

Programa de vacunacions de Catalunya

18 de juny de 2015

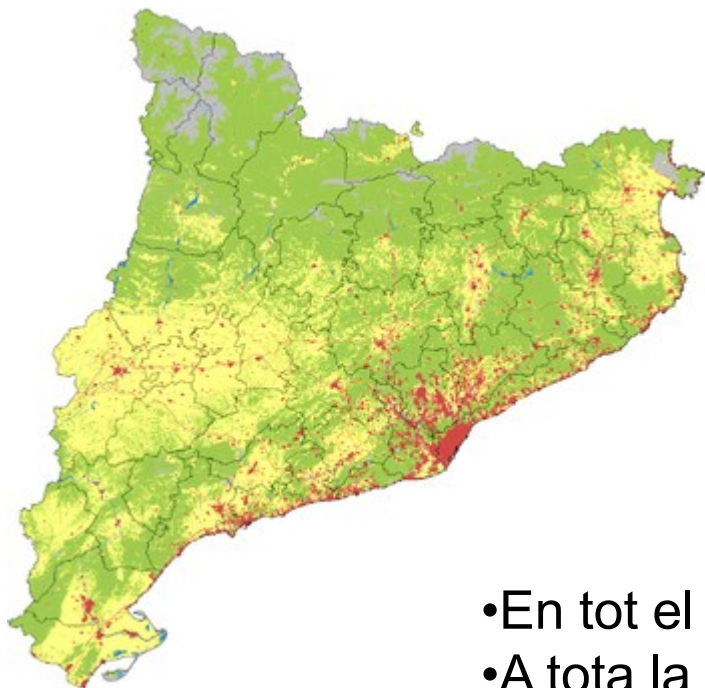
Luis Urbiztondo



Generalitat de Catalunya

Agència de Salut Pública de Catalunya

El Programa de vacunacions de Catalunya té la missió de controlar, i en el cas que sigui factible eliminar i col·laborar a eradicar, les malalties prevenibles per vacunació, en la totalitat del territori i la població de Catalunya amb equitat.



- En tot el territori
- A tota la població
- Professionals sanitaris (infermeres, pediatres, metges de família...)

Impacto de las vacunas en Salud Pública ...

✓ **TRAS LA POTABILIZACIÓN DEL AGUA, LAS VACUNAS HAN SIDO LA MEDIDA QUE MÁS HA CONTRIBUIDO A AUMENTAR LA EXPECTATIVA DE VIDA DE LA POBLACIÓN (PLOTKIN)**

✓ **BENEFICIOS ANUALES**

- Evitan **6 millones de muertes**
- Ahorran la **pérdida de 400 millones de años de vida**
- **750.000 casos de secuelas** invalidantes en niños

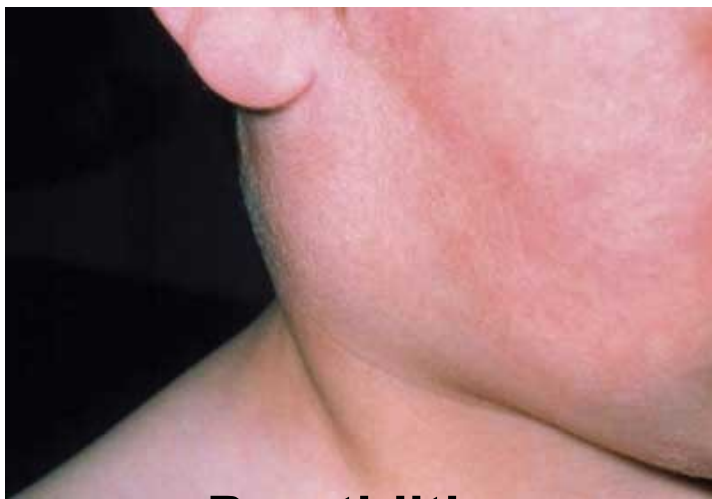
✓ **BENEFICIOS “PENDIENTES”, CADA AÑO MUEREN > 4 MILLONES DE NIÑOS**

- 1,6 M. por Enf. Neumocócica
- 750.000 por Sarampión
- 520.000 por Hepatitis B
- 500.000 por Rotavirus
- 450.000 por Hib
- 286.000 por Tos Ferina
- 281.000 por Tétanos
- 30.000 por Fiebre Amarilla
- 26.000 por Enf. Meningocócica



Perquè i contra què vacunem?

- Vacunem per prevenir malalties infeccioses que abans de la vacunació eren molt freqüents, causaven moltes malalties, amb complicacions i seqüeles, i un nombre important de defuncions...
- Evitar brots i epidèmies ...
- I, en ocasions, aspirem a eradicar malalties i poder deixar de vacunar contra elles



Parotiditis



Xarampió



Poliomielitis



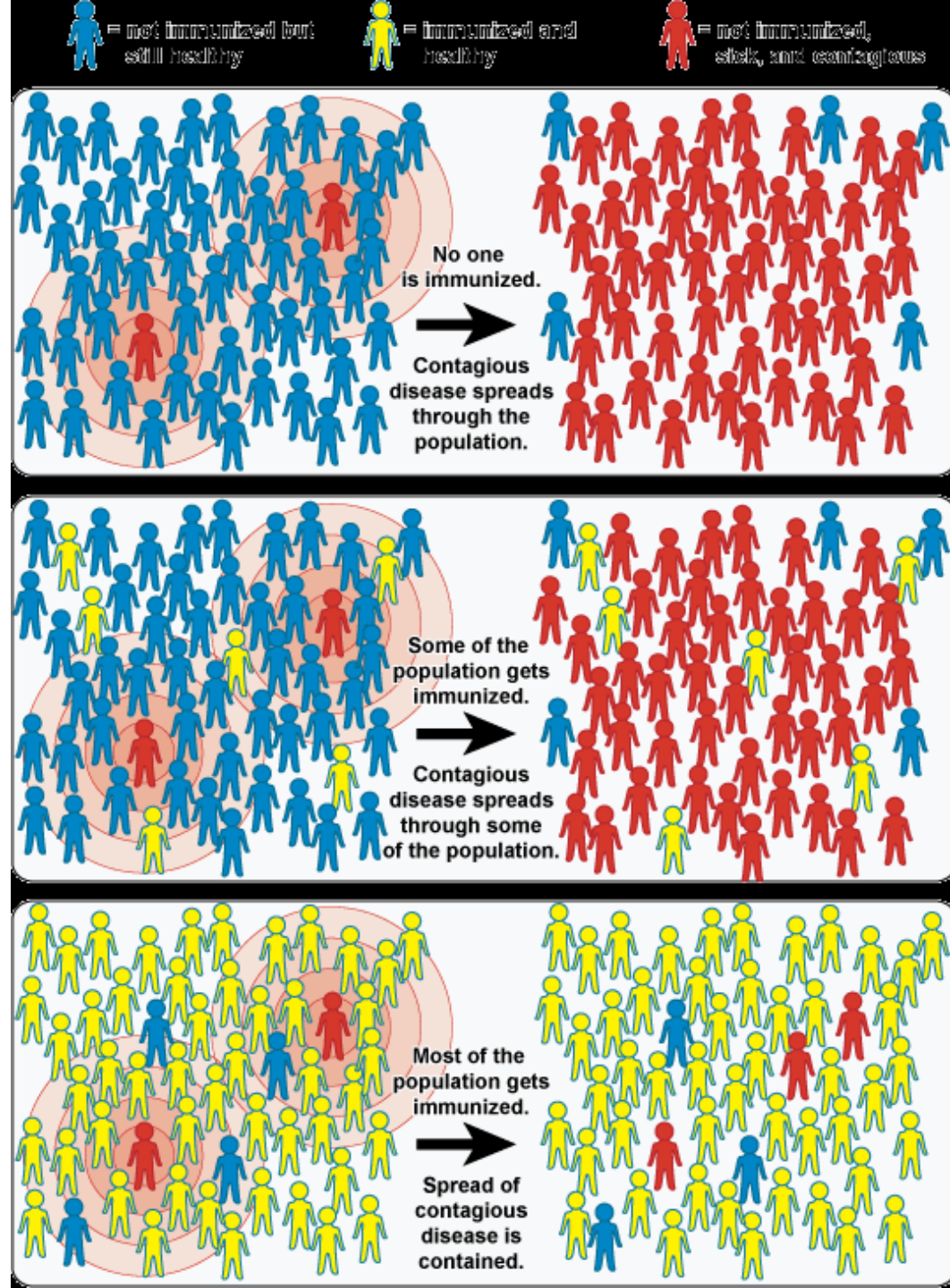
Tètanus

Vacunem doncs ...

- Per controlar, disminuir, eliminar o eradicar les malalties evitables mitjançant vacunació
- En els vacunats i en la resta de la comunitat

Inmunidad de grupo

La efectividad puede superar la eficacia



Com (on i quan) vacunem?

Calendari de vacunacions sistemàtiques 2014

		Difteria Tètanus Tos ferina	Pòlio	Malaltia per <i>Haemophilus</i> <i>influenzae</i> b	Hepatitis B	Malaltia per meningococ C	Hepatitis A	Xarampió Rubèola Parotiditis	Infecció pel papil·lomavirus humà	Varicel·la	Grip	Malaltia per pneumococ
2 mesos		Hexavalent				Antimeningocòccica C conjugada						
4 mesos		Hexavalent										
6 mesos		Hexavalent				Antimeningocòccica C conjugada						
12 mesos							Contra l'hepatitis A	Triple vírica				
15 mesos						Antimeningocòccica C conjugada						
18 mesos		Pentavalent										
3-4 anys								Triple vírica				
6 anys		dTpa					Contra l'hepatitis A					
11-12 anys						Antimeningocòccica C conjugada	Contra l'hepatitis A*		Contra el papil·lomavirus humà**	Contra la varicel·la*		
14 anys		Td										
Embarassades		dTpa***										
40 anys		Td										
A partir de 60 anys											Antigripal	Antipneumocòccica 23-valent
65 anys		Td										

* Només per als infants susceptibles de patir la malaltia. Cal administrar-ne dues dosis.

** Només per a les noies. A partir del curs 2014-2015, cal administrar-ne dues dosis.

*** Entre les setmanes 27 i 36 de gestació.

Viviu en centres
per a gent gran
o institucions
tancades

Teniu més
de 60 anys

Patiu
malalties
cròniques

Vacuneu-vos contra la grip

És la millor protecció!

Com cada tardor, vacuneu-vos
al vostre centre de salut si:

Esteu embarassada

Treballeu en un
centre sanitari
o un servei
essencial

Cuideu
persones
amb risc de
complicacions



 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

grip.gencat.cat
canalsalut.gencat.cat

061 CatSalut
Respon
El sistema de salut de Catalunya

Davant la **grip** **vacuna't** és la teva responsabilitat



Fes-ho pel risc que tens de contractar i transmetre la grip.

Per tu, per la teva família, pels teus amics i companya

I... per tots els qui estan a les teves mans

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

*Us podeu vacunar
al vostre centre
de salut*

Si estàs embarassada, protegeix el teu nadó. Vacuna't contra la tos ferina!



M'he vacunat contra la tos ferina; així, li passaré anticossos al meu fill, que el protegiran durant els primers mesos de vida.



Al nostre país, els casos de tos ferina han augmentat els últims anys.



Els nadons que pateixin la tos ferina poden necessitar ser hospitalitzats.



Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública
de Catalunya

canalsalut.gencat.cat

061 CatSalut
Respon

Què t'interessa saber de la vacuna contra la tos ferina?

Què és la tos ferina?

És una malaltia molt contagiosa causada per un bacteri que provoca una infecció respiratòria. Principalment, són les persones que conviuen i cuiden el nadó les que poden contagiar-lo a través de la tos i els esternuts durant els primers mesos de vida, mentre encara no està

Quan no està indicada?

En el cas de dones al·lèrgiques a algun dels seus components; tot i que aquesta situació és molt poc freqüent.

És segura?

Vacunar-se contra la tos ferina durant l'embaràs...

- Protegeix la **mare** contra la tos ferina, així s'evita el contagi al nadó.

Recomanacions de vacunació a Espanya

Comunitats Autònomes
Direccions Generals de
Salut Pública
Programes de vacunacions

**Consejo interterritorial del
SNS (MSC+CCAA):**

**Comissió de SP
(MSC+CCAA)**

**Ponència de Vacunes
(MSC+CCAA+experts)**

**Consells Assessors
(Societats científiques
+ Experts + Tècnics)**

**Societats científiques
(SCP, AEP i altres)**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA e HIGIENE
Calendario de vacunación para los adultos que presentan determinadas condiciones de riesgo o situaciones especiales
L. Salleras (coordinador), J. M. Riera, F. Ceballos, V. Dominguez, J. A. Forriol, J. G. García, J. R. de Juanes, M. G. Sáenz, Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

INTRODUCCIÓN
En la reunión especial del Comité de Vacunas...
CALENDARIO DE VACUNACIONES PARA
Criterios para la elección de las vacunas...
ESCENTES Y ADULTOS
En el calendario de vacunaciones sistemáticas...

CALENDARIO VACUNAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2009
Comité Asesor de Vacunas

VACUNAS	Edad MESES	Edad AÑOS
	0 2 4 6 12/15 18/18	3/4 6 11/12 13/16
Hepatitis B ¹ (madres HBsAg ⁺)	HB ² HB ^{2,3} HB ³ HB ^{2,3}	HB ⁴
Difteria ⁵ Tétanos Toxifera	DTPa DTPa DTPa	DTPa DTPa dTpa ⁸
Polio ⁷	VPI VPI VPI	VPI
H. Influenzae ⁸	Hib Hib Hib	Hib
Meningococo ⁹	MC MC	MC ⁸
Sarampión ¹⁰ Rubéola Parotiditis	TV	TV
Varicela ¹¹	Var	Var Varicela
Neumococo ¹²	Pn7v Pn7v Pn7v Pn7v	
Papilomavirus ¹³		VPI
Rotavirus ¹⁴	ROTAV	
Gripe ¹⁵		GRIFE GRIFE
Hepatitis A ¹⁶		HA HA HA

Recomendadas Recomendadas G. Riesgo Rango de edad recomendado CATCHUP

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
CALENDARIO DE VACUNACIONES RECOMENDADO (2007)
Aprobado por el Consejo Interterritorial el 10 de octubre de 2007

VACUNAS	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	3 años	4 años	6 años	10 años	11 años	13 años	14 años	16 años
Poliomielitis	VPI1	VPI2	VPI3		VPI4									
Difteria-Tétanos-Pertussis	DTPa ¹	DTPa ²	DTPa ³		DTPa ⁴			DTPa ⁵ o DT						
Haemophilus-influenzae b	Hib1	Hib2	Hib3		Hib4									
Sarampión Rubéola Parotiditis				TV1				TV2 ¹⁰						
Hepatitis B		HB3 dosis (0; 1-2; 6 meses)										HB3 dosis ¹⁰		
Meningitis Meningocócica C	MenC1	MenC2 ¹⁰			MenC3 ¹⁰									
Varicela												V V Z ¹⁰		
Virus del Papiloma Humano													V P 10 ¹⁰	

(*) Niños no vacunados en este rango de edad, recibirán la segunda dosis entre los 11-13 años.
(*) Niños que no han recibido la primovacunación en la infancia.
(*) Se administrarán dos dosis de vacuna MenC entre los 2 y 6 meses de vida, separadas entre sí al menos dos meses.
(*) Se recomienda administrar una dosis de recuerdo a partir de los doce meses de vida.
(*) Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad, siguiendo indicaciones de la ficha técnica.
(*) Vacunar en una única cohorte a las niñas entre los 11-14 años de edad.

