

¡Soy médico, tengo 74 años y no voy a vacunarme contra la gripe este año!

Publicado el 15/10/2020



Autor: **Gérard Delépine para FranceSoir**

Tribuna: El conflicto entre los partidarios de las vacunas obligatorias y los defensores de las libertades individuales a menudo se asemeja a una guerra de religión en la que cada cual recita su credo sin proporcionar evidencia de lo que está diciendo. Para salir de este enfrentamiento estéril, luchar contra las "fake news" y la desinformación de ciertos responsables, y posibilitar la disociación entre fe y conocimiento, es necesario recordar los hechos científicos reconocidos, citando sus fuentes para que cada uno pueda verificar su exactitud.

Es lo que intentamos hacer en todas nuestras publicaciones, libros y artículos, y lo que nos gustaría encontrar en los apóstoles de la vacunación, "que no se podía discutir", ¡como dogma en la época de la Inquisición!

Este artículo resume la base científica de los principales datos sobre la gripe y las vacunas antigripales, con el fin de determinar si la propaganda desenfrenada por la vacunación de los mayores y la vacunación obligatoria del personal de salud contra la gripe, propuesta periódicamente, está motivada por la estado actual de la ciencia.

Cabe destacar la calidad, exhaustividad y objetividad de los análisis realizados sobre el tema en 2010 [1] y 2014 [2] por el Instituto Cochrane, en 2016 por el Instituto Nacional de Salud de Quebec[3]. Hemos tomado prestado mucho de ellos.

La vacuna contra la gripe: una vacuna experimental cada año.

Más de 200 virus provocan síntomas gripales. Su transmisión se hace por vía aérea [4] [5], por las gotas de saliva y de estornudos que propagan las personas afectadas a su alrededor.

El virus gripal cambia cada año, y dado que la eficacia de la vacuna requiere un acuerdo entre las cepas de la vacuna y las que circulan entre la población, la composición de la vacuna se cambia cada año, de acuerdo con las recomendaciones del comité de selección de cepas de la gripe de la Organización Mundial de la Salud. Casi siempre incluye una cepa contra A / H1N1, una contra A /

H3N2 y una o dos cepas contra la influenza B.

Cada año, por tanto, se trata esencialmente de una nueva vacuna, cuya eficacia y tolerancia no se puede inferir de las experiencias de años anteriores. Las campañas de vacunación antigripal de la población son, por tanto, más **ensayos de fase III** de una vacuna que "tiene buenas posibilidades de ser eficaz" que la utilización de un fármaco cuya eficacia, efectos secundarios y eventuales contraindicaciones se conozcan.

Eficacia clínica de las vacunas contra la gripe: muy desigual, nunca muy alta.

Por estas razones, nunca se sabe con certeza la efectividad de una vacuna contra la gripe que va a venir. Para emitir la autorización de comercialización (TAC), las agencias sanitarias se basan en la "eficacia serológica" estimada según el nivel de anticuerpos titulados en ensayos clínicos limitados [6].

No existen estudios aleatorizados de alta calidad que utilicen muestras representativas de poblaciones objeto y se juzguen según criterios clínicos. Por lo tanto, solo podemos evaluar la utilidad real de la vacuna a posteriori, después del final de la epidemia anual en comparación con años anteriores y sin posible comparación con un grupo de control no vacunado.

Así, **las estimaciones de la eficacia de las vacunas resultan las más de las veces cálculos matemáticos**, cuyos resultados varían considerablemente en función de las hipótesis elegidas y, por este motivo, distan mucho de ser fiables a pesar de su metodología científica. La eficacia de la vacuna en la prevención de la gripe que conduce a consultas externas, y cuyo diagnóstico ha sido confirmado por pruebas diagnósticas de amplificación de ácido nucleico, generalmente se encuentra entre el 40% y el 60% [7] y, en ocasiones, muy superior como en el invierno 2014-2015 cuando no alcanzó el 10% [[8] [9] o en 2017-2018 cuando no superó el 23% en personas mayores de 65 años [10].

