

# INFORME SARAMPIÓN GRANADA 2010

LIGA POR LA LIBERTAD DE VACUNACIÓN( LLV)

Autores:

Juan Manuel Marín\*

Joan Mora\*

Xavier Uriarte\*

Fecha de Elaboración: 17 de diciembre del 2010

## Prólogo

Es evidente que frente a una epidemia infecciosa debemos servirnos de todo el conocimiento científico disponible para afrontarla.

Es evidente también que no hay una sólo visión ni una única manera de entender e interpretar las cosas, ya sea la manera de entender la enfermedad o la forma de interpretar unos datos epidemiológicos.

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

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

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

## Epidemiología y Evolución Histórica del Sarampión

El sarampión es o era una enfermedad de distribución universal. Las tasas de morbimortalidad han seguido una curva claramente descendente desde finales del S.XIX por lo que sorprende la división cronológica, entre periodo pre-vacunal y postvacunal, que se realiza sistemáticamente desde sectores vacunalistas, dando a entender que es desde la introducción de la vacuna cuando se han producido cambios epidemiológicos

significativos. Nada más lejos de la realidad. Los datos sobre el número de muertes del Anuario Estadístico así lo confirman.

En España fallecieron 18.463 muertes a causa del sarampión en 1901. En 1931, año de proclamación de la 2ª República, los archivos hablan de 3.826 defunciones. En 1950 la cifra de muertes fue de 862. En 1970 los óbitos no llegaron al centenar y en 1981 los decesos fueron 19. Las vacunaciones masivas empezaron en 1982 aunque algunos autores la sitúan en 1981. En este periodo, y en ausencia de vacunación, la mortalidad se redujo en un 99,9%.

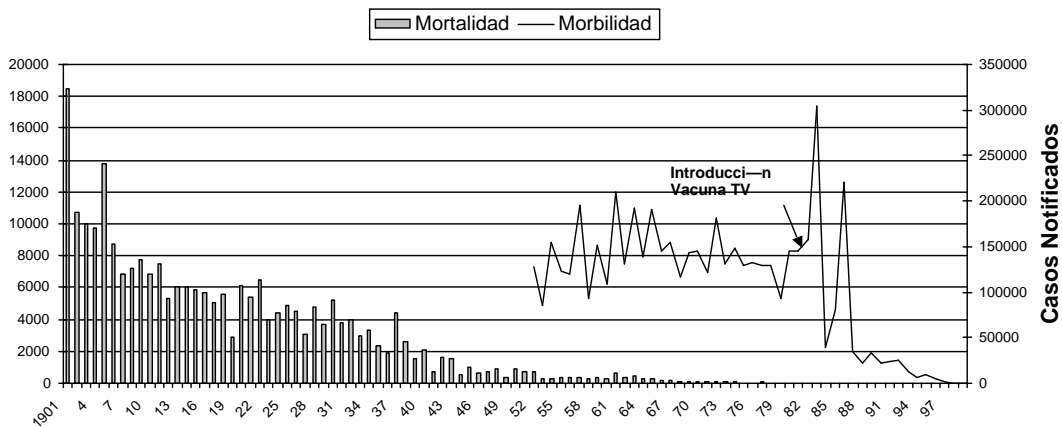
Los datos adquieren mayor relevancia si tenemos en cuenta que en el periodo 1901-1981 la población española se dobló; mientras el censo de 1901 da unas cifras de 18.616.630 habitantes de hecho, el de 1981 nos habla de 37.746.260.

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

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

Los países de nuestro entorno tuvieron una experiencia similar. Las tasas de mortalidad, en Inglaterra y Gales, pasaron de 1.100 por millón en niños de hasta 15 años a 1/2 del siglo XIX a prácticamente cero en 1960<sup>1</sup>. En Francia la mortalidad en cifras absolutas atribuible al sarampión pasó de 3.756 casos en 1906, a 20 en 1983 año en que se introdujo la triple vírica, lo que supuso un descenso del 99,5%<sup>2</sup>. En Finlandia la morbilidad que en 1960 fue de unos 60.000 casos, era de unos 1.000 cuando se iniciaron las vacunaciones masivas con la Triple Vírica en los años 80<sup>3</sup>.