**Ordre
SLT/318/2011, de
15 de novembre,
per la qual
s'estableix el
calendari de
vacunacions
sistemàtiques**

2 mesos	DTPa	VPI		HB	Hib	MCC								
4 mesos	DTPa	VPI		HB	Hib									
6 mesos	DTPa	VPI		HB	Hib	MCC								
12 mesos			TV											
15 mesos						MCC								
18 mesos	DTPa	VPI			Hib									
4 anys			TV											
4-6 anys	dTpa/DTPa													
Sisè de primària (11-12 anys)				3 HAB*			2 Varicel·la*	3 VPH						
14-16 anys i als 40 i 65 anys	Td													
60 i més anys									Grip	Pneumo23				

Impulsar la coordinació a nivell estatal de les estratègies de vacunació amb la resta de comunitats autònomes

**CRITERIOS
PARA FUNDAMENTAR
LA MODIFICACIÓN
DE LOS PROGRAMAS
DE VACUNAS**

Año 2004

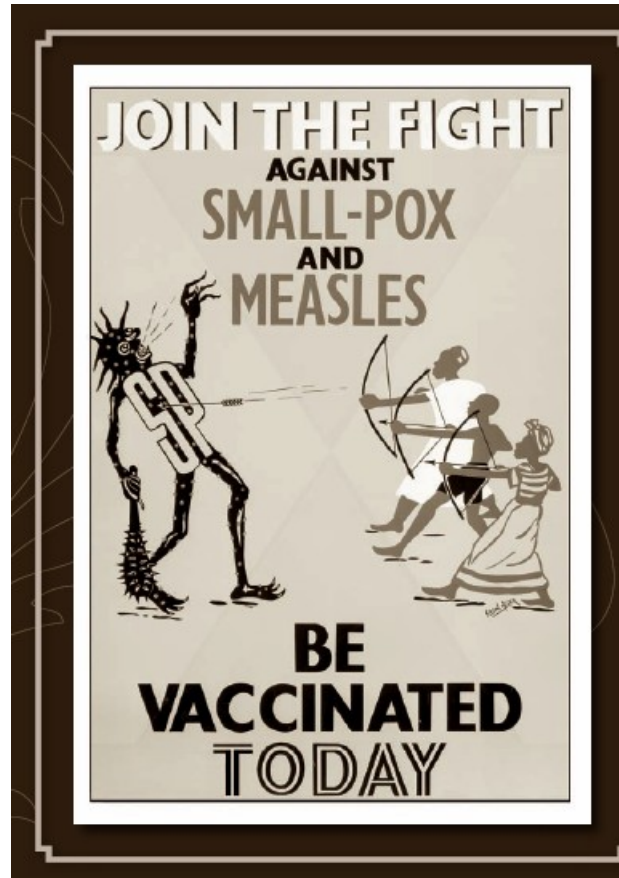
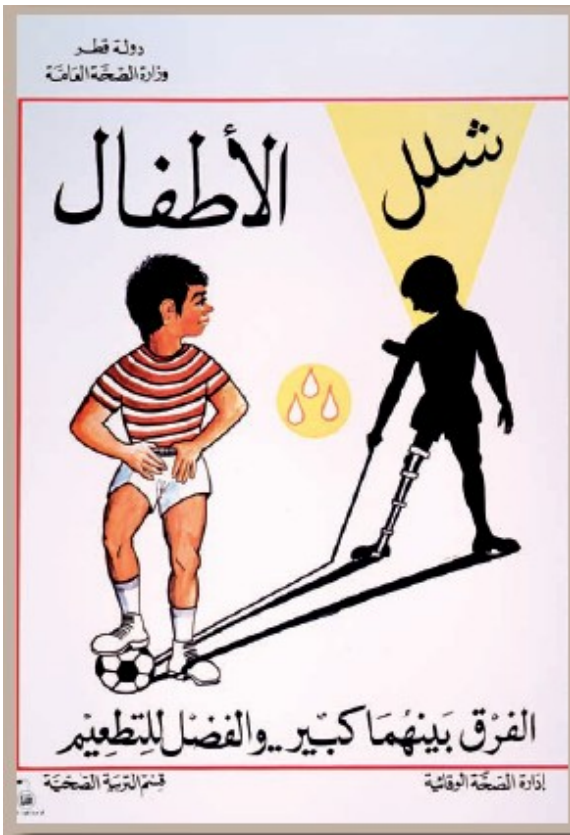


**Criterios de Evaluación para
Fundamentar Modificaciones en el
Programa de Vacunación en España**

Septiembre 2011
Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones



Què aconseguim?



S'estima que gràcies a la immunització cada any s'evita que morin 2,5 milions de nens. No obstant això, malgrat els èxits aconseguits, milions de nens dels països en desenvolupament, gairebé el 20% del total de nens que neixen cada any, no completa el cicle de immunitzacions previstes durant el primer any de vida.

(Vacunes i immunització: situació mundial -2009. OMS)

Què aconseguim?

Tabla 2. Impacto de la vacunación en la enfermedad. España 1930-2009. Casos de enfermedad en el año de máxima incidencia. en el año 2010 y porcentaje de cambio 2010-año de máxima incidencia.

Enfermedad	Año máxima incidencia	Nº casos	Nº casos año 2010	% cambio
Tos ferina	1985	60.564	722	98,8
Tétanos	1983	90	8	91,1
Difteria	1940	27.517	0	100
Poliomielitis	1959	2.132	0	100
Sarampión	1983	301.319	274	99,9
Rubéola	1983	161.772	10	99,9
Parotiditis	1984	286.887	2.521	99,3

Fuente: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Tabla 1. Impacto de la vacunación en la mortalidad. España 1960-2008. Mortalidad antes de comenzar con programas de vacunación y en 2008.

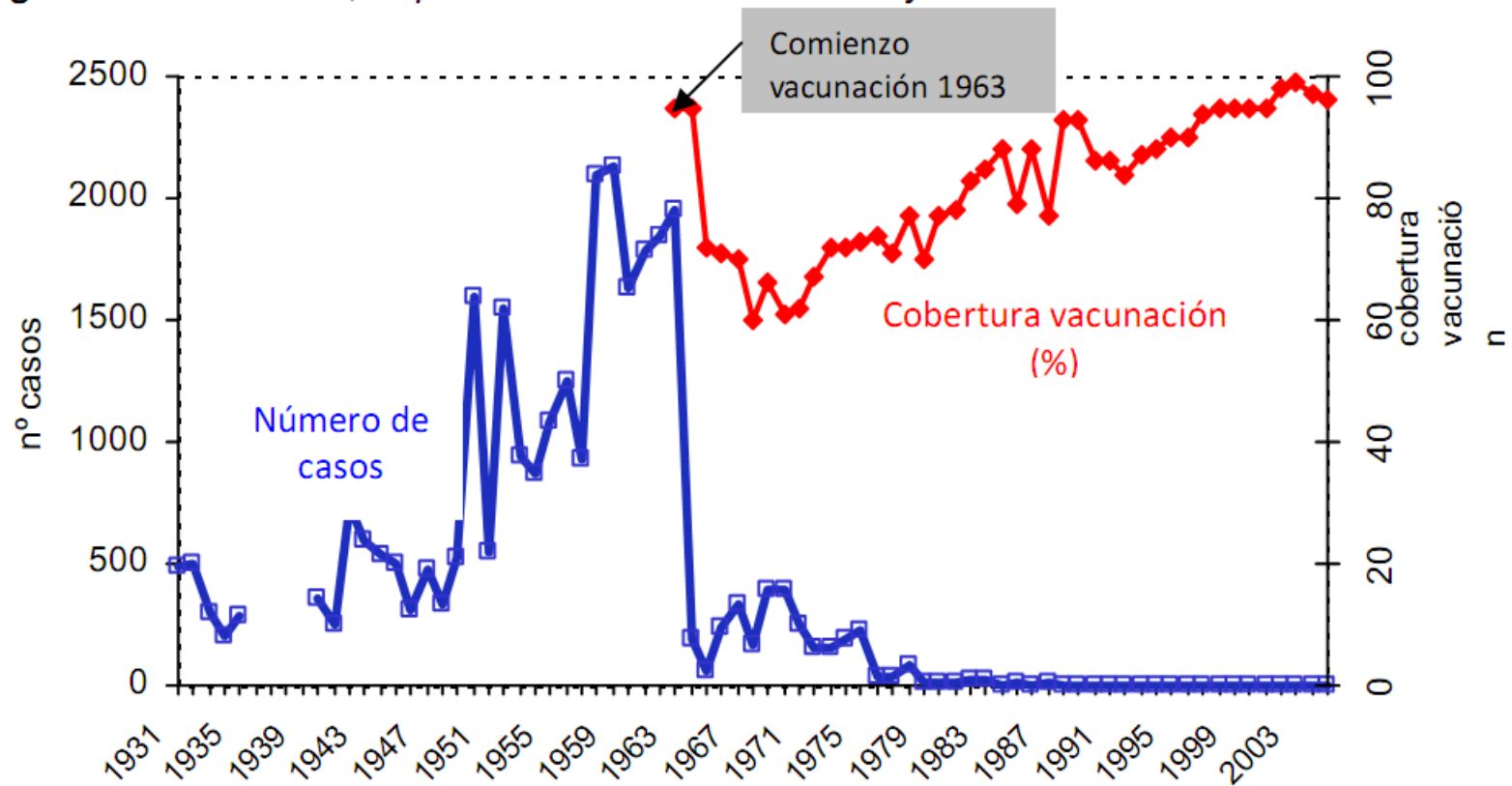
Enfermedad	Año antes de vacunación	Mortalidad antes de la vacunación		Mortalidad 2008	
		Total	<15 años	Total	<15 años
Tos ferina	1960	133	133	5	5*
Tétanos	1960	419	217	5**	0
Difteria	1960	139	136	0	0
Poliomielitis	1960	208	196	0	0
Sarampión	1975-80	39	36	0	0
Rubéola	1975-80	11	6	0	0
Parotiditis	1975-80	2	1	0	0

*todos los niños ≤ 2 meses de edad

**personas ≥ 65 años

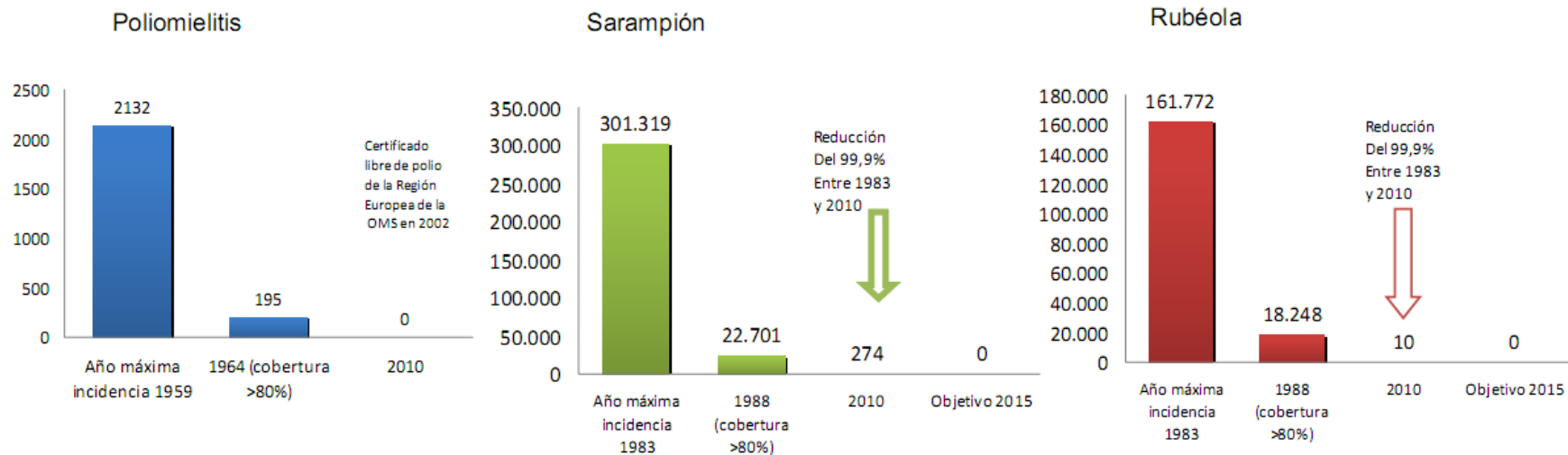
Fuente: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Figura 1. Poliomielitis, España 1931-2005. Incidencia y cobertura de vacunación



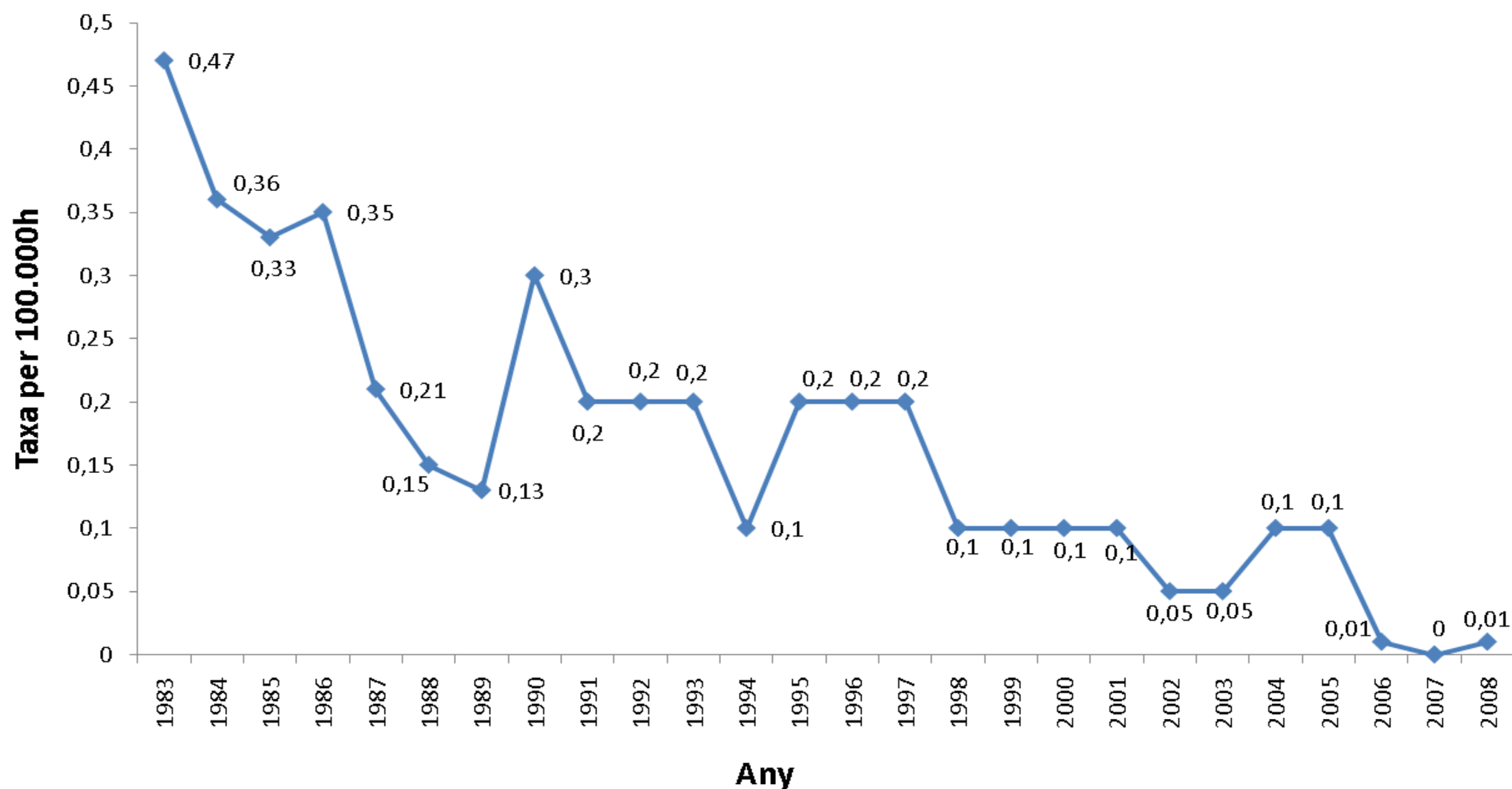
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Gráfica 2. Casos de poliomielitis, sarampión y rubéola en España.

