirus derivados de vacunas (vaccine-derived polioviruses, or VDPVs) siguen circulando e incluso propagándose más rápido debido a las grandes campañas de OPV en muchos países en desarrollo?

Con miles de millones de dólares gastados en GEPI a nivel mundial, con muchas campañas intensivas para inocular a las personas, especialmente a los niños, con OPV (independientemente de las versiones antiguas o novedosas), estamos inoculando al mundo con más poliovirus derivados de vacunas (vaccine-derived polioviruses, VDPVs) en la naturaleza, ya que no tenemos forma de contener su existencia. y difundir

¿Erradicar la poliomielitis se está convirtiendo en un engaño del que el mundo no puede despertar, ya que hemos invertido tanto dinero, esfuerzo y dedicación en ello, a pesar de que sabemos que el tren va por el camino equivocado?

De hecho, las epidemias tienen sus propios patrones. Como se mencionó anteriormente, la epidemia mundial de poliomielitis ya estaba en declive antes de que se implementaran las vacunas.

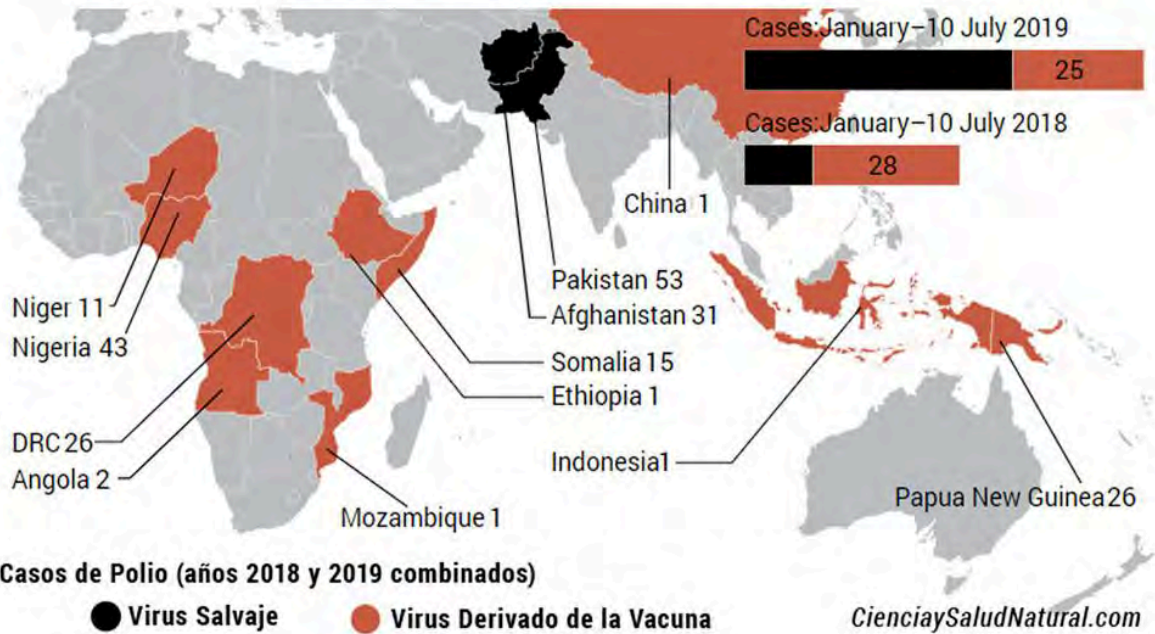
Durante la pandemia de COVID-19 , a medida que se administraban dosis tras dosis de las vacunas, la pandemia siguió aumentando y disminuyendo, y el virus SARS-CoV-2 también siguió mutando.

Las vacunas no parecían poder revertir la tendencia de la pandemia ni detener la mutación del virus. Si podemos calmarnos y no solo tratar ciegamente a las vacunas como la única solución, podríamos encontrar una mejor manera de prevenir futuras pandemias.

No aprendimos las lecciones de la poliomielitis y la GEPI, por lo que estamos repitiendo los esfuerzos y los errores en las campañas contra el COVID-19, y probablemente lo repetiremos en otro brote futuro, una vez más y con tristeza.

La Vacuna contra la Polio causa Polio

<https://www.sciencemag.org/news/2019/07/surging-cases-have-dashed-all-hope-polio-might-be-eradicated-2019>



Ver sobre la situación actual de esta vacunas en:

<https://cienciaysaludnatural.com/vacuna-contra-la-polio-sigue-causando-polio/>

Reportar Efectos Adversos de inyecciones y vacunas

Inyecciones contra Covid o vacunas del Calendario



Click aqui