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



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

Sin embargo nos encontramos con afirmaciones muy poco precisas y contradictorias, y con la magnificación de los riesgos, los daños y los gastos económicos como argumento justificatorio de campañas a gran escala.

Así en el capítulo sobre la vacuna antisarampión del libro *Vacunaciones Preventivas*, podemos leer que “La introducción de la vacuna del sarampión a mediados de los años sesenta cambió rápidamente el panorama en los países desarrollados. La incidencia anual de los casos descendió rápidamente, y lo mismo ocurrió con la mortalidad”<sup>4</sup>.

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

hundirla y obligó a la casa Parke Davis, que era el fabricante, a retirarla del mercado.

La introducción, a mediados de los setenta de una vacuna sobreatenuada (...) Se encontró con una actitud claramente negativa por los médicos asistenciales, por lo que tuvo muy poca difusión<sup>6</sup>. En España por tanto tampoco se vacunaba en los años 60 y 70, ni en Finlandia, ni en Suecia. Pero, además, los datos aportados por EEUU son muy poco coherentes, pues se mantiene que entre 1963 y 1968 la morbilidad descendió en un 95% gracias a la vacunación. Ahora bien, que la vacuna se autorizara y comercializara en 1963 no quiere decir que su uso fuera masivo. Los mismos autores<sup>7</sup> dicen que entre 1963 y 1967 se utilizó en EEUU una vacuna inactivada porque tenía menos efectos secundarios que la atenuada (recordemos que la vacuna atenuada fue retirada en España posteriormente) pero que se dejó de recomendar porque la respuesta inmunitaria tenía muy poca duración y porque los vacunados podían padecer la enfermedad incluso de forma más grave.

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

En 1983 cuando las autoridades francesas decidieron vacunar masivamente contra el sarampión y la rubéola, el Director General de Salud Pública manifestaba que no se escatimarían medios para sensibilizar a los médicos y a la población sobre las graves consecuencias de estas enfermedades<sup>8</sup>. Se estaba refiriendo, entre otras, a las encefalitis y a la panencefalitis esclerosante subaguda (PES) postsarampionosa cuya incidencia era bajísima y que son precisamente uno de los posibles efectos adversos de la vacunación. ¿Cuál fue la razón del cambio de parecer si en el vecino país el descenso de la mortalidad en el periodo 1903-1983 había sido del 99,5% y en 1977 la enfermedad había sido catalogada como benigna y la vacunación sistemática desestimada, entre otras razones porque podía desplazar la edad de afectación hacia los recién nacidos y los adultos donde el proceso es potencialmente más grave?.

En España la falta de rigor en el manejo de las cifras y la distorsión de la realidad epidemiológica la constatamos cuando leemos: "...en los años anteriores a la introducción de la vacuna todavía morían en España unos 400 niños cada año como consecuencia de las complicaciones del sarampión, las cuales se presentaban con relativa frecuencia"<sup>9</sup>. Es obvio que en los años 70 ni los médicos, ni la población española, tenían conciencia de la supuesta gravedad de esta afección entre otras razones porque las cifras no se ajustan a la realidad.

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

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

El baile de cifras alcanza una desproporción extrema si los datos proceden de la OMS y organismos dependientes. En 1994 según el boletín epidemiológico de este organismo morían más de 1 millón de niños al año en todo el mundo a causa del sarampión<sup>11</sup>. Pero es que según el Director del Programa Especial para Vacunas e Inmunización de la Panamericana de Salud (OPS) Ciro A. de Quadros, 15 años antes, es decir a finales de los 70, morían 3 millones o más de niños lo que convertía al virus sarampionoso en "el agente más letal del mundo"<sup>12</sup>.

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

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

En América Latina en esas fechas y según datos del propio De Quadros los casos notificados oscilaban alrededor de los 200.000 al año, sin que aporte cifras de mortalidad<sup>13</sup>.