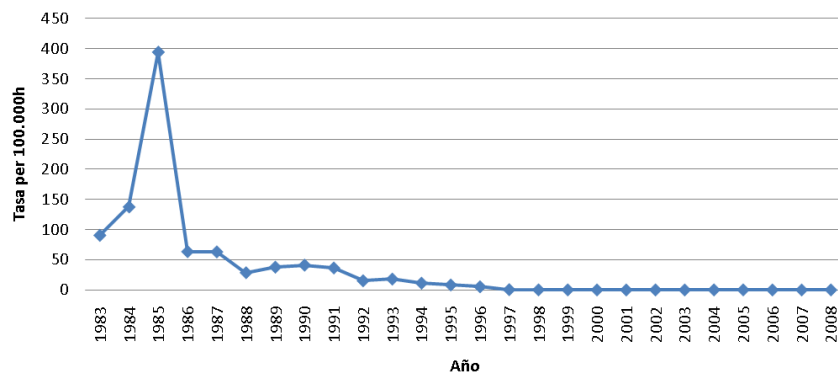


Fuente: Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

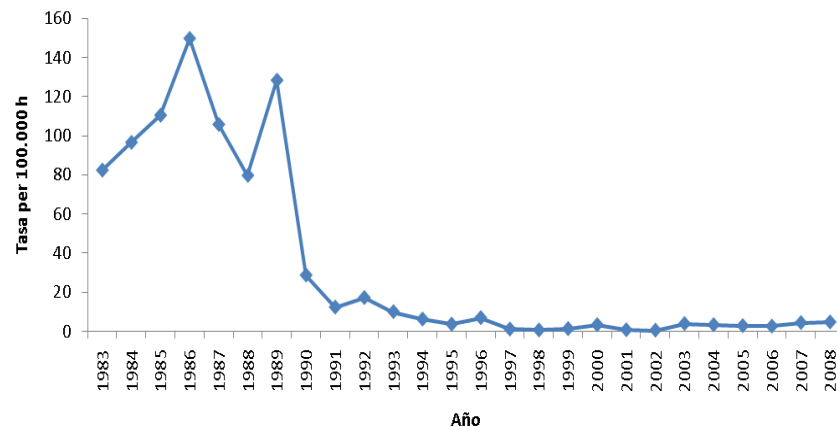
Figura 1: Morbidity declarada al sistema MDO per Tètanus Catalunya 1983-2008



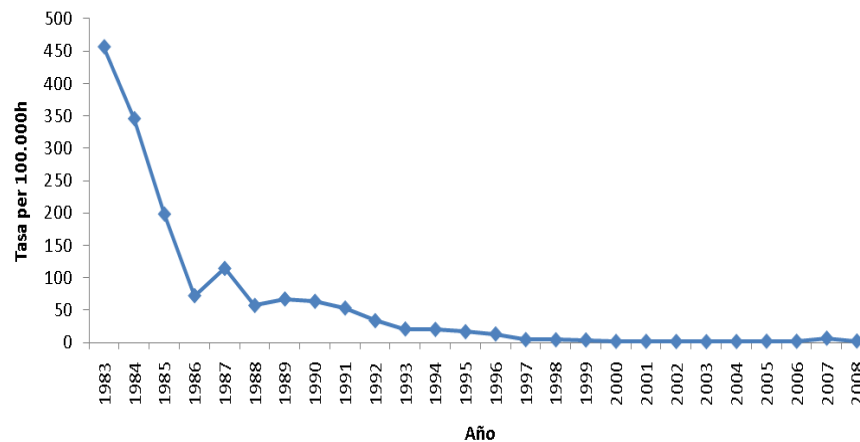
**Morbilidad declarada al sistema MDO por Rubeola
Cataluña 1983-2008**



**Morbilidad declarada al sistema MDO por Tos ferina
Cataluña 1983-2008**



**Morbilidad declarada al sistema MDO por Parotiditis
Cataluña 1983-2008**



Variació de la incidència de malalties vacunables a Catalunya (1984-2004)

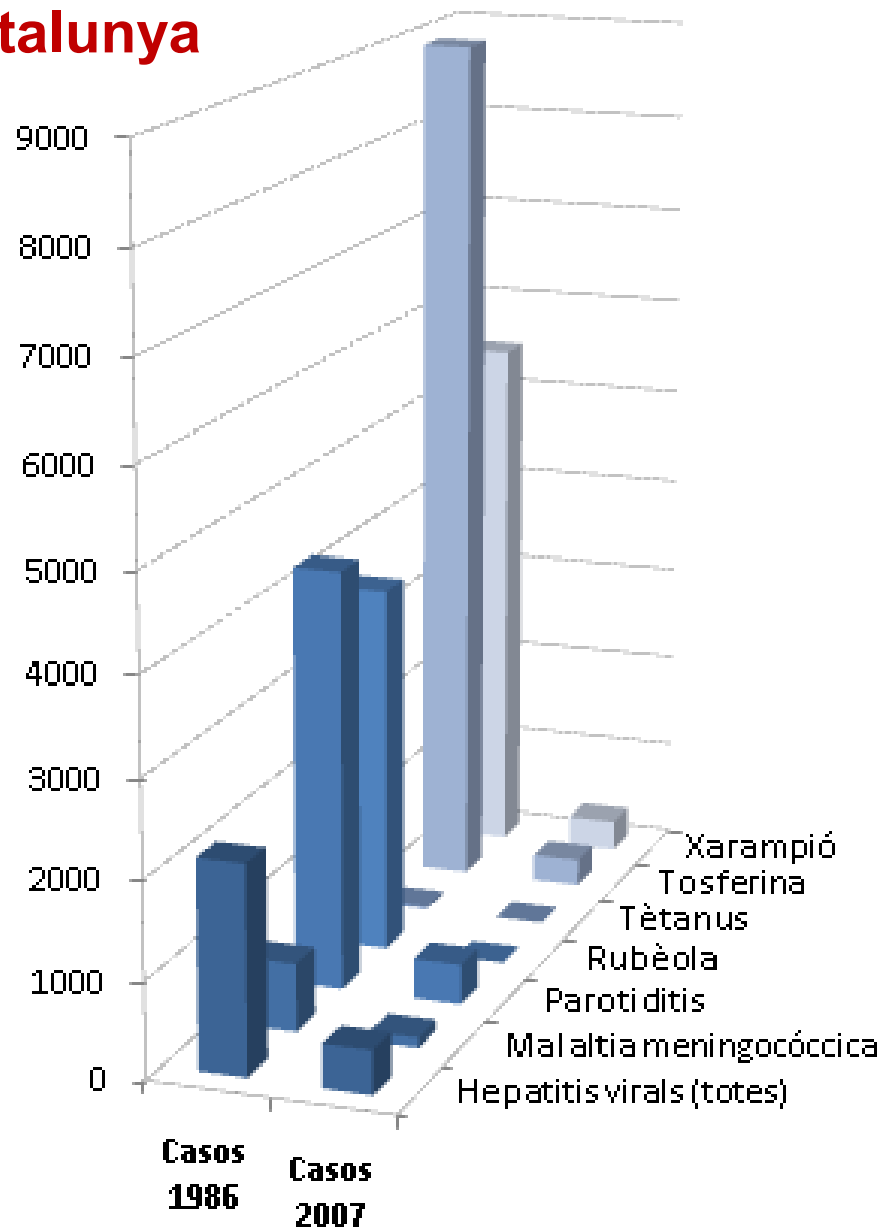
Malaltia	Casos (1984)	Casos (2004)
Diftèria	0	
Tos ferina	5.745	
Xarampió	2.229	
Tètanus		6
Poliomielitis		0
Rubèola congènita		1
Parotiditis	20.576	104
	8.168	11
Total	0	0

Eviten més de 35.000 casos declarats anuals de malalties que afectaven als infants catalans fa només 30 anys

A Catalunya, l'efecte de les vacunacions ha permès eliminar els casos de poliomièlitis, diftèria i rubèola congènita, reduint en més del 99% els de tos ferina, xarampió, rubéola i parotiditis.

Davallada de la incidència de les malalties prevenibles per vacunació entre 1986 i 2007 a Catalunya

Verola: Eradicada
Poliomielitis: Eliminada
Diftèria: Eliminada
Rubèola: Eliminada
Xarampió: Eliminat



Variació de la incidència declarada de malalties vacunables a Catalunya (1984-2014)

Malaltia	Casos (1984)	Casos (2014*)
Diftèria	0	0
Tos ferina	5.745	1.106
Xarampió	2.229	140
Tètanus	22	1
Poliomelitis	0	0
Rubèola congènita	0	0
Parotiditis	20.576	258
Rubèola	8.168	1
Tètanus neonatal	0	0
Total	36.740	1.506
Font: SGVRESP		
* Dades provisionals		

Quins riscos evitem i quins
assumim al vacunar?

Què passa si no vacunem?

¿Son seguras las vacunas?

¿A quién asustan?



¿Porqué?

¿Que quiere decir si “son seguras las vacunas”?

¿Que no pueden producir nunca ningún tipo de molestia o perjuicio?

La seguridad absoluta no existe, es obvio que ninguna vacuna es absolutamente segura.

Si lo que pretendemos decir es si tienen capacidad de prevenir riesgos reales, las vacunas son muy seguras.

Los beneficios son muy superiores a los riesgos.



¿Porqué tienen que ser seguras?

- Porque se dan en personas sanas, de manera repetitiva y especialmente a niños
- Uso poblacional, en general
- Menor tolerancia respecto a otra intervención médica: cultura de “riesgo cero”
- Obligatoriedad en algunos países

Las vacunas son razonablemente seguras

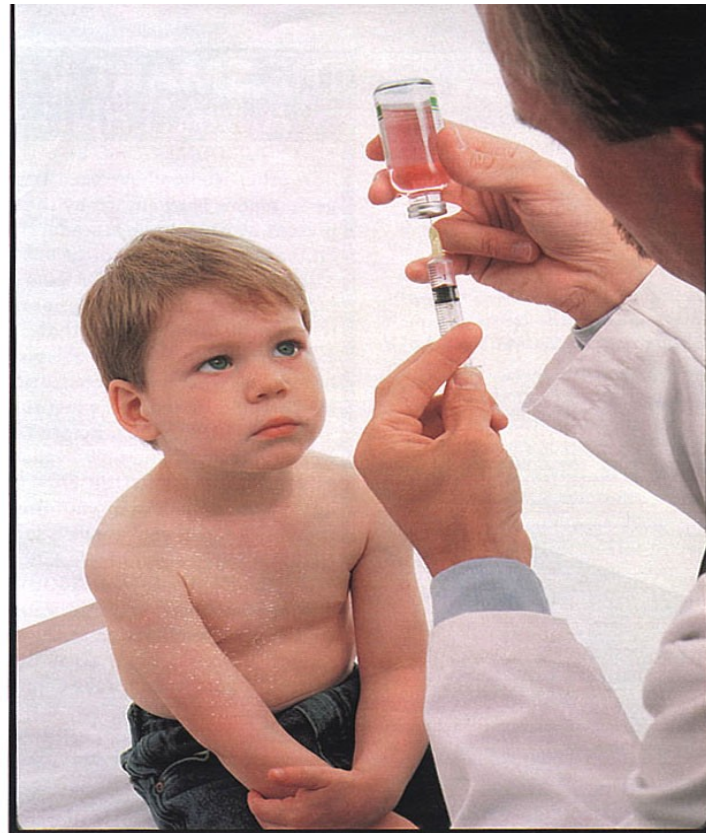
¿A qué se le tiene miedo?

lhjinvestigation

Are Vaccines Still **SAFE?**

As the list of recommended immunizations for children keeps growing, more and more parents are questioning whether every new shot is necessary

By Maureen Connolly



Temores de los padres

- Excesiva cantidad de vacunas, adyuvantes, conservantes (Mercurio –Tiomersal-, aluminio)
- Sobrecarga del sistema inmunitario
- Autismo (enfermedad inflamatoria crónica por TV)
- Trastornos neurológicos, encefalopatías, esclerosis múltiple
- Enfermedades autoinmunes, diabetes...

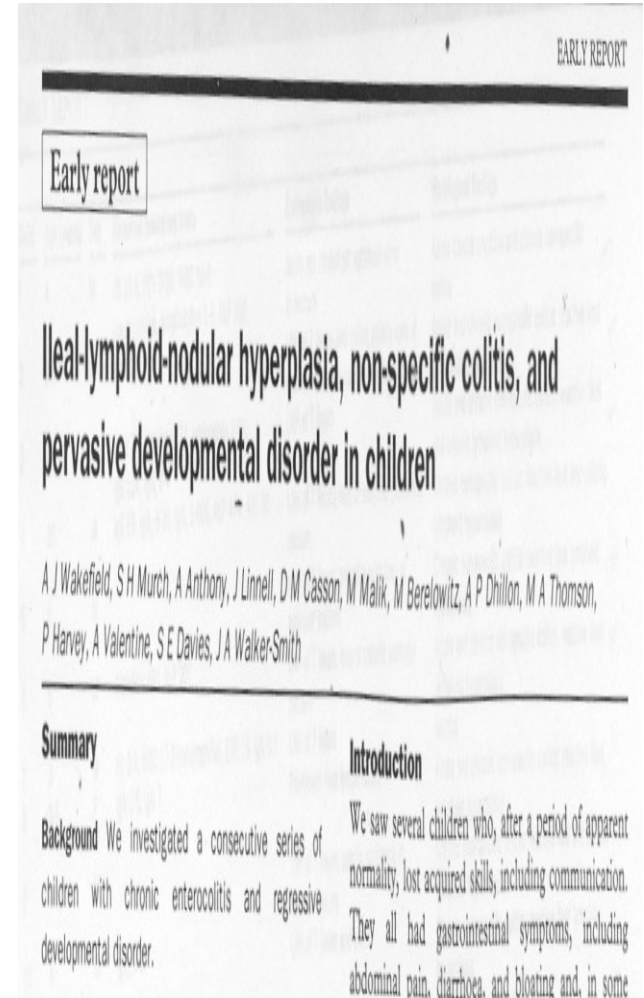
Autismo

No es nueva la supuesta asociación entre vacunas y autismo.

Se ha pretendido asociar con el tiomersal, pero la más reciente ha sido la teoría propuesta por Wakefield entre vacuna TV, enfermedad inflamatoria intestinal y autismo



El incidente “Wakefield”



Blair se resiste a decir si ha puesto a su hijo una polémica vacuna

El Gobierno defiende la triple vírica, que algunos médicos rechazan

IRENE HDEZ. VELASCO
Corresponsal

LONDRES.- ¿Le han puesto los Blair al pequeño Leo, de 18 meses, la vacuna triple vírica que con tanto ahínco recomienda el Ministerio de Sanidad británico y que a decir de algunos expertos podría ocasionar autismo y problemas intestinales? Esa es la pregunta que estos días recorre las calles del Reino Unido.

Pero el primer ministro británico se niega a responder: «No voy a entrar en ningún tipo de discusión pública sobre la salud de mis hijos», indicaba el miércoles en el Parlamento al ser inquirido sobre el asunto por la diputada conservadora Julie Kirkbride.

«Lo que sí puedo decir», continuaba Tony Blair, «es que la política del Gobierno en relación a la vacuna contra la rubéola, las paperas y el sarampión cuenta con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Médica Británica, el Real Colegio de Médicos de Cabecera, el Real Colegio de Pediatría y Salud Infantil, el Real Colegio de Enfermeras y la Asociación de Médicos de Cabecera y Visitantes Médicos», subrayaba.

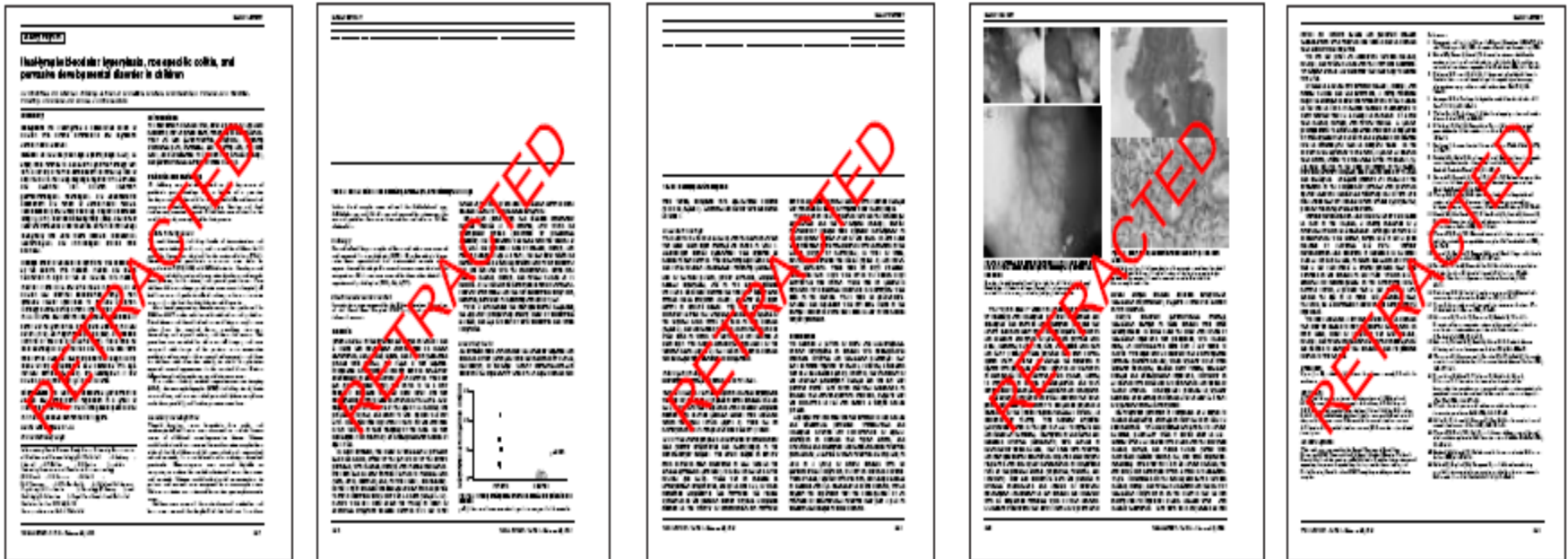


25 estudios que rechazan la asociación hasta Noviembre 2008

25 studies that refute a connection between MMR vaccine and the development of autism