Esta protección depende del terreno (edad e historial médico), la concordancia entre el virus del año y las cepas contenidas en la vacuna (eficacia media 61% frente a gripe A / H1N1, 54% frente a gripe B, pero sólo el 33% contra la gripe A / H3N2 [11]). Esta protección muy débil contra la gripe A / H3N2 es tanto más dañina para los pacientes ya que esta cepa es responsable de más de las tres cuartas partes de las hospitalizaciones[12] y muertes [13] debidas a la gripe.

El meta-análisis Cochrane de 2014 confirma la incierta eficacia de la vacuna

Ha incluido todos los estudios de eficacia de la vacuna publicados hasta 2013. Esta actualización tiene en cuenta 90 informes de 116 estudios (de los cuales poco menos del 10% tenían una buena calidad metodológica) que comparan el efecto de la vacuna antigripal con un placebo o ninguna intervención. Sesenta y nueve informes eran ensayos clínicos (70.000 personas), 27 eran estudios de cohortes (aproximadamente 8 millones de personas) y 20 eran comparaciones de casos-testimonios (casi 25.000 sujetos).

Este macroanálisis muestra que **el efecto preventivo de la vacuna antigripal parenteral inactivada en adultos sanos es muy débil: al menos 71 personas necesitarían vacunarse para prevenir un caso de gripe**. Además, y contrariamente a lo que se argumenta con frecuencia, la vacunación no muestra **ningún efecto apreciable sobre los síntomas de la enfermedad** [14] y un efecto muy modesto en la reducción del absentismo laboral o de la duración de las estancias hospitalarias.

La eficacia de las vacunas vivas en aerosol en adultos sanos es similar a la de las vacunas

inactivadas: será necesario vacunar a 46 personas para evitar un solo caso de síndrome gripal.

La protección que brinda la administración de la vacuna antigripal inactivada a mujeres embarazadas también es incierta o muy limitada; de manera similar, en los niños, la vacuna no previene la otitis en absoluto y no permite prescindir de los antibióticos [15]. El efecto sobre los recién nacidos no es estadísticamente significativo. En los niños tratados de cáncer, es posible una elevación de los anticuerpos después de la vacunación, *pero el metaanálisis Cochrane no encuentra ninguna prueba de eficacia clínica* [16]. Lo mismo ocurre con los niños tratados de leucemia [17][18]. En los diabéticos, tampoco hay estudios de calidad que demuestren que la vacunación les aporta algún beneficio certero [19].

« La eficacia de la vacuna contra la gripe no está sencillamente a la altura. »

Esta eficacia insuficiente de la vacuna es incluso reconocida por algunos defensores de la vacunación obligatoria que constatan: **"la eficacia de la vacuna varía de un año a otro, según las cepas y según las edades, pero permanece moderada en general"** [20][21]. Hallazgo confirmado por un amplio estudio europeo que especifica: **"los resultados muestran una eficacia moderada de la vacuna contra el virus A (H3N2) en la población general, y baja para las poblaciones en riesgo, estimada en un 23% en personas de 65 años o más"** [22]. Un análisis realizado por el instituto francés de vigilancia sanitaria estima que durante la temporada 2016-2017 **"la eficacia de la vacuna fue solo del 26%"** [23][24] **y un estudio realizado en un entorno hospitalario no lo hizo. eficacia demostrada de la vacuna ". Ni más recientemente en Italia 2018-2019** .[25]

El epidemiólogo canadiense Gaston De Serres señala [26] : **"Actualmente, en Canadá se gastan cientos de millones de dólares en la vacunación contra la gripe con unos resultados que son, diría yo, bastante moderados. Estamos muy lejos de tener una vacuna que cumpla con nuestras expectativas ... La eficacia de la vacuna contra la gripe no está sencillamente a la altura. "**

Además, **la repetición anual de las vacunaciones antigripales parece reducir su efectividad**. Un estudio sobre ocho temporadas de gripe mostró que cuantas más dosis de la vacuna recibían las personas, menor era la efectividad de la vacuna [27]. En Canadá, en 2015-16, las personas vacunadas en 2014-15 y las dos temporadas anteriores tenían un riesgo significativamente mayor de contraer la gripe que aquellas que no estaban vacunadas. Un estudio realizado en 2014-15 en Italia [28] confirmó la negativa eficacia de la vacuna contra la gripe A (H3N2). En EE. UU., *un estudio de 2013* también demostró una *reducción de la eficacia de la vacuna en personas vacunadas repetidamente*.