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

Dadas las carencias de los servicios sanitarios y de los sistemas de vigilancia epidemiológica en esas zonas, creemos que estos datos pueden estar inflados con la doble finalidad de justificar los programas masivos de vacunación por un lado y, por otro, de garantizar el éxito estadístico de los mismos al efectuarse a posteriori una aproximación epidemiológica más ajustada a la realidad; además, no deberíamos atribuir al sarampión o la tos ferina estragos y muertes que son consecuencia directa de la desnutrición y la miseria imperante en extensas áreas de Asia y África.

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

## Composición de la Vacuna Sarampión y de la Triple Vírica

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

La Vacuna Monovalente del Sarampión Inactivada contenía formaldehído y aluminio entre los componentes más conocidos( 14). La Vacuna del Sarampión Atenuada contiene 40.000.000 cepas del virus del sarampión, agua (0´5 ml), ácidos aminados (8 mgrs.), vitaminas, sales de Hank, gelatina hidrolizada de origen bovino (14.500 microgramos), proteína de embrión de pollo, neomicina (25 microgramos), lactosa (32 mgrs), manitol (8 mgrs), sorbitol (6 mgrs), albúmina humana (300 microgramos), suero de feto de ternero (1 ppm), glutamato, fosfato de sodio, cloruro de sodio y etanol( 15).

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

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

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

## Efectos Adversos de la Vacuna Sarampión y Triple Vírica

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

Se administraban 3 dosis separadas por intervalos de 1 mes.

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

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

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

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

Posteriormente se crearon nuevas cepas más atenuadas como la Moraten, Szchwarz y Shangai que se utilizan actualmente en diferentes países( 16).

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

Con la utilización de las siguientes cepas más atenuadas el padecimiento de sarampión postvacunal fue del 10% y la frecuencia real de reacciones adversas osciló entre 0´5-4( 17) .



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

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

1. Muerte postvacunal( 18): 1 por 2.250.000 casos( 1/ 2.250.000).
2. Encefalitis postvacunal(19) (coma, epilepsia, convulsiones, alteracion de la conducta, autismo, síndrome de Rett): 1 por 45.000 casos( 1/ 45.000).
3. Meningitis Aséptica( 20): 1 por 10.000 casos (1/10.000).

Y también efectos secundarios no cuantificados(21) como son reacciones alérgicas (broncoespasmo, atopía), endocrinas (diabetes), colitis (alteración mucosa intestinal), trombocitopenia (púrpura), leucopenia, agranulocitosis(22) y alteraciones de la coagulación (fibrinólisis) y otras alteraciones neurológicas (neuritis, mielitis) y reumatismo (artralgia).

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

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

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

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

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

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

## Conclusiones

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

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

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

En cuanto a los efectos secundarios, a nuestro entender están claramente poco considerados. Se reconocen solamente los casos muy evidentes (meningitis, encefalitis), cuando la reacción post-vacunal ocurre durante las primeras horas o los primeros días. Sin embargo, la peculiaridad del fármaco vacuna, es su capacidad de interacción con nuestro sistema inmunológico, su capacidad de generar anticuerpos pero también de generar reacciones cruzadas (autoinmunes) u otras reacciones inesperadas que se gestan en un periodo de tiempo más largo y que hace también más difícil su identificación y su relación con la inoculación de la vacuna..

La percepción de dichos efectos secundarios tiene mucho que ver con formación epistemológica del médico que observa. Si éste considera que las vacunas no tienen ningún efecto secundario, difícilmente va a observarlo en su práctica diaria. Cuando mentalmente se abre la posibilidad de interrrelacionar enfermedades que aparecen inesperadamente con la inoculación de determinadas vacunas, entonces empiezan a surgir las dudas. Los casos recogidos por el GMERF y por el EFVV son una buena muestra de ello.