25. *Lack of Association between Measles Virus Vaccine and Autism with Enteropathy: A Case-Control Study.* Hornig M et al. PLoS ONE 2008; 3(9): e3140 doi:10.1371/journal.pone.0003140 *Subjects: 25 children with autism and GI disturbances and 13 children with GI disturbances alone (controls)
24. *Measles Vaccination and Antibody Response in Autism Spectrum Disorders.* Baird G et al. Arch Dis Child 2008; 93(10):832-7. Subjects: 98 vaccinated children aged 10-12 years in the UK with autism spectrum disorder (ASD); two control groups of similar age: 52 children with special educational needs but no ASD and 90 children in the typically developing group
23. *MMR-Vaccine and Regression in Autism Spectrum Disorders: Negative Results Presented from Japan.* Uchiyama T et al. J Autism Dev Disord 2007; 37(2):210-7 *Subjects: 904 children with autism spectrum disorder (Note: MMR was used in Japan only between 1989 and 1993.)
22. *No Evidence of Persisting Measles Virus in Peripheral Blood Mononuclear Cells from Children with Autism Spectrum Disorder.* D'Souza Y et al. Pediatrics 2006; 118(4):1664-75 *Subjects: 54 children with autism spectrum disorder and 34 developmentally normal children
21. *Immunizations and Autism: A Review of the Literature.* Doja A, Roberts W. Can J Neurol Sci. 2006; 33(4):341-6 *Literature review
20. *Pervasive Developmental Disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and Links with Immunizations.* Fombonne E et al. Pediatrics. 2006;118(1):e139-50 *Subjects: 27,749 children born from 1987 to 1998 attending 55 schools
19. *Relationship between MMR Vaccine and Autism.* Klein KC, Diehl EB. Ann Pharmacother. 2004; 38(7-8):1297-300 *Literature review of 10 studies
18. *Immunization Safety Review: Vaccines and Autism.* Institute of Medicine. The National Academies Press: 2004 (www.nap.edu/books/030909237X/html) *Literature review
17. *MMR Vaccination and Pervasive Developmental Disorders: A Case-Control Study.* Smeeth L et al. Lancet 2004; 364(9438):963-9 *Subjects: 1294 cases and 4469 controls
16. *Age at First Measles-Mumps-Rubella Vaccination in Children with Autism and School-Matched Control Subjects: A Population-Based Study in Metropolitan Atlanta.* DeStefano F et al. Pediatrics 2004; 113(2): 259-66 *Subjects: 624 children with autism and 1,824 controls
15. *Prevalence of Autism and Parentally Reported Triggers in a North East London Population.* Lingam R et al. Arch Dis Child 2003; 88(8):666-70 *Subjects: 567 children with autistic spectrum disorder
14. *Neurologic Disorders after Measles-Mumps-Rubella Vaccination.* Makenzie A et al. Pediatrics 2002; 110:957-63 *Subjects: 535,544 children vaccinated between November 1982 and June 1986 in Finland
13. *A Population-Based Study of Measles, Mumps, and Rubella Vaccination and Autism.* Madsen KM et al. N Engl J Med 2002; 347(19):1477-82 *Subjects: All 537,303 children born 1991-12/98 in Denmark
12. *Relation of Childhood Gastrointestinal Disorders to Autism: Nested Case Control Study Using Data from the UK General Practice Research Database.* Black C et al. BMJ 2002; 325:419-21 *Subjects: 96 children diagnosed with autism and 449 controls
11. *Measles, Mumps, and Rubella Vaccination and Bowel Problems or Developmental Regression in Children with Autism: Population Study.* Taylor B et al. BMJ 2002; 324(7334):393-6 *Subjects: 278 children with core autism and 195 with atypical autism
10. *No Evidence for a New Variant of Measles-Mumps-Rubella-Induced Autism.* Fombonne E et al. Pediatrics 2001;108(4):E58 *Subjects: 262 autistic children (pre- and post-MMR samples)
9. *Measles-Mumps-Rubella and Other Measles-Containing Vaccines Do Not Increase the Risk for Inflammatory Bowel Disease: A Case-Control Study from the Vaccine Safety Datalink Project.* Davis RL et al. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155(3):354-9 *Subjects: 155 persons with IBD with up to 5 controls each
8. *Time Trends in Autism and in MMR Immunization Coverage in California.* Dales L et al. JAMA. 2001; 285(9):1183-5 *Subjects: Children born in 1980-94 who were enrolled in California kindergartens (survey samples of 600-1,900 children each year)
7. *Mumps, Measles, and Rubella Vaccine and the Incidence of Autism Recorded by General Practitioners: A Time Trend Analysis.* Kaye JA et al. BMJ 2001; 322:460-63 *Subjects: 305 children with autism
6. *Further Evidence of the Absence of Measles Virus Genome Sequence in Full Thickness Intestinal Specimens from Patients with Crohn's Disease.* Afzal MA, et al. J Med Virol 2000; 62(3):377-82 *Subjects: Specimens from patients with Crohn's disease
5. *Autism and Measles, Mumps, and Rubella Vaccine: No Epidemiological Evidence for a Causal Association.* Taylor B et al. Lancet 1999;353(9169):2026-9 *Subjects: 498 children with autism
4. *Absence of Detectable Measles Virus Genome Sequence in Inflammatory Bowel Disease Tissues and Peripheral Blood Lymphocytes.* Afzal MA, et al. J Med Virol 1998; 55(3):243-9 *Subjects: 93 colonoscopic biopsies and 31 peripheral blood lymphocyte preparations
3. *No Evidence for Measles, Mumps, and Rubella Vaccine-Associated Inflammatory Bowel Disease or Autism in a 14-year Prospective Study.* Peltola H et al. Lancet 1998; 351:1327-8 *Subjects: 3,000,000 doses of MMR vaccine
2. *Exposure to Measles in Utero and Crohn's Disease: Danish Register Study.* Nielsen LL et al. BMJ 1998; 316(7126):196-7 *Subjects: 472 women with measles
1. *Immunocytochemical Evidence of Listeria, Escherichia coli, and Streptococcus Antigens in Crohn's Disease.* Liu Y et al. Gastroenterology 1995; 108(5):1396-1404 *Subjects: Intestines and mesenteric lymph node specimens from 21 persons from families with a high frequency of Crohn's disease

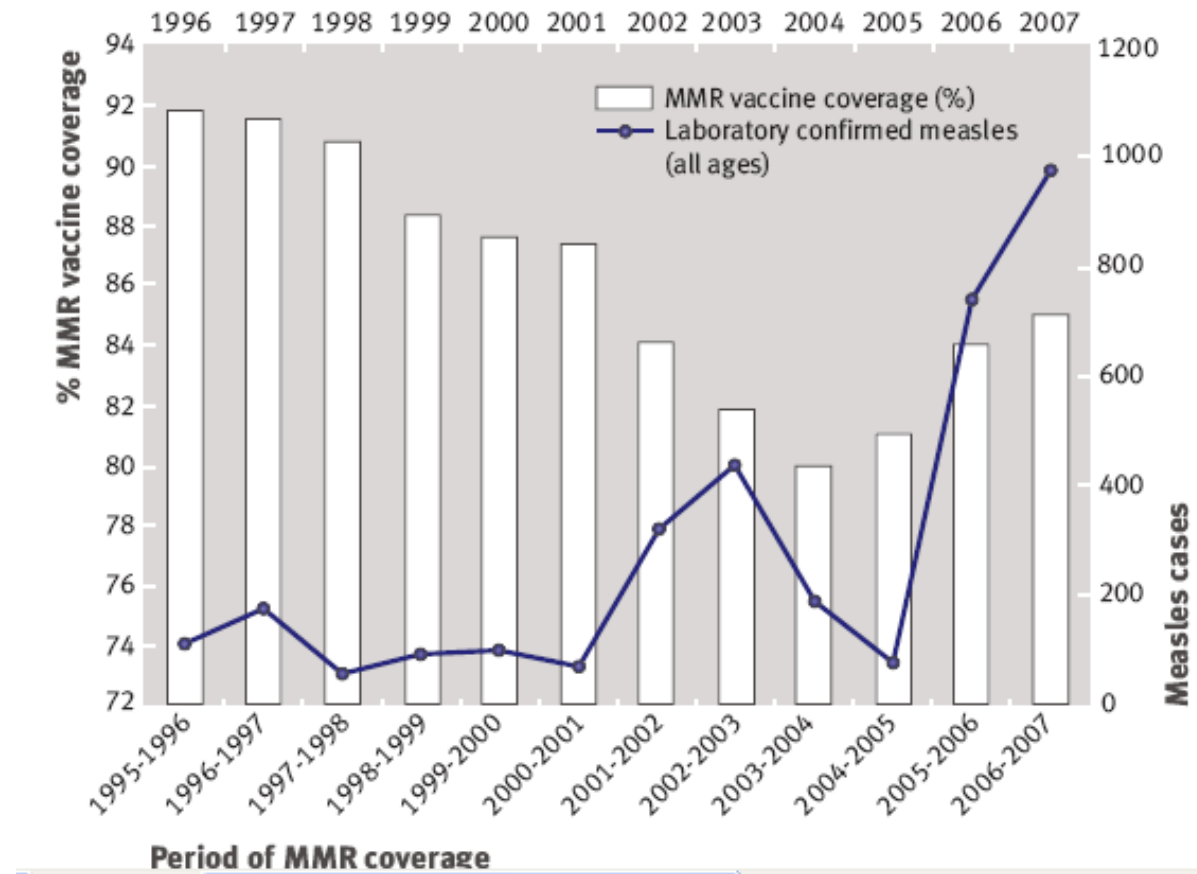
Doce años más tarde..... los hallazgos de Wakefield et al. oficialmente no existen



Deer B. *Br Med J* 2010;340:838-840

El *UK General Medical Council* concluyó que A Wakefield había “abusado de su posición de confianza”, y había actuado deshonestamente, con engaños y de manera irresponsable en el documento

Cobertura de triple vírica y casos de sarampión en Inglaterra y Gales 1995-2007



2008: 1.370 casos

2009: 1.144 casos

1995-2005: 0 fallecimientos

2006-2009: 2 fallecimientos

McIntyre P et al. *Br Med J* 2008;336:729-730

Mercurio y vacunas. (Tiomersal)

Diferencia entre metilmercurio y etilmercurio

Ninguna evidencia de toxicidad por mercurio debida a vacunas

La retirada del mercurio se hace por precaución, cuando ya no es necesario al disponer de vacunas monodosis



¿La administración simultánea de tantos antígenos puede sobrepasar el sistema inmunitario ?



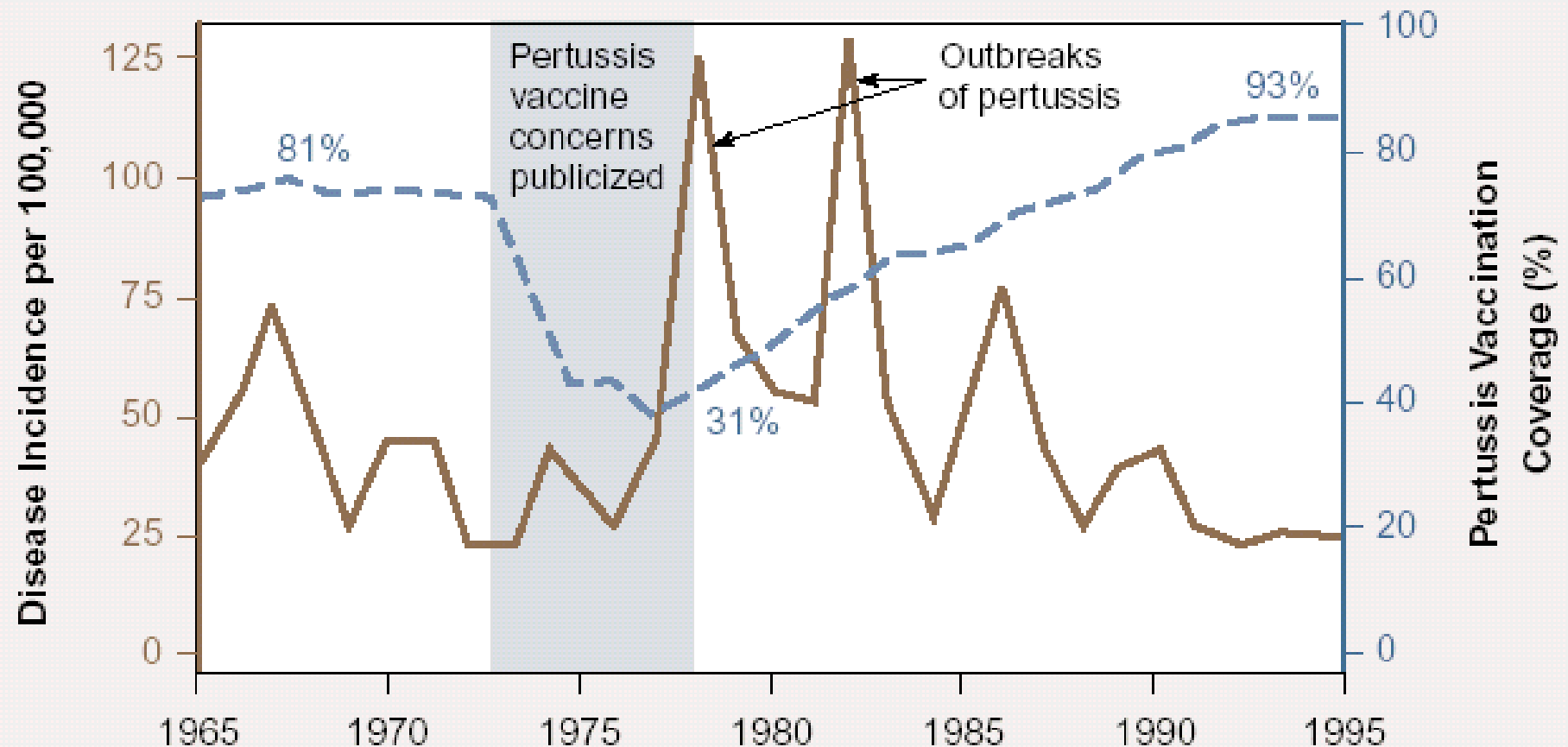
La exposición natural a múltiples antígenos es un hecho normal

La seguridad de las vacunas que se administran simultáneamente está demostrada

Los calendarios actuales consiguen protección precoz contra múltiples enfermedades

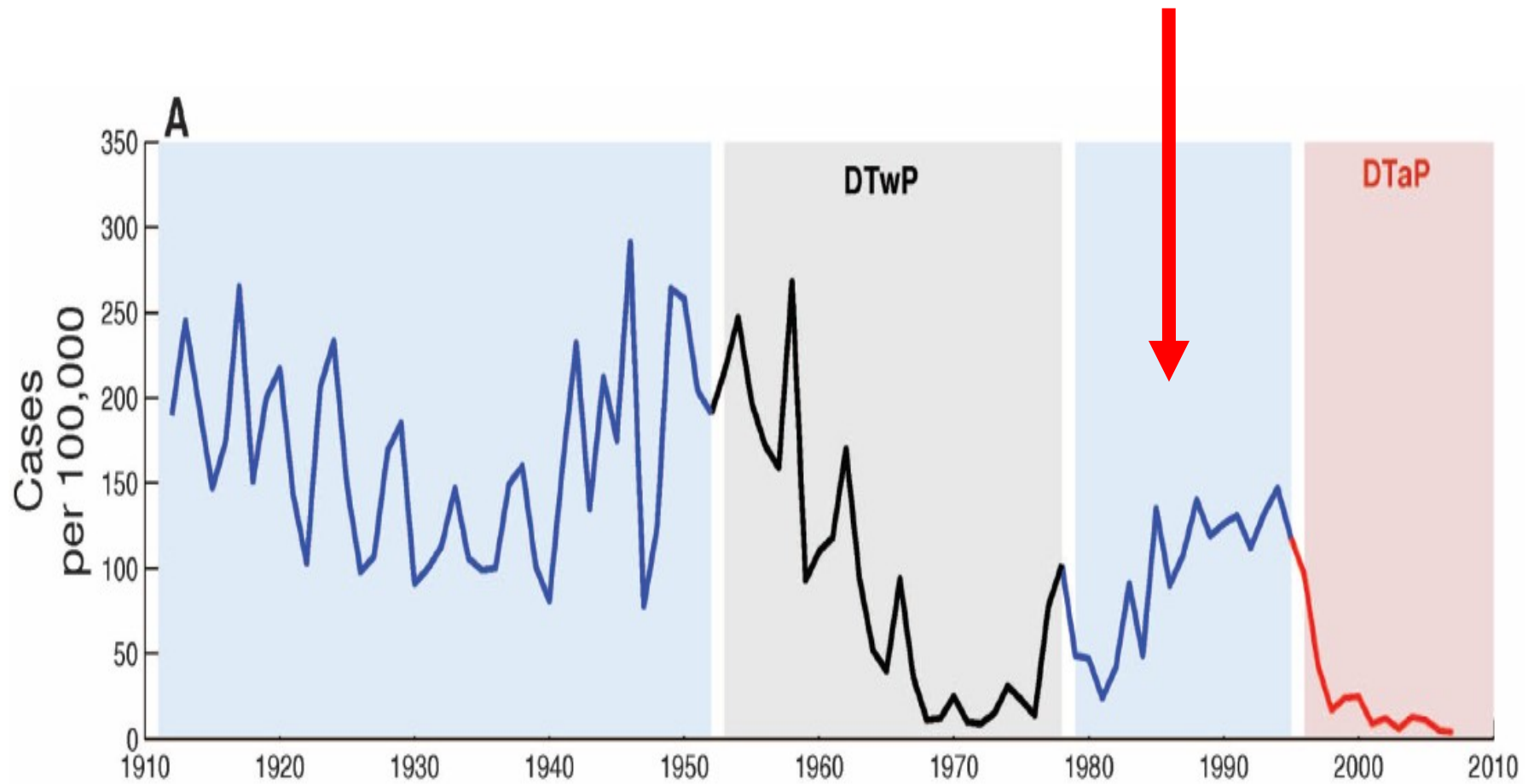
¿Qué pasa si no vacunamos?