No hay diferencia en la mortalidad entre ancianos vacunados y no vacunados

El informe IGAS [29] sobre la epidemia de gripe en el EHPAD de Lyon [30] es un modelo de implicación, aunque explícito si uno se toma el tiempo de estudiar sus cifras. Su conclusión se limita a decir que **"la vacuna no siempre ha asegurado la protección contra la gripe"**, cuando las cifras publicadas muestran que los residentes vacunados tenían casi un 50% más de riesgo de morir de gripe que los residentes no vacunados (!) En este establecimiento vivían 110 ancianos de los cuales el 38% (41) habían sido vacunados según el ministro y el IGAS; 72 residentes padecieron la gripe y 13 murieron; por tanto, la mortalidad de los vacunados alcanzó el 15% (6 muertes de 41) frente al 10% (7 muertes de 68) de los no vacunados. Sin embargo, este ejemplo se había instrumentalizado para una intensa propaganda a favor de la vacuna antigripal, atribuyendo la mortalidad observada desde el principio a la baja tasa de cobertura de vacunación del establecimiento.

¿Previene la vacuna las muertes debidas a la gripe como pretenden numerosos expertos demasiado cercanos a la industria o al ministerio?

Las estadísticas oficiales de la agencia de salud pública "Santé France" confirman que la vacuna no

protege contra formas graves o mortales de gripe. Así, en el Boletín Semanal del 17/01/2018 se especifica que “*desde el 1 de noviembre de 2017 se han reportado 1.137 casos graves de gripe. El 58% de los casos para los que se indicó el estado de vacunación no estaban vacunados*” que es prácticamente la misma cifra que la de la población general [31]. Sin embargo, si la vacuna hubiera tenido la menor efectividad, los no vacunados deberían haber sufrido proporcionalmente más formas graves.

En los Estados Unidos, desde 1980, la mortalidad relacionada con la gripe no ha disminuido significativamente, mientras que la cobertura de vacunación entre los ancianos ha aumentado considerablemente del 15% al 65%.

La vacunación se puede discutir en cada caso. La política autoritaria y opaca no puede restaurar la confianza

Esta habitual discrepancia entre los hechos probados y su presentación por parte de las autoridades constituye la razón principal de la desconfianza de la población hacia la palabra del Estado y sus peritos en materia -en particular- de las vacunas. Para restablecer la confianza, es fundamental que los expertos que hablan en público o que orientan la política sanitaria sean completamente transparentes sobre sus vínculos con la industria y que el ministerio adopte una presentación de los hechos más equilibrada, más objetiva, más científica, reconociendo finalmente que la vacunación, como la autoridad o la religión "es discutible".

Como lo recuerdan el Consejo Superior de Salud Pública de Francia, el Comité de Inmunización de Quebec y el Instituto Cochrane, “*se deben realizar estudios aleatorizados contra placebo con financiación pública durante varias temporadas de gripe para eliminar estas grandes dudas sobre la utilidad real de la vacuna*”.

¿Está justificada la obligación de vacunarse del personal sanitario?

La gripe representa un riesgo laboral para los cuidadores, pero las posibilidades de contaminación extralaboral son numerosas durante una epidemia (transporte público, familia, etc.), lo que dificulta la estimación del riesgo. El único estudio directo [32] que compara a los cuidadores con los no sanitarios para evaluar su riesgo profesional ha mostrado un riesgo excesivo no significativo de gripe para los cuidadores, más vinculado a la presencia de niños en su familia que a su exposición profesional.

La proporción de gripe nosocomial (contraída durante la atención médica) se estimó en un 4,3% en adultos y un 9,3% en niños menores de 15 años.