“ La seguridad es una propiedad fundamental de cualquier vacuna (...) hay que tener presente que las vacunas *se administran a personas sanas* que no necesariamente contraerán la enfermedad si no se vacunan (.....) en los países desarrollados el dintel de aceptación podría estar por debajo de una complicación vacunal mortal por cada millón de vacunados en el caso de enfermedades que la población perciba que causan un impacto sanitario importante (...) *De hecho es probable que alguna de las primeras vacunas comercializadas ( p. ej. la de la viruela y la BCG) nunca lo hubieran sido si se hubieran aplicado entonces los estándares de seguridad que demanda la población de los países occidentales en la actualidad* (la cursiva es nuestra)”<sup>14</sup>.

Lluís Salleras Sanmartí

Firmantes:

\***Juan Manuel Marín Olmos** (Médico. Colegiado por Barcelona, nº 25558).

\***Joan Mora Brugués** (Médico. Colegiado por Gerona, nº 1706 ).

\***Xavier Uriarte Llorente** (Médico. Colegiado por Gerona, nº 1677).

Breve Perfil Curricular:

### **Juan Manuel Marín**

Nacido en Albacete en 1956.

Licenciado en Geografía e Historia UB( 1981)

Licenciado en Medicina y Cirugía UAB( 1987)

Miembro fundador del EFVV

Autor del libro “ Vacunación sistemàtica en cuesti3n”. Edit. Icaria. 2004.

### **Joan Mora**

Nacido en Olot( Gerona) en 1955

Licenciado en Medicina y Cirugía UB( 1978)

Miembro fundador del EFVV

### **Xavier Uriarte**

Nacido en Bilbao en 1954

Licenciado en Medicina y Cirugía UPV( 1978)

Postgrado en Salud Pùblica

Especialista en Medicina Fìsica y Rehabilitaci3n UB( 1983)

Secretarìa del EFVV

Autor del libro “ Los Peligros de las Vacunas”. Autoedici3n.1998.

Todos los firmantes pertenecen al Grupo Médico Español de Reflexión sobre las Vacunas( GMERV) y al Forum Europeo Vigilancia de las Vacunas( EFVV).

#### GRUPO MÉDICO REFLEXIÓN SOBRE LAS VACUNAS( GMERV)

El grupo independiente fue creado en el año 1987 para investigar sobre los mecanismos de la inmunidad, las infecciones, las epidemias infecciosas, las condiciones de vida, la fabricación y la composición de las vacunas, el funcionamiento de las vacunas, los efectos adversos de las vacunas, sus indicaciones y sus contraindicaciones.

En sus 23 años de trayectoria el grupo ha publicado 2 libros “ Las Vacunaciones Sistemáticas en cuestión” 2004 y “ Los Peligros de las Vacunas” 1998, ha publicado más de 100 artículos sobre las vacunas, ha sido entrevistado por los medios de comunicación, ha realizado una gran difusión de sus investigaciones, ha peritado ante los tribunales, ha llevado a cabo reuniones de observación con los Servicios de Vigilancia Farmacológica y de Vacunología del país y ha mantenido intercambios con otros grupos internacionales.

#### FORUM EUROPEO DE VIGILANCIA DE LAS VACUNAS( EFVV)

Este grupo formado por 11 países de la Comunidad Europea fue creado en el año 1997 para informar a la población europea sobre los peligros potenciales de un programa vacunal de inmunizaciones múltiples, especialmente de las complicaciones neurológicas e inmunitarias que conlleva y para suprimir cualquier legislación obligatoria en la Comunidad Europea.

En el año 2004 consiguió denunciar en la Comisión Europea la presencia de etilmercurio en forma de thiomersal en las vacunas, consiguiéndose su posterior retirada.

En el año 2005 presentó en el Parlamento Europeo el Informe “Vacunas en Europa” donde se recogen 1.000 ciudadanos europeos afectados por las vacunas.

En el año 2008 instaura el Premio Tremante con una dotación económica orientada al reconocimiento de los Afectados por la Vacunas

En el año 2010 presenta en la ciudad de Gerona( España) la Semana Internacional de Víctimas de las Vacunas.

## Referencias bibliográficas

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