Whooping Cough Incidence in England and Wales (1965-1995)

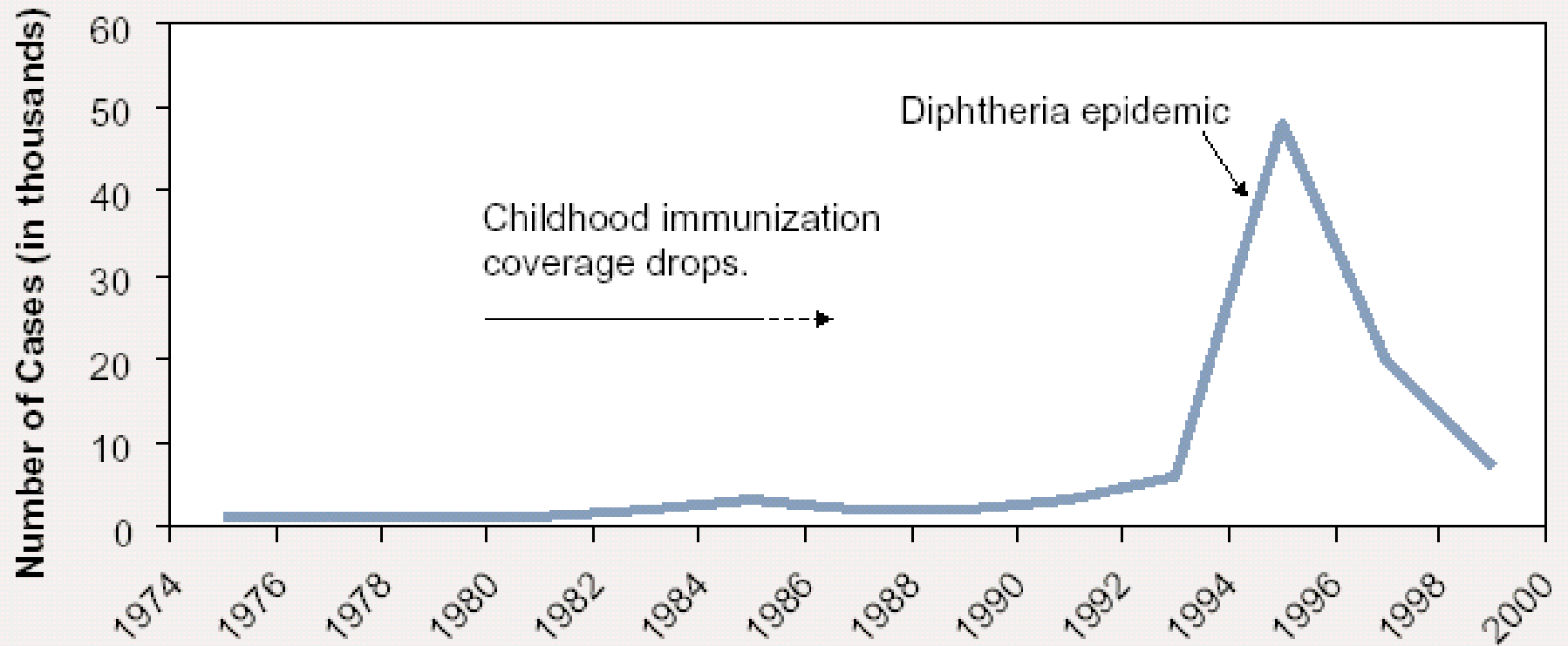


Adapted from *Nature Reviews Immunology* 1: 160-165 (1 November, 2001).

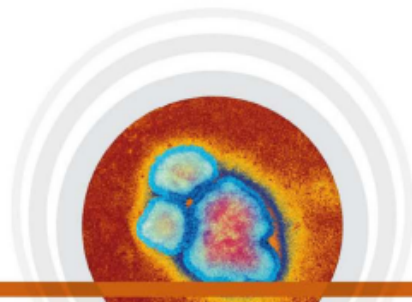
Casos de tos ferina en Suecia entre 1910 y 2010



Diphtheria in Russia, 1975-1999



Source: World Health Organization, 1997.



SURVEILLANCE REPORT

Volume 4

European monthly measles monitoring (EMMO)

September 2011

Main developments

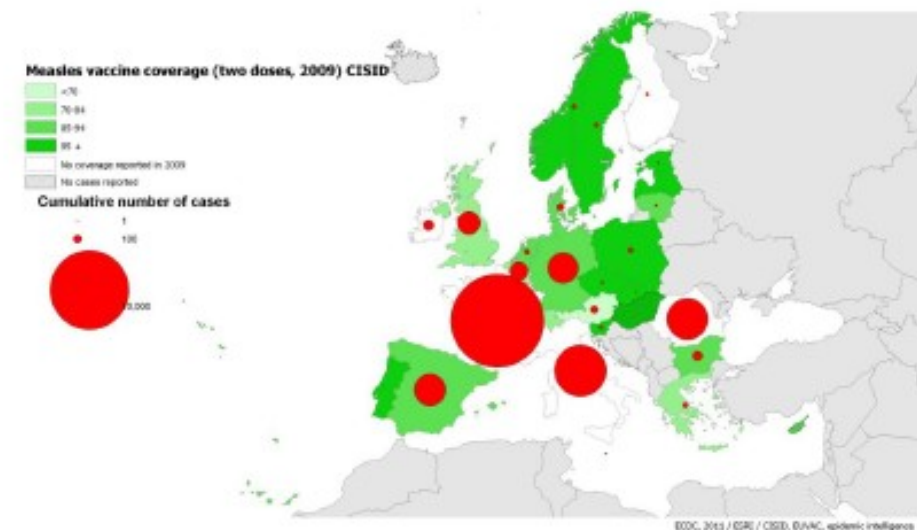
- In September, the coordination of surveillance of measles and other vaccine-preventable diseases at the European level was transferred from Statens Serum Institut in Denmark (the previous coordinating agency for the EUVAC.NET hub) to ECDC and countries started reporting to The European Surveillance System (TESSy). At the same time, the EUVAC.NET website migrated to the ECDC website. This is the first edition of the European Monthly Measles Monitoring (EMMO) presenting TESSy data. EMMO will from now on report officially approved figures from enhanced surveillance in parallel with epidemic intelligence information on measles transmission.
- During the period January to August 2011, 26 262 cases of measles were reported to TESSy by the 29 contributing EU and EEA countries, including eight measles-related deaths and 24 cases of acute measles encephalitis. Nearly 800 new measles cases were detected through epidemic intelligence in the EU and EEA/EFTA countries since the previous measles monitoring report, bringing the total number of cases for 2011 to more than 29 100 cases.
- No new measles outbreaks were reported from EU and EEA/EFTA countries during September, and transmission has continued to slow down in the second half of the year. This is an expected consequence of the seasonal pattern of measles in temperate climates.
- Four out of the 31 monitored countries remain measles free in 2011: Cyprus, Hungary, Iceland and Liechtenstein.

Background

Measles is a highly infectious and potentially fatal disease which can be prevented by a safe and effective vaccine. When given in two doses, at least 98% of vaccine recipients develop life-long protective immunity against the disease. As the measles virus only infects humans, the disease could theoretically be eradicated if high enough vaccination coverage is achieved in all populations. The countries in the European Region of the World Health Organization, including the EU and EEA/EFTA countries, have committed to eliminate measles by 2015. Elimination of measles requires sustained vaccination coverage above 95% with two doses of a measles containing vaccine (MCV).

ECDC monitors measles transmission in the EU and EEA/EFTA countries and produces monthly updates. These European Monthly Measles Monitoring (EMMO) reports are based on information sources including national websites, the EUVAC.NET database, the Early Warning and Response System, validated media reports and personal communication from national authorities. The period between countries and the number of cases reported in EMMO should be treated as preliminary.

Figure 2: Distribution of measles cases in EU and EEA countries reported to TESSy (January – August 2011) and two-dose measles vaccine coverage (2009 CISD*)



* Coverage figures (%) are official national figures reported via the annual WHO/UNICEF Joint Reporting Form and WHO Regional Offices reports (as of 1 September 2011).

Figure 3: Distribution of notification rate (cases per 100 000 population) by country reported through TESSy, EU and EEA countries, January – August 2011

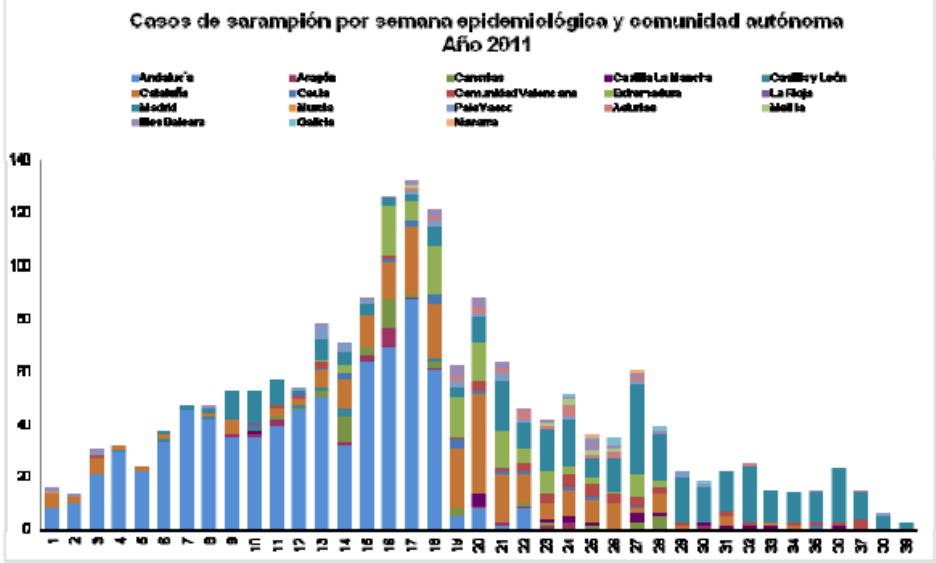
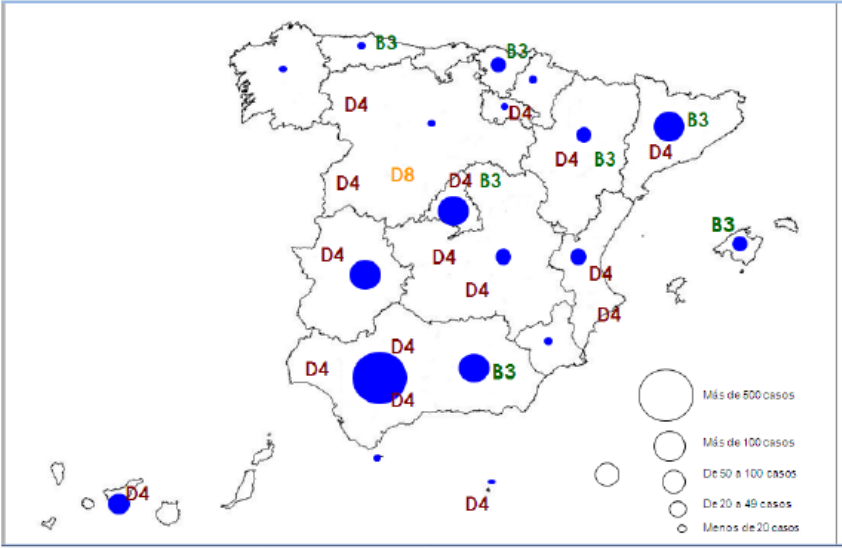
Notification rate:

- 0
- < 0.1 - low
- 0.1 - 1.0 - moderate
- > 1.0 - high
- No reports



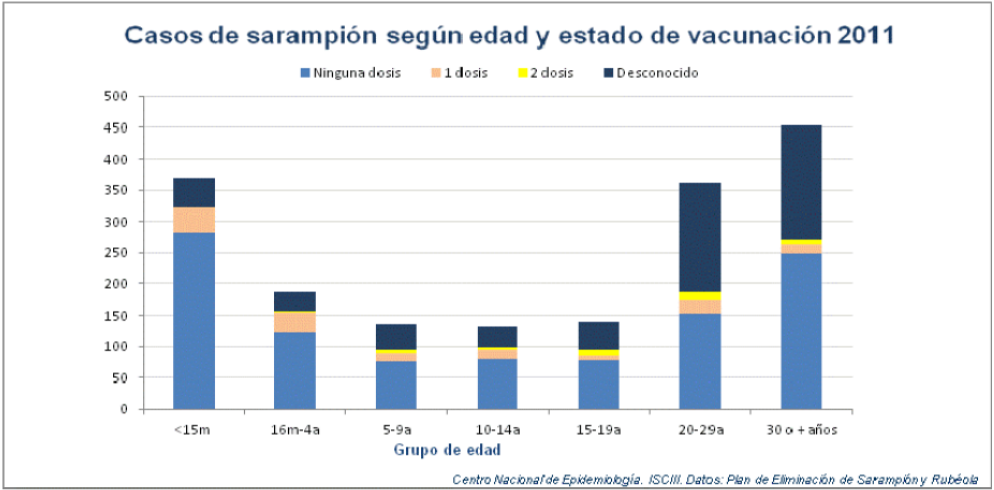
Europa. Enero-Agosto 2011

- 26262 casos declarados
- 8 muertos
- 29 Encefalitis agudas



España. Enero – octubre 2011

- 1802 casos confirmados
- 22,8 % hospitalizados
 - 30,8 % en >30 años
 - 26,1 % en < 15 meses



Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Datos: Plan de Eliminación de Sarampión y Rubéola

¿Porqué?

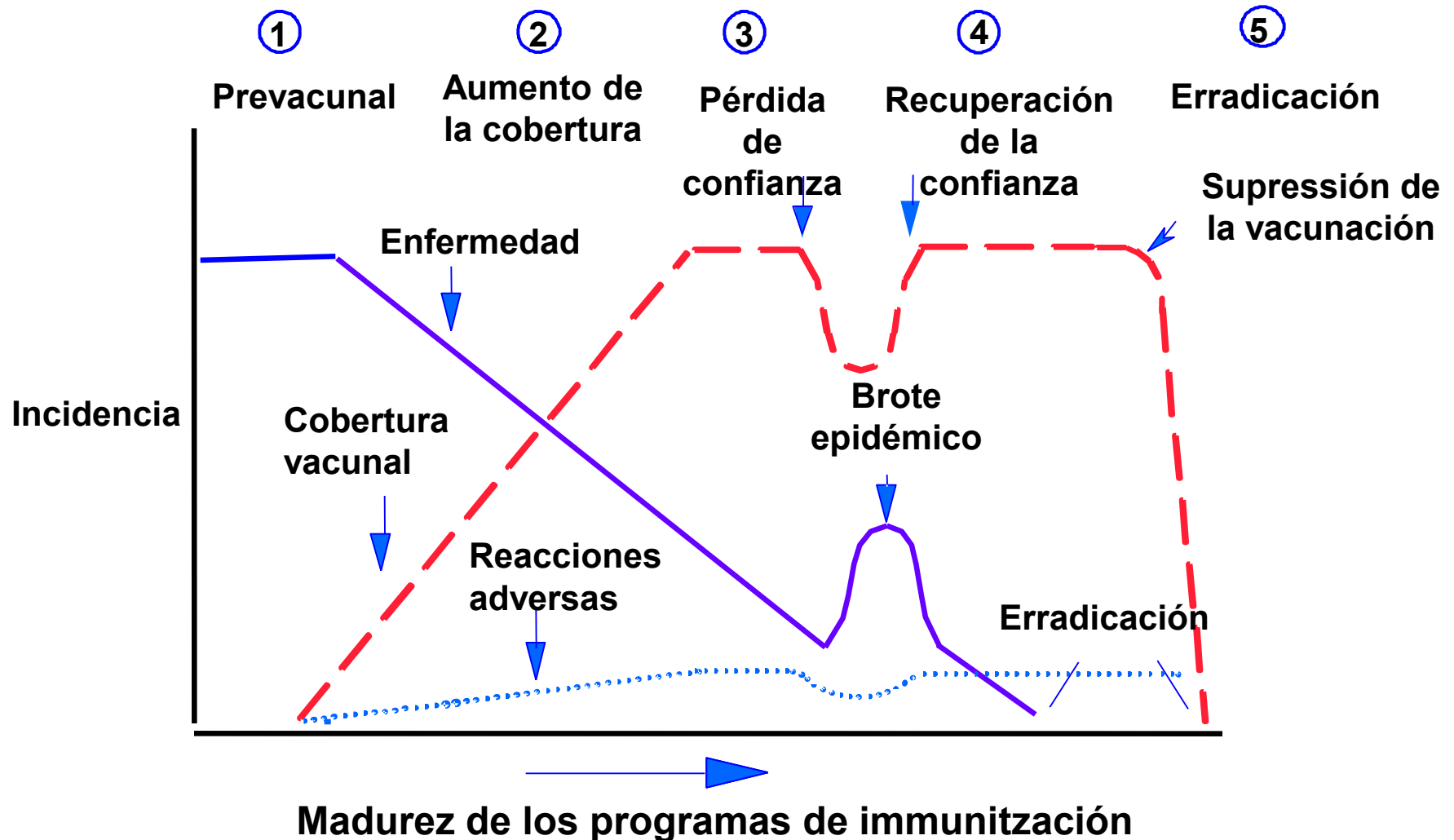


Una mente crédula... encuentra el mayor deleite en creer cosas extrañas y, cuanto más extrañas son, más fácil le resulta creerlas; pero nunca toma en consideración las que son sencillas y posibles, porque todo el mundo puede creerlas.