En varias de estas epidemias nosocomiales, se mencionó a los sanitarios como una fuente probable de contagio de los pacientes o de sus colegas, pero con mayor frecuencia en el único análisis epidemiológico de la epidemia (nivel de evidencia c, bajo).

Se sigue recomendando la vacunación a los cuidadores, pero las dudas sobre la utilidad real de tal medida hacen que una minoría del personal la acepte. Además, **una vacunación obligatoria para los trabajadores de la salud implicaría que reciban la vacuna durante los 30 a 40 años de su actividad profesional y ningún estudio garantiza la seguridad de las vacunaciones repetidas por un período tan largo, ni su efectividad, que parece disminuir con las reinyecciones** [33].

La vacunación de los profesionales de la salud disminuye el número de infecciones de gripe documentadas, enfermedades similares a la gripe y reduce el ausentismo laboral, pero nuevamente en proporciones mínimas y a menudo insignificantes [34] [35] [36].

Algunos proponen que la vacunación sea obligatoria, pero sus resultados clínicos aún tendrían que justificarlo. El último metanálisis del Instituto Cochrane que intentó responder esta pregunta solo pudo encontrar 4 ensayos clínicos aleatorios que abordan el problema y ninguno de ellos verificó sistemáticamente el diagnóstico de gripe mediante análisis de laboratorio. Esta revisión, realizada en 2016, no pudo encontrar evidencia de la utilidad de la vacunación de los trabajadores de la salud para prevenir la transmisión de influenza a residentes de 60 años o más.

Sus conclusiones no tienen ambages: ***“Los resultados de nuestra revisión no identificaron evidencias concluyentes de un beneficio de los programas de vacunación de los trabajadores de la salud sobre los resultados específicos de la gripe confirmada por laboratorio, para prevenir la gripe y sus complicaciones (infección del tracto respiratorio inferior, hospitalización o muerte por una enfermedad del tracto respiratorio inferior) o mortalidad por cualquier causa en personas mayores de 60 años que viven en centros asistenciales.***

Esta revisión no proporciona pruebas razonables para respaldar la vacunación de los profesionales sanitarios para prevenir la gripe en personas de 60 años [37] o más que residen en centros de atención a largo plazo. Se necesitan ECA (ensayos clínicos aleatorios) de buena calidad para evitar los riesgos de sesgo metodológico identificados en esta revisión y para probar estas intervenciones en combinación. ”

De manera similar, el Comité de Inmunización de Quebec (CIQ) considera ***“que no existe una cuantificación de la carga de gripe en los pacientes, debido a los trabajadores de salud no vacunados, y que se carece de evidencia sobre la eficacia de la vacunación de los trabajadores sanitarios para reducir esta carga proporcionando protección indirecta a los pacientes. La presunción de que la vacunación de los trabajadores de la salud reduciría una carga sustancial en los pacientes es insuficiente para justificar un requisito de vacunación obligatoria.***

Ante la falta de pruebas científicas de calidad, el CIQ no recomienda la implementación de una política de vacunación obligatoria de los trabajadores de la salud.

El balance de riesgo-beneficio debe estudiarse en cada candidato a la vacuna en particular.

Las vacunas inactivadas son frecuentemente responsables de daños locales menores (eritema local, sensibilidad y dolor), pero se han observado efectos secundarios más graves en algunos años. Podemos citar el síndrome óculo-respiratorio en 2000 en Canadá [38], convulsiones febriles en niños pequeños en Australia en 2010 [39], casos de narcolepsia-catalepsia [40] que ocurrieron después de la vacunación contra la gripe A-H1N1 en Finlandia, en Dinamarca y también en Francia, los casos de convulsiones febriles [41] en los EE. UU (en asociación con la vacuna antineumocócica y la DTP) y el riesgo de síndrome de Guillain-Barré [42] se estimaron en 2 a 5 casos adicionales por millón vacunas [43].

Numerosos estudios, en su mayoría realizados a petición de fabricantes o partidarios de la vacunación, no encuentran ningún vínculo causal entre las complicaciones reportadas y la vacuna, pero su análisis muestra que no tenían el poder estadístico necesario para poner en evidencia estas raras complicaciones [44].

Varios adolescentes han sido indemnizados, y varios estudios europeos han demostrado un mayor riesgo de narcolepsia en niños y adultos jóvenes que han recibido la vacuna antigripal Pandemrix® (GlaxoSmithKline). En septiembre de 2013, la ANSM (Agencia Nacional para la Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios) notificó 61 casos de narcolepsia (56 en personas vacunadas con Pandemrix, tres vacunadas con Panenza (Sanofi) y 2 por vacunas no identificadas). Por no hablar de las 13 muertes inexplicables de personas mayores que acababan de ser vacunadas durante

la campaña contra la gripe de 2014 en Italia.

La vacunación antigripal parece aumentar la mortalidad de Covid19

Pero la información actual más preocupante se relaciona con un estudio de 39 países que indica que **la mortalidad por Covid-19 en los ancianos y la tasa de vacunación contra la gripe están estadísticamente asociadas** [45], lo que sugiere la posibilidad de una interferencia viral. Esta es solo una correlación estadística y no una evidencia de causalidad; pero dada la baja eficacia de la vacuna, las raras pero posibles complicaciones probadas, siempre que no se haya descartado definitivamente el vínculo causal, el balance beneficios / riesgos de la vacunación contra la gripe en periodo de Covid es francamente negativo. Hay más que perder que ganar al vacunarse contra la gripe este año.

Tengo 74 años, soy médico, la Seguridad Social me ofrece la vacuna, pero yo no voy a vacunarme contra la gripe este año.

[1] Vaccines for preventing influenza in healthy adults (Review) Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

[2] Jefferson T, Di Pietrantonj C, Al-Ansary LA, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev. 2010 ;

[3] Comité sur l'immunisation du Québec 2016 : Évaluation d'une politique obligatoire de vaccination contre l'influenza ou de port d'un masque pour les travailleurs de la santé

[4] Weber, T. P., Stilianakis, N. I. Inactivation of influenza A viruses in the environment and modes of transmission : a critical review. J Infect. 2008 ;57(5) :361-73.

[5] Brankston, G et al, M. Transmission of influenza A in human beings. Lancet Infect Dis. 2007 ; 7(4) :257-65.,

[6] Morer I, Cano F. Actualisation annuelle des vaccins grippaux : production, contrôle, AMM. XIIIème Journée Nationale des GROG – Paris, le 13 novembre 2008.

[7] Osterholm, M. T., Kelley, N. S., Sommer, A., Belongia, E. A. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2012 ;12(1) : 36-44

[8] British Columbia Center for Disease Control. Canadian Sentinel Practitioner Surveillance Network (SPSN) vaccine effectiveness (VE) estimates against laboratory-confirmed medically-attended influenza, 2004-05 to 2015-16 seasons

[9] Skowronski, D. M., Chambers, C., Sabaiduc, S., De Serres, G., Winter, A. L., Dickinson, J. A., et al. A perfect storm : Impact of genomic variation and serial vaccination on low influenza vaccine effectiveness during the 2014-15 season. Clin Infect Dis. 2016 ;63(1) :21-32

[10] https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/grippe/vaccin-contre-la-grippe-une-efficacite-limitee_2069987.html

[11] Belongia, E. A., et al. Variable influenza vaccine effectiveness by subtype : a systematic review and meta-analysis of test-negative design studies. Lancet Infect Dis. 2016 ;16(8) :942-51.

[12] Thompson, W. et al. Influenza-associated hospitalizations in the United States. JAMA. 2004 ; 292(11) :1333-40.

[13] Thompson, W. et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. JAMA. 2003 ;289(2) :179-86

[14] Monnier A et coll. : Does seasonal vaccination affect the clinical presentation of influenza among the elderly? A cross-sectional analysis in the outpatient setting in France, 2003-2014. *Vaccine*. 2017 ; 35 : 2076-2083.