SAMUEL BUTLER, *Caracteres* (1667-1669)

Citado en el libro "El mundo y sus demonios" de Carl Sagan

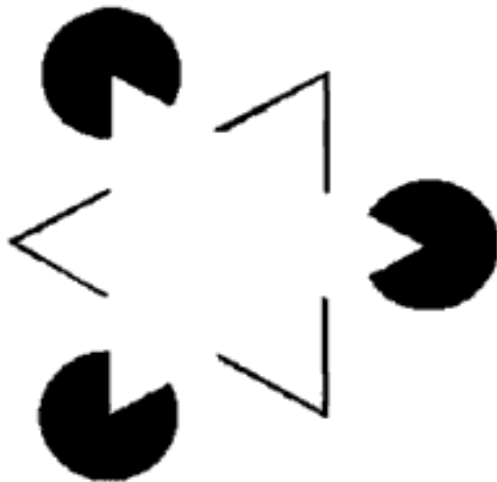
Evolución de los Programas de Inmunización y reacciones adversas postvacunales



Razón, percepción, miedo...

Quizás el mayor peligro al que nos enfrentamos es el creciente rechazo a la vacunación, debido al temor de que tras la vacunación se produzcan enfermedades raras y muy poco frecuentes que además no están causadas por las vacunas

La percepción puede ser tan importante como la magnitud



¿Quién determina la seguridad?



38 vida & artes

sociedad

Vuelven a la UCI las niñas afectadas por la vacuna del papiloma

JAIME PRATS, Valencia

Minutos después de que se les administrara la vacuna del papiloma, hace casi un mes, la vida de Raquel y Carla dejó de ser la normal de unas escolares de 15 y 14 años para convertirse en un carrusel de entradas y salidas de la unidad de cuidados intensivos del hospital Clínico de Valencia.

Este fin de semana, tras pasar unas horas en planta, las dos chicas volvieron a la UCI. Se trata del cuarto ingreso de Carla y del tercero de Raquel. "Y lo peor es que no se ve el final", comenta uno de los familiares de esta última.

A pesar de la batería de pruebas de todo tipo a las que han sometido a las dos chicas, los pediatras, neurólogos e intensivistas del Clínico no han detectado ninguna patología previa que explique la reacción de las adolescentes, apuntan desde la Generalitat.

Tampoco hay datos —más allá de la inmediatez temporal— que relacionen los síntomas con el lote NH52670 de la vacuna de la marca Gardasil que se administró a ambas. Aunque se retiró por precaución, la Agencia Europea del Medicamento cree "muy improbable" cualquier vinculación y ha avalado la vacunación contra el papiloma, un patógeno que causa cáncer de cuello de útero.

EL PAÍS, martes 17 de febrero de 2009

Salud

vida & artes 31

sociedad

Los efectos adversos de la vacuna del papiloma reavivan la polémica

Los 35 casos graves registrados en España se suman a otros 584 en EE UU

MÓNICA L. FERRADO
Barcelona

Reunidas 8.000 firmas a favor de una moratoria

M. L. F., Barcelona

En 2007, el Consejo Interterritorial de Salud, integrado por el Ministerio de Sanidad y las

Público



Nº y fecha de publicación: 902
Difusión: 69756
Periodicidad: Diario
Publico2: 90213_29_19.pdf
VPB: 2858
Web Site: www.publico.es

La vacuna del papiloma ha recibido 103 quejas

Sanidad dice que los de Valencia son los únicos ingresos

EL PAÍS 17.2.09

Prevenir el cáncer tiene precio

La vacuna del papiloma suma detractores por su alto coste y las dudas sobre su eficacia y seguridad. 8.700 personas han firmado petición de moratoria. Pero ésta es la clave: salvará vidas

Después de que la transmisión del virus que puede derivar en cáncer de cuello de útero.

En España hay dos vacunas en el mercado: Cervarix, de los laboratorios GlaxoSmithKline, que protege contra los tipos de virus 16 y 18, y Gardasil, de Sanofi Pasteur, que inmuniza contra los tipos 6, 11, 16 y 18. Protegen contra los cuatro virus que causan el

la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria.

Es un análisis que ya hicieron en EE UU o Canadá, donde la vacuna está implantada, aunque no financiada, desde hace tiempo. También los gobiernos de varios estados de la Unión Europea —Grecia, Austria, Bélgica, Reino Unido, Francia o Italia— la han aprobado. En algunos, como Gre-

secundarios o si merece la pena su relación eficacia-costo".

El debate en torno a la vacuna del virus del papiloma humano ha sido acalorado desde el principio. Nada más aprobarse el fármaco, un colectivo de médicos formó una plataforma y redactó un manifiesto para exigir que no se incluyese en el calendario vacunal. "Es necesario comprobar prime-

Más de 8.000 personas piden que se suspenda el tratamiento

Catedráticos de salud ya alertaron de los inconvenientes de la vacuna del papiloma

Fanalia como traxero

Hospitalizan a dos niñas en Valencia por vacunas deficientes del papiloma

El extraño caso de Raquel y Karla

Dos niñas llevan 40 días entrando y saliendo de la UCI, con convulsiones, tras haber sido vacunadas del papiloma

JAIME PRATS
Valencia

La vida de Raquel y Karla, de 14 y 15 años, se ha convertido en una pesadilla que transcurre desde hace mes y medio entre las paredes

tida, inmovilizada el 9 de febrero por precaución, no presentaba anomalías. El departamento que dirige Bernat Soria sólo tiene registradas cinco reacciones graves después de 1.146.000 dosis distribuidas entre 2007 y 2008 en Espa-

Trayectoria de un medicamento cuestionado

Los pediatras dudan a la hora de aconsejar la vacuna del papiloma

el Periódico
BARCELONA



Nº y fecha de publicación: 90216 - 16/02/2009
Difusión: 174049
Periodicidad: Diario
Periodic: 90216_20_5.pdf
VPB: 22158
Web Site: www.elperiodico.com

PRESS INDEX

Página: 26
Tamaño: 65 %
1163 cm2

COMUNICACIÓN SOBRE RIESGOS DE MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS

Ref: 2009/06
23 de abril de 2009

NOTA INFORMATIVA

SEGURIDAD DE LAS VACUNAS FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: CONCLUSIONES DEL COMITÉ DE EXPERTOS

Tal como se informó a través de las notas 2009/02 y 2009/04, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha estado evaluando de forma exhaustiva la calidad y la seguridad de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH), en colaboración con la Agencia Europea de Medicamentos y la red de agencias de los Estados miembro de la UE.

Las conclusiones a las que ha llegado el Comité son las siguientes:

- *Las características clínicas y la ausencia de signos eléctricos, de neuroimagen y analíticos indican que los episodios paroxísticos que presentaron las adolescentes de Valencia no se corresponden con una enfermedad o lesión neurológica, cardiológica o sistémica. La misma valoración cabe hacer de los episodios de la adolescente de las Islas Baleares.*
- *La estrecha relación temporal con la vacunación en los dos casos de Valencia indica que la administración de la vacuna pudo actuar como un precipitante del cuadro clínico, pero no se ha encontrado ninguna prueba que apoye una relación biológica con la vacuna.*
- *La AEMPS y la EMEA descartan que el lote de la vacuna administrado a las adolescentes de Valencia presente defectos de calidad, lo cual, a su vez, es coherente con el hecho epidemiológico de que no se hayan detectado ni en España ni en la Unión Europea casos con un patrón clínico similar a los dos de Valencia, a pesar de haberse distribuido decenas de miles de dosis del mismo lote.*
- *Los equipos médicos del Hospital Clínico de Valencia y del Hospital Son Dureta actuaron, en todo momento, de forma correcta.*

EL PAÍS, viernes 24 de abril de 2009

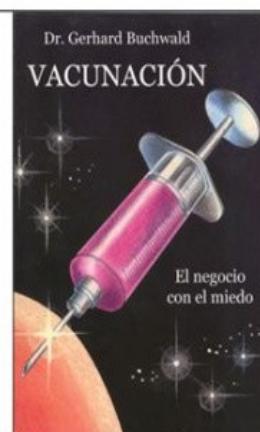
VIRUS DEL PAPILOMA

La vacuna no causó la reacción en las niñas

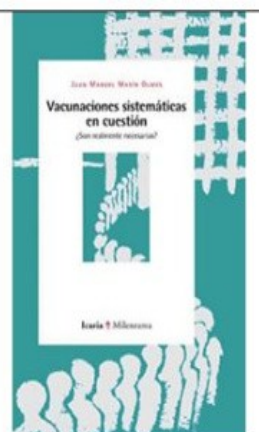
El comité de expertos reunido por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios concluyó ayer que no existe "ninguna prueba biológica" de que la vacuna del papiloma causase los "episodios paroxísticos" a las dos niñas de Valencia. El preparado "pudo actuar como precipitante", dicen. La inmunización, añaden, sigue en toda España.—EL PAÍS



"Los peligros de las vacunas"
Dr. Xavier Uriarte*
Ática Salud



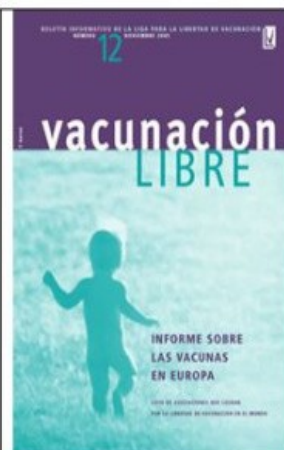
"VACUNACIÓN: el negocio con el miedo"
Dr. Gerhard Buchwald



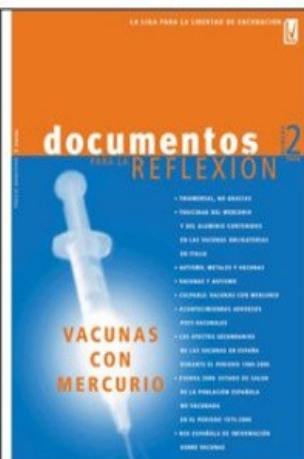
"Vacunaciones sistemáticas en cuestión. ¿Son realmente necesarias?"
Juan Manuel Marín Olmos
Icaria



"Cómo criar un hijo sano... a pesar de su médico"
Dr. Robert S. Mendelsohn



Informe sobre las vacunas en Europa
Lliga per a la Llibertat de Vacunació (LLV)**



Vacunas con mercurio
LLV

SETMANA INTERNACIONAL VÍCTIMES DE LES VACUNES

Del 4 al 9 octubre 2010
GIRONA · Casa de Cultura

Organitzen:
Lliga per a la Llibertat de Vacunació
EFVV (European Forum for Vaccine Vigilance)
AVA (Associació per Vèncer l'Autisme)

www.vacunacionlibre.org

SEMANA INTERNACIONAL VÍCTIMAS DE LAS VACUNAS

Del 4 al 9 octubre 2010
GIRONA · Casa de Cultura

Organizan:
Lliga per a la Llibertat de Vacunació
EFVV (European Forum for Vaccine Vigilance)
AVA (Asociación para Vencer el Autismo)

www.vacunacionlibre.org

Razones para no vacunar del Papiloma Humano

1 El Virus Papiloma Humano (VPH) habita en nuestro organismo tranquilamente desde que nacemos.

2 La presencia del virus no significa ni contaminación ni infección.

3 El cáncer de cuello uterino no aparece ni por el virus ni por las relaciones sexuales sino por los anticonceptivos y la utilización de tampones sintéticos.

4 La vacuna contra el Virus Papiloma Humano puede incrementar la presencia de cánceres no sólo genitales sino en otros órganos.

5 La vacuna contra el Virus Papiloma Humano por la presencia de aluminio puede producir muerte súbita, alteraciones cardíacas, encefalitis, convulsiones, estado comatoso, trastornos musculares, fatiga crónica y otros efectos secundarios.

Liga para la Libertad de Vacunación

Esta asociación trabaja desde hace 22 años por evitar los efectos adversos de las vacunas.

Para más información puedes consultar nuestra web y si has sufrido algún efecto postvacunal de la VPH o de otras vacunas puedes ponerte en contacto con nosotros.



Apdo. de correos 100 • Girona • 17080
info@vacunacionlibre.org

www.vacunacionlibre.org

La moda que disparó el sarampión

La enfermedad crece en España ayudada por grupos que no vacunan a sus hijos por ideología - Los 1.300 casos de 2011 multiplican por cinco los de 2010

ANTÍA CASTEDO - Girona - 06/06/2011

Vota ☆☆☆☆☆ Resultado ★★★★★ 686 votos

Comentarios - 1215

1.459

Recomendar 9000

Europa ha retrocedido una década en la lucha contra enfermedades como el sarampión y la rubéola, casi erradicadas en el cambio de siglo y que hoy vuelven a causar grandes brotes comunitarios. España, que solo sufrió dos casos de sarampión en 2004, acumula más de 1.300 en lo que va de año, cinco veces más que en todo 2010. El rebrote ha puesto en guardia a las autoridades de gran parte del continente: en Francia, por ejemplo, han muerto seis personas y más de 300 han sufrido neumonías graves entre los más de 5.000 afectados.

› Esa estúpida ciencia

La noticia en otros webs

webs en español
en otros idiomas

Es un problema europeo: en Francia hay seis muertos y 5.000 afectados

El descenso de la cobertura vacunal, espoleado por los grupos antivacunas y abonado por la pervivencia de grupos de población con riesgo de exclusión social, está en el origen del aumento de la incidencia de las viejas enfermedades infecciosas, alerta el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, agencia de la Unión Europea con sede en Estocolmo (Suecia).

PARA SUSCRIPTORES
edición en PDF

Descubre nuestro visor de la edición impresa. Permite visualizarla y descargarla

ver demo

SUSCRÍBASE

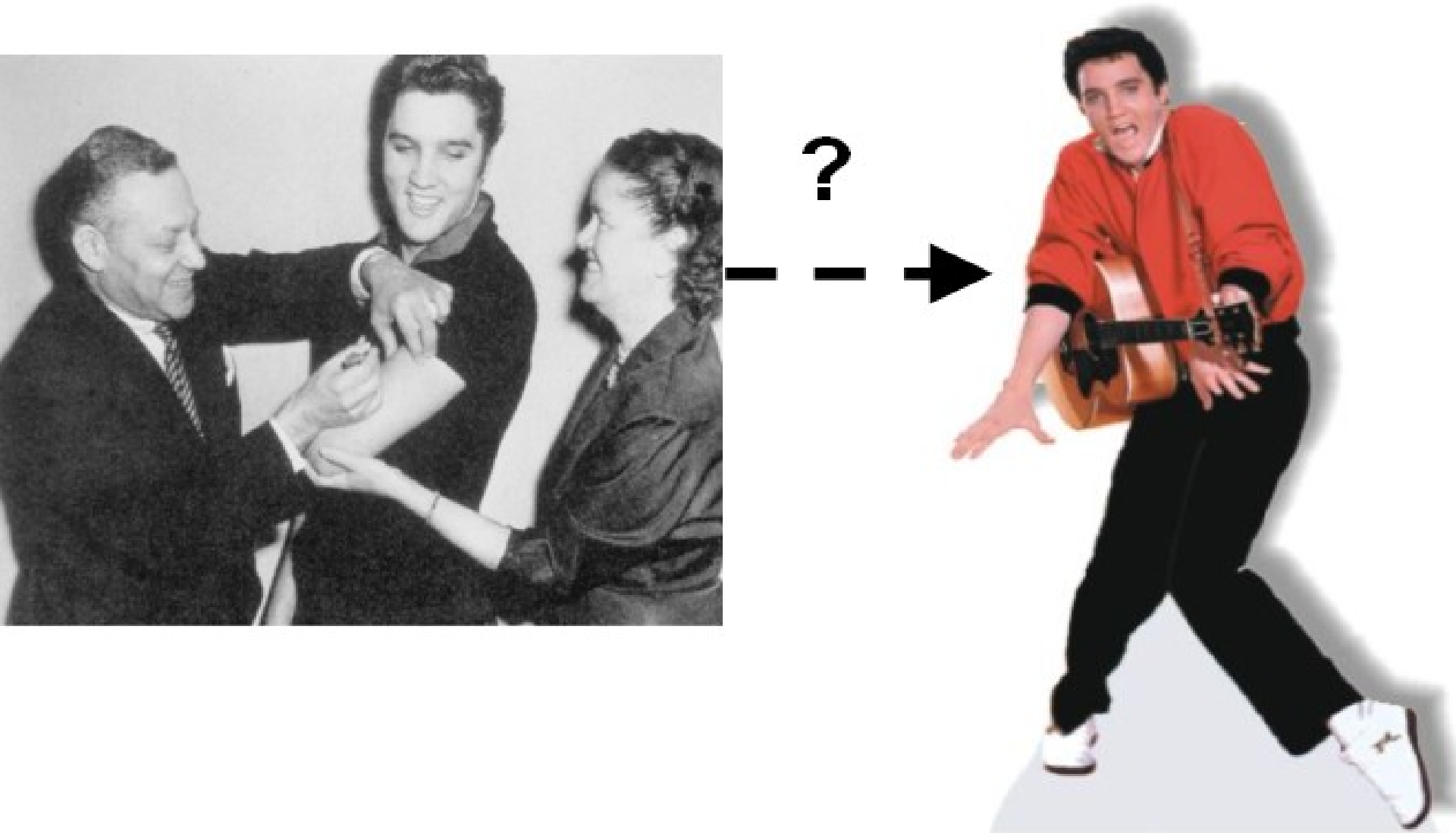


•A pesar de que los grandes brotes acaban siempre con hospitalizaciones (y fallecimientos en algunos casos) Catalá defiende que las enfermedades infantiles prevenibles son "benignas". Añade que "las vacunas hacen enfermar y causan síntomas más graves que las enfermedades que se intentan prevenir".

•Para Lina Catalá, pediatra homeópata y simpatizante de la Lliga para la Llibertat de Vacunació, la retirada del artículo de Andrew Wakefield no es más que una prueba de "los intereses oscuros" que defienden las empresas farmacéuticas.

La moda que disparó el sarampión. Antía Castedo - Girona - 06/06/2011 El País

Distinguiendo entre causalidad y casualidad



Asociaciones causales espurias entre vacunas VPH y efectos adversos

Human Papilloma Virus Immunization in Adolescent and Young Adults

A Cohort Study to Illustrate What Events Might be Mistaken for Adverse Reactions

Claire-Anne Siegrist, MD, Edwin M. Lewis, MPH,† Juhani Eskola, MD,‡
Stephen J. W. Evans, MSc,§ and Steven B. Black, MD||*

Pediatr Infect Dis J 2007;26: 979–984

When a large population is vaccinated, naturally occurring diseases are likely to coincide with vaccination

**Coincidental observation of diabetes
if 1 million young girls/women were vaccinated
with a placebo**



Disease	Diagnosed cases after the injection of a placebo per 1 million adolescents and young women / period of observation		
	1 Day	1 Week	6 Weeks
Asthma (ER)	27	188	813
Allergy (ER)	15	106	458
Inflammatory bowel diseases (ER)	2	10	45
Diabetes (ER)	4	29	128
Thyroiditis (H)	1	9	40
Systemic lupus (H)	1	5	20
Multiple sclerosis / Optical neuritis (H)	0	2	10

Estimated risk of selected diseases in young girls/ women (9–18 years) assuming vaccination with a saline placebo according to the indicated US scheme for Gardasil® (0–2–6 months) based on US rates for emergency room visits (ER) and hospitalisations (H) without vaccination

Clinical trials and assessment of vaccine safety^{13, 14, 15}

Phase I clinical trials	Test the safety and immunogenicity of a vaccine candidate in a few (usually less than 100) low-risk individuals (usually healthy adults) to determine tolerability.	These early trials detect only frequent adverse events.
Phase II clinical trials	Monitor safety, potential side effects, immune response, and determine optimum dosage and schedule.	These trials generally enroll several hundred to a few thousand volunteers and vary in study design.
Phase III clinical trials	Are designed to address clinical efficacy in disease prevention and provide further safety information, involving larger sample sizes (typically thousands to tens of thousands) from more heterogeneous populations and longer times of observation. Pre-licensure studies often identify common and acute negative reactions that occur with a frequency greater than 1 in 10,000 vaccinations, depending on total sample size of the study.	These trials are not generally designed to detect very rare reactions or reactions with vague or delayed onset. Larger studies, often at prohibitive cost and risk to delay vaccine availability, are necessary to detect very rare conditions that might result from vaccination.
Submission	The vaccine application is submitted to regulatory authorities for approval to market.	
Introduction	Involves making the vaccine available for use.	

Estudios preclínicos

(Investigación básica y estudios en animales)

Plan de desarrollo clínico

Estudios clínicos

precomercialización (Ensayos clínicos en humanos)

Fase I (evaluar la seguridad y la inmunogenicidad)

Fase II (establecer la dosis)

Fase III (evaluar la eficacia y seguridad)

Expediente de registro, autorización y comercialización

Estudios clínicos

postcomercialización

Fase IV (evaluar la efectividad y seguridad)

Ensayos clínicos fase II y III

Vacunas

- VPI: 400.000 sujetos
- VPH: 44.200 sujetos
- RV: 133.000 sujetos
- PnC 13 adultos: 85.000 sujetos

Ac. monoclonales y antihipertensores

- Adalizumab: 6.728
- Telmisartán: 384 sujetos

Notificación de sospechas de reacciones adversas

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), como coordinador del SEFV de medicamentos de uso humano (SEFV-H), anima a todos los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, farmacéuticos, veterinarios, enfermeros, ópticos, fisioterapeutas, podólogos y otros sanitarios según Ley 44/2003) a notificar las **sospechas de reacciones adversas de medicamentos (RAM)**, incluidos los **biológicos** (vacunas, sueros, hemoderivados, biotecnológicos, etc), radiofármacos, plantas medicinales, medicamentos publicitarios (EFP) y gases medicinales.

Después de comercializar las vacunas los programas de Farmacovigilancia continúan evaluando la seguridad

Figura 1: Modelo de tarjeta amarilla de los Centros Autonómicos del SEFV-H

CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS

1. Notifique:

- TODAS las sospechas de reacciones adversas relacionadas con el uso de MEDICAMENTOS NUEVOS, introducidos recientemente en el mercado.
- Todas las reacciones relacionadas con cualquier otro medicamento, que sean GRAVES o INFRECIENTES (incluidos: vacunas, medicamentos publicitarios, radio-fármacos, plantas medicinales, fórmulas magistrales, gases medicinales y medicamentos homeopáticos).

2. Identifique al paciente para evitar la duplicidad de comunicaciones por otros Servicios o Centros.

3. Notifique todos los medicamentos empleados antes de la aparición de la reacción (p. ej. tres meses), incluidos los de automedicación. En el caso de malformaciones congénitas, todos los empleados hasta un mes antes de la gestación.

4. Notifique en la primera línea o señale con un asterisco los medicamentos que considere responsables de la reacción.

5. No deje de notificar por desconocer una parte de la información solicitada.

NOMBRE DEL PACIENTE (Véase nota 2) _____ **Sexo** _____ **Edad** _____ **Peso (kg)** _____

☐ Mujer ☐ Hombre

FÁRMACOS (Véase Nota 3. Indique el nombre comercial. Para vacunas, indicar número de lote.)	Dosis diaria y vía admón.	Fecha Inicio Tratamiento	Fecha Suspensión	Motivo de la Prescripción
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	
		/...../.....	/...../.....	

REACCIONES	Fecha de Comienzo	Fecha de Finalización	Desenlace (Ej. mortal, secuelas, recuperado, etc.)
	/...../.....	/...../.....	
	/...../.....	/...../.....	
	/...../.....	/...../.....	

La reacción adversa descrita la considera: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

OBSERVACIONES ADICIONALES

NOTIFICADOR

Nombre: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Centro de trabajo: _____

Teléfono de contacto: _____

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas ☐

Fecha _____ Firma _____

Efectos adversos tras vacunación para los que actualmente existe evidencia científica que apoye la hipótesis de una relación causal

AEFI	Vaccine
Anaphylaxis	Measles–mumps–rubella (gelatine)
Extensive limb swelling	Diphtheria–tetanus–acellular pertussis (booster doses)
Intussusception	Rotavirus (recombinant Rhesus)
Meningitis	Mumps (Urabe, Leningrad–Zagreb)
Oculo-respiratory syndrome	Influenza
Paralysis	Oral polio vaccine
Thrombocytopenia	Measles–mumps–rubella

Efectos adversos tras vacunación para los que actualmente no existe evidencia científica que apoye la hipótesis de una relación causal

AEFI	Alleged vaccine
Atopic disease	Several
Autism	Measles–mumps–rubella
Crohn's disease	Measles–mumps–rubella
Chronic arthritis	Rubella
Insulin-dependent diabetes mellitus	<i>Haemophilus influenzae</i> b, hepatitis B
Intussusception	Rotavirus (current products)
Encephalopathy	Pertussis, measles
Ethyl mercury toxicity	Several
Guillain–Barré syndrome	Influenza (current), meningococcal
Macrophagic myofasciitis	Aluminum adjuvant
Multiple sclerosis	Hepatitis B
Squalene toxicity	Influenza, Anthrax
Sudden infant death syndrome	Several

¿QUÉ RIESGO ES ACEPTABLE?



Day 16 (8-25-02)



Day 18 (8-27-02)



Day 20 (8-29-02)



Day 16 (8-25-02)



Day 18 (8-27-02)



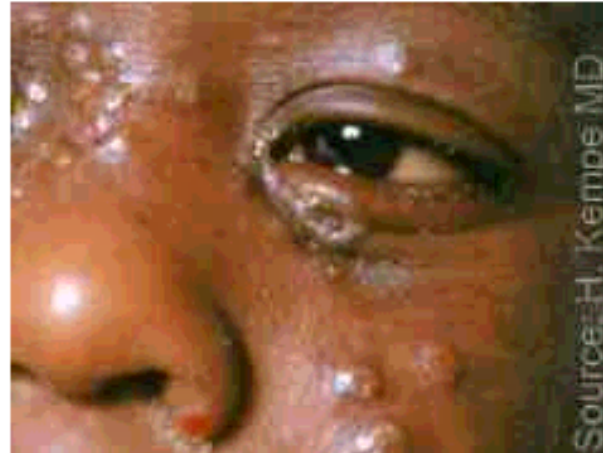
Day 20 (8-29-02)

Vaccinación antivariólica normal

¿QUÉ RIESGO ES ACEPTABLE?



Generalized Vaccinia in an infant



Generalized Vaccinia in African American boy



Generalized Vaccinia in African American boy



Generalized Vaccinia in a young boy



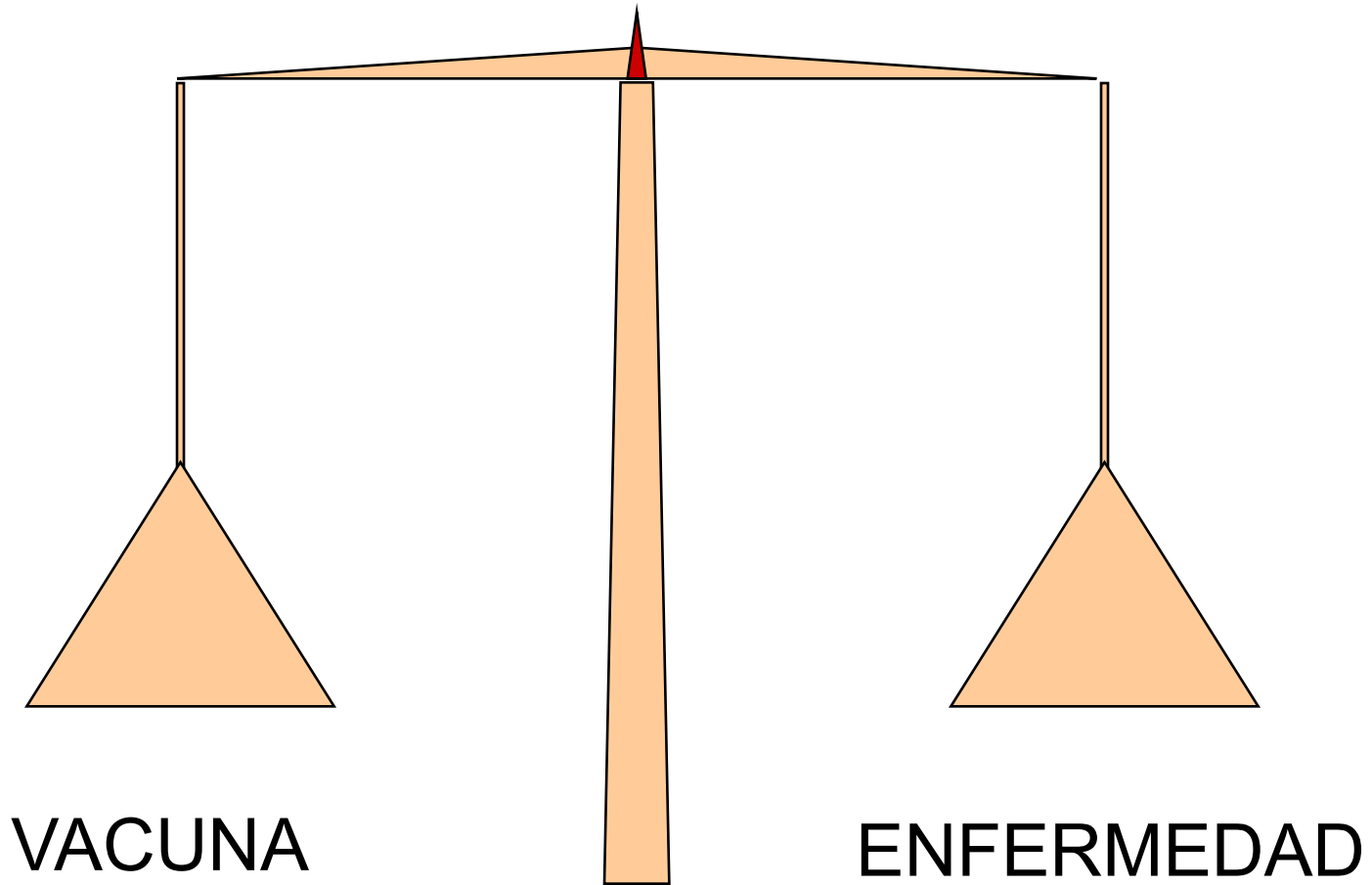
Generalized Vaccinia in a young boy



Early Generalized Vaccinia in an infant

Vaccinación antivariólica: Reacciones adversas

¿CUANDO SE DEBE VACUNAR?



Comparativa de riesgos

UNDERSTANDING RISKS

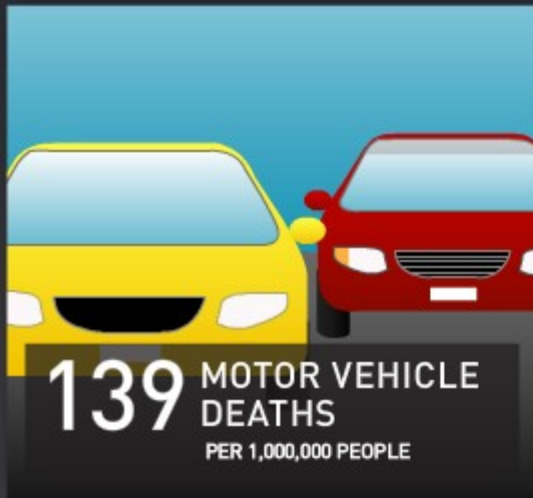
RISK COMPARISON

VACCINE VS. INFECTION

VACCINE VS. PLACEBO

Every action we take has risks. We tend to think of actions as riskier when we're less familiar with them, while we tend to overlook the dangers associated with everyday life. Many people are afraid of flying and yet don't worry about driving a car, when the risk of dying in a car crash is much higher than the risk of being in a plane crash. Here we compare the risks of vaccination with other kinds of risk.

Compare the occurrence of a serious side effect of measles, mumps, rubella vaccination with accidental deaths.



Centers for Disease Control and Prevention. Possible Side-effects from Vaccines.
<http://cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm#mmr>.

Centers for Disease Control and Prevention. Accidents or Unintentional Injuries.
<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/acc-inj.htm>.

NEXT

Comparativa de riesgos

UNDERSTANDING RISKS

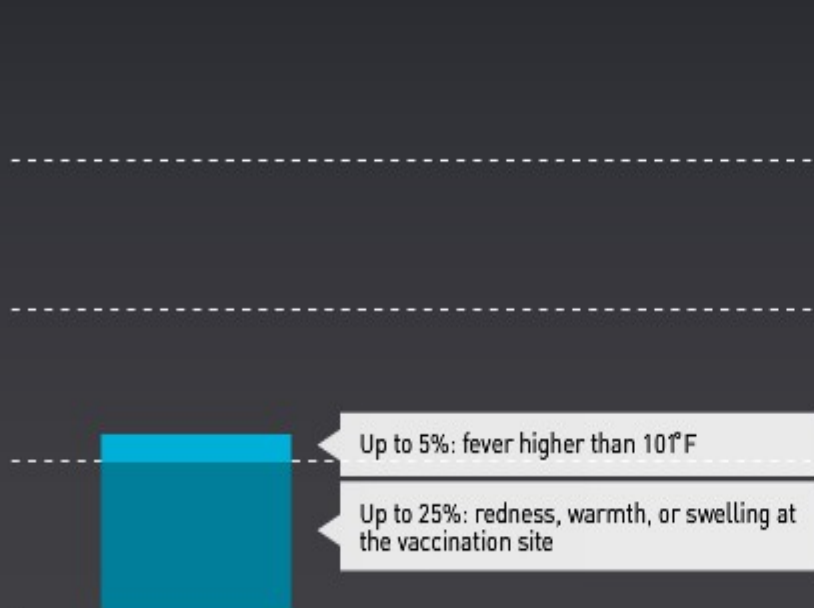
RISK COMPARISON

VACCINE VS. INFECTION

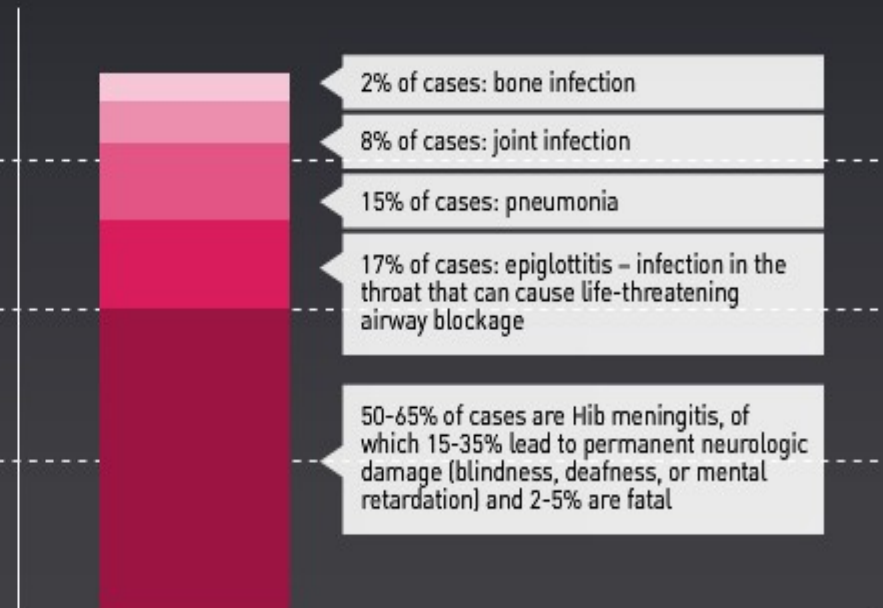
VACCINE VS. PLACEBO

Most vaccines have a range of side effects, from mild to serious. Compare the risks of *Haemophilus influenzae* type b (Hib) vaccination with the risks associated with Hib disease.

VACCINE SIDE EFFECTS



INFECTION RISKS





Comparativa enfermedad vs vacunas

¹Riesgo de efectos adversos graves con las vacunas actuales: 1-10/1.000.000

Enfermedad

AEFI¹

Tétanos

Letalidad: 10%

Fiebre e inflamación local: 10%

Poliomielitis

0.5%-1% de los casos con parálisis

Letalidad: 5%-10% de parálisis

Fiebre e inflamación local: 10%

***Haemophilus influenzae* tipo b**

Letalidad: 5%

Secuelas: 10%-15% de supervivientes

Sordera: 15%-20% de supervivientes

Fiebre e inflamación local: 10%

Sarampión

Complicaciones: 10%

Encefalitis: 1/1.000

Letalidad: 1/1.000

Fiebre: 5%

Trombopenia trans.: 1/30.000

Encefalitis: 1/1.000.000

Rubeola

Encefalitis: 1/6.000

Rubeola congénita: 90% de infecc. en 1º trimestre

Artralgias transitorias: 20%

Teresa Forcades i Vila, metgessa, doctora en salut pública

- de VPH n'hi ha més de 100 tipus que es troben habitualment a la pell i les mucoses i que no només es transmeten per via sexual: el contacte habitual entre pares i fills, per exemple, pot transmetre el virus; no haver tingut relacions sexuals no és cap garantia que no s'estigui infectat amb aquest virus

- hi ha uns 12 tipus d'aquest virus que s'anomenen d'*alt risc* perquè poden ser causa d'un càncer, però fins i tot quan s'agafen aquests tipus, l'habitual és que no es produeixi un càncer; el càncer de coll d'úter es produeix en molt menys de l'1% dels casos d'infecció¹

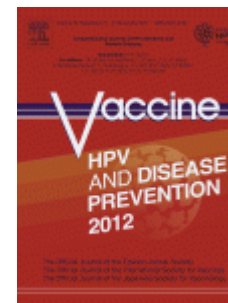
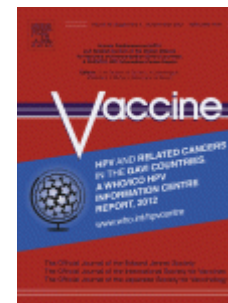
- els tipus del virus que causen càncer amb més freqüència són el VPH-16 i el VPH-18; a Espanya – a diferència del que passa a la majoria de països del món – el percentatge de càncers causats pel VPH-16 i el VPH-18 no és del 70%, sinó només del 56% (el VPH-16 causa el 51% dels casos i el VPH-18 el 5%); a Espanya hi ha com a mínim 8 tipus més de VPH que causen càncer)²

- la citologia vaginal (test de Papanicolaou) feta cada 2-3 anys és capaç de detectar en una fase primerenca el càncer de coll d'úter causat per tots els tipus de VPH i fa que hi hagi temps d'eliminar-lo amb una intervenció de làser abans que doni cap problema; el test de Papanicolaou és sens dubte la millor mesura preventiva pel càncer de coll d'úter³

- la mortalitat de càncer de coll d'úter a Espanya és de 3,2 casos per cada 100.000 dones; 712 dones moren cada any a Espanya a causa d'aquest càncer; la majoria d'aquestes morts es podrien prevenir si aquestes dones es fessin el test de Papanicolaou (en la majoria de països que fan el test, la mortalitat és la meitat que a Espanya)

- en canvi, com que les vacunes que tenim no tenen proteïnes de tots els VPH que fan càncer sinó només dels tipus 16/18, el màxim d'eficaces que poden ser a Espanya és del 56%; a la pràctica, no només no han demostrat la seva eficàcia, sinó que, com veurem tot seguit, han demostrat que poden causar la mort o la invalidesa permanent en nenes sanes⁴

No se puede comparar,
pero...
¿A quien conoce la gente?



http://ac.els-cdn.com/S0264410X12012807/1-s2.0-S0264410X12012807-main.pdf?_tid=55ddf6f2-48ed-11e2-b9c...

Pages in miniature

iii (1 de 6)

69,7%

Eines

Contents lists available at ScienceDirect

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine

Contributors ICO Monograph Series on HPV and Disease Prevention

Peter O. Adefoye, Department of Obstetrics & Gynaecology, Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital, Sagamu, Ogun State, Nigeria.

Isaac F. Adefoye, Gynaecological Oncology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, College of Medicine, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria.

M. Teresa Aguado, Initiative for Vaccine Research, Product Research and Development, Vaccines and Biologicals, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Salah Al Awady, Department of Communicable Disease Surveillance and Control, Ministry of Health, Muscat, Oman.

Ginesa Alberio, Unit of Infections and Cancer (UNIC), Cancer Epidemiology Research Program (CERP), Institut Català d'Oncologia - Catalan Institute of Oncology (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain.

Lala Alemaym, Unit of Infections and Cancer (UNIC), Cancer Epidemiology Research Program (CERP), Institut Català d'Oncologia - Catalan Institute of Oncology (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain.

Betania Allen, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, Mexico.

Maribel Almonite, Non-Communicable Disease Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom. Cancer Research UK Centre for Epidemiology, Mathematics and Statistics, Wolfson Institute of Preventive Medicine, London, United Kingdom.

Nelson Alvis, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Jon Kim Andre, Immunization Unit, Pan American Health Organization, Washington DC, United States of America.

Rose Anorah, Oncology and Pathological Studies Unit, Department of Obstetrics & Gynaecology, College of Medicine, University of Lagos, Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria.

Ahti Anttila, Mass Screening Registry, Finnish Cancer Registry, Helsinki, Finland.

Marce Arbyn, Unit of Cancer Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium and European Cancer Network, IARC, Lyon, France.

Yasanthi Ariyaratne, National Cancer Control Programme, Government Cancer Institute, Maharagama, Sri Lanka.

Ashrafunnessa, Department of Obstetrics & Gynaecology, Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University (BSMMU), Shabbag, Dhaka, Bangladesh.

Olutosin A. Awolude, Gynaecological Oncology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, College of Medicine, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria.

Lawrence Banks, International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology, Trieste, Italy.

Cecily Banura, Department of Child Health and Development Centre, Makerere University College of Health Sciences, Kampala, Uganda.

Yan-Ping Rao, Department of Cancer Epidemiology, Cancer Institute, Chinese Academy of Medical Sciences, Peking Union Medical College, Beijing, P.R. China.

Micha Barchana, School of Public Health, Haifa University, Haifa, Israel.

Ruane Barnabas, Cancer Epidemiology Unit, University of Oxford, Oxford, United Kingdom. HIV Vacines Trials Network (HVTN) Core Operations, Fred Hutchinson Research Center, Seattle, WA, United States of America.

Rosario M. Bartolini, Instituto de Investigación Nutricional, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Peru.

Partha Basu, Department of Gynaecological Oncology, Chittaranjan National Cancer Institute, Kolkata, India.

Amie Batson, Department of Health, Nutrition and Population, The World Bank, Washington DC, United States of America.

Jerome L. Bellison, Preventive Oncology International, Inc. and Professor of Surgery, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine, Section of Gynecologic Oncology, Cleveland, OH, United States of America.

Christine Bergeron, Laboratoire Pasteur Cerba, Cergy-Pointoise, France.

Johannes Berkhof, Department of Epidemiology and Biostatistics, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands.

Amy Berrington de González, Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, United States of America.

Neeraja Bhatia, Department of Obstetrics & Gynaecology, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India.

Johannes A. Bogaards, Department of Epidemiology and Biostatistics, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands.

Jacob Bornstein, Department of Obstetrics and Gynaecology, Western Galilee Hospital, Nahariya and Bar-Ilan University Faculty of Medicine, Israel.

F. Xavier Bosch, Cancer Epidemiology Research Program (CERP), Institut Català d'Oncologia - Catalan Institute of Oncology (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

Mhammad Brailat, Expanded Program on Immunization, Ministry of Health, Beirut, Morocco.

Ignacio C. Bravo, Laboratory of Infections and Cancer, Unit of Infections and Cancer (UNIC), Cancer Epidemiology Research Program (CERP), Institut Català d'Oncologia - Catalan Institute of Oncology (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

Fredrick Bray, Section of Cancer Information, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France.

Marci Brisson, Department of Social and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Laval University, Quebec, Canada.

Thomas R. Broker, Department of Biochemistry and Molecular Genetics, University of Alabama, Birmingham, AL, United States of America.

Steve Brooke, PATH, Seattle, WA, United States of America.

Julia M.L. Brotherton, Victorian Cytology Service Registries, Melbourne, Victoria, Australia.

0264-410X/\$ - see front matter
http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.08.002

Recibidos - lup123@gmail.com x Google Calendar x ii NO a la vacunación masiva x Porqué / porque / por qué / x Luis x

saludnutricionbienestar.com/peticion-virus-papiloma/ok.php?xc1=XSP1R507

Aplicaciones Batterie Multi SPORT-... Batterie 4.8V 1.7Ah p... gen cat Vacunacions. Canal Sa... Pinkbook | Home | Epi... How to Add a 2nd HD... Bookmarks gen cat Idescat. BEMC. Catalu... Otros marcadores



Mensaje urgente del Dr. Carlos Álvarez-Dardet

Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Alicante

¡¡ NO a la vacunación masiva de niñas contra el virus del papiloma humano !!

 **Firmar la petición**

Estimado Lector, estimada Lectora,

Soy el Dr. Carlos Álvarez-Dardet, Catedrático de Salud Pública.

Me dirijo a usted porque acabo de tener conocimiento de que una vez más una niña, Érika, ha sufrido reacciones adversas y se encuentra incapacitada, en silla de ruedas, tras serle administrada una dosis de la vacuna del virus del papiloma humano (VPH).

Se trata de un nuevo caso de una niña perfectamente sana que enferma tras ser vacunada. Un nuevo caso que me obliga a alzar la voz contra este atropello a la salud pública que se está cometiendo impunemente y a rogarle que me ayude con su firma a frenar este sinsentido.

La vacuna del virus papiloma humano se introdujo en los calendarios infantiles de vacunación de nuestro país en 2007 fruto, en mi opinión, de la presión ejercida por los laboratorios farmacéuticos y la dejación de responsabilidades por parte de las autoridades sanitarias y las sociedades científicas.

Cervarix y Gardasil son los nombres de las vacunas que se están poniendo masivamente a las niñas y cuyos fabricantes (los laboratorios farmacéuticos GlaxoSmithKline y Sanofi Pasteur Merck Sharp & Dohme) se están lucrando tras haber logrado introducirlas en nuestro país. El último de ellos es una joint venture entre Sanofi Pasteur y Merck Sharp & Dohme, el mismo fabricante del conocido antiinflamatorio Vioxx, que finalmente fue retirado tras cinco años en el mercado porque triplicaba el riesgo de infarto.

Pero debe saber que esta vacuna no es necesaria, ni efectiva, y ni siquiera es segura. Es inútil y peligrosa.

Se informó a la población que protegía contra el cáncer de cuello de útero (también llamado de cérvix) y sencillamente es falso. Le voy a decir por qué:

Inicio Citrix Access Platform - ... Safata d'entrada - Micro... TosFerinaEmbarazadas - ... Microsoft PowerPoint - [...] ii NO a la vacunación ... 11:02

<http://saludnutricionbienestar.com/peticion-virus-papiloma/ok.php?xc1=XSP1R507>

No percepción de la gravedad de inmunoprevenibles

¿Qué ocurriría si dejáramos de vacunar de sarampión en España?

- 400.000 casos de sarampión
- 300 muertes
- 150 encefalitis
- 13.000 neumonías

ANUALMENTE

.....y lamentablemente experimentaremos de primera mano lo que era la vida a comienzos del siglo XX

Beneficio (enfermedad evitada)

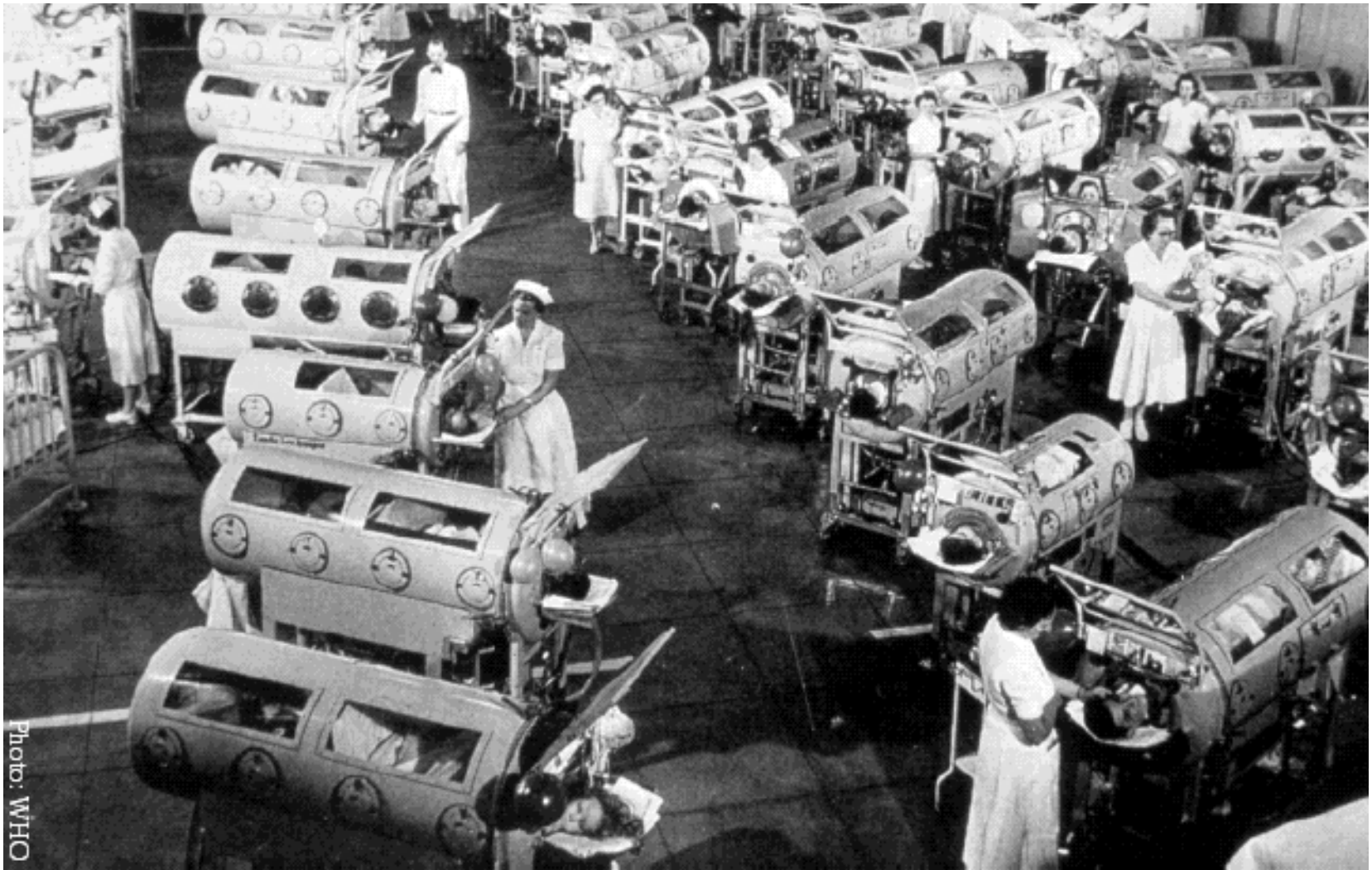


Photo: WHO

Investigació en vacunes

- Necessitem vacunar ➤ Cobertures
- Fer-ho be ➤ Formació
- Saber que fem ➤ Avaluació

Perquè no es vacuna?

Errors de vacunació?

Efectivitat, impacte?

La vacunación de los profesionales sanitarios



Fes-ho pel risc que tens de contraure i transmetre la grip.

Per tu, per la teva família, pels teus amics i companys

i... per tots els qui estan a les teves mans



Generalitat de Catalunya

Agència de Salut Pública de Catalunya

<http://canalsalut.gencat.cat>