[15] Daksha Trivedi Cochrane review summary : influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children *Primary Health Care Research & Development* 2016 ; 17 : 105–10

[16] Oossen GM, Kremer LCM, van de Wetering MD. Influenza vaccination in children being treated with chemotherapy for cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No. : CD006484. DOI : 10.1002/14651858.CD006484.pub3

[17] Elisabeth Adderson Flu vaccine failed to protect young leukemia patients during cancer treatment *Journal of Pediatrics* October 16, 2017

[18] April Sykes The Effectiveness of Trivalent Inactivated Influenza Vaccine in Children with Acute Leukemia *Journal of Pediatrics* December 2017 Volume 191, Pages 218–224.

[19] Cornelius Renschmidt*, Ole Wichmann and Thomas Harder Vaccines for the prevention of seasonal influenza in patients with diabetes : systematic review and meta-analysis *BMC Medicine* (2015) 13 :53

[20] Vaccination contre la grippe saisonnière Questions / Réponses - Professionnels de santé Document élaboré le 25 novembre 2015

[21] Kissing E et al 2015/16 I-MOVE/I-MOVE+ multicentre case control study in Europe *Influenza* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6005601/pdf/IRV-12-423.pdf>

[22] Moderate vaccine effectiveness estimates against influenza A(H1N1) pdm09 and low estimates against lineage mismatched influenza B among children. *Influenza Other Respir Viruses*. 2017 Nov 10

[23] Santé publique France Grippe Bulletin hebdomadaire semaine 9 (08/03/2017)

[24] Assurance maladie. Maladie : Grippe saisonnière 3 oct. 2017 à 20h59 Référence principale : www.ameli.fr

[25] Stefania Bellino moderate influenza vaccine effectiveness against A(H1N1) pdm09 virus, and low effectiveness against A(H3N2) subtype, 2018/19 season in Italy *Expert Review of Vaccines* 18, 2019 11

[26] Le journal de Montréal AGENCE QMI Mardi, 24 octobre 2017 20 :17

[27] McLean, H. Q., Thompson, M. G., Sundaram, M. E., Meece, J. K., McClure, D. L., Friedrich, T. C., et al.

Impact of repeated vaccination on vaccine effectiveness against influenza A(H3N2) and B during 8 seasons. *Clin Infect Dis*. 2014 ;59(10) :1375-85.

[28] Skowronski, D. M. et al. A perfect storm : Impact of genomic variation and serial vaccination on low influenza vaccine effectiveness during the 2014-15 season. *Clin Infect Dis*. 2016 ;63(1) :21-32.

[29] L'épidémie de grippe à l'EHPAD Korian Berthelot de Lyon IGAS, RAPPORT DEFINITIF N°2017-011R - Janvier 2017

[30] La grippe tue 13 résidents d'une maison de retraite à Lyon *Le Figaro.fr* 7 1 2017 avec AFP

[31] 54% d'après le bulletin final de santé publique France sur la saison grippale de mars 2017

[32] Williams CJ, et al. Seasonal influenza risk in hospital healthcare workers is more strongly associated with household than occupational exposures : results from a prospective cohort study in Berlin, Germany, 2006/07. *BMC Infect Dis*. 2010 Jan ; 10 : 8

- [33] Ohmit, S. E, et al. Influenza vaccine effectiveness in the 2011-2012 season : protection against each circulating virus and the effect of prior vaccination on estimates. Clin Infect Dis. 2014 ;58(3) : 319-27
- [34]] Wilde JA, et al. Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals : a randomized trial. JAMA 1999 ; 281(10) : 908-13.
- [35] Kuster SP, et al. Incidence of influenza in healthy adults and healthcare workers : a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2011 ; 6
- [36] Salgado CD et al. Influenza in the acute hospital setting. Lancet Infect Dis. 2002 ; 2(3) : 145-55.
- [37] Simonsen, L. et al. Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people : an ongoing controversy. Lancet Infect Dis. 2007 ;7(10) :658-66.]
- [38] Skowronski, D. M., Strauss, B., De Serres, G., MacDonald, D., Marion, S. A., Naus, M., et al. Oculo-respiratory syndrome : a new influenza vaccine associated adverse event ? Clin Infect Dis. 2003 ;36(6) :705-713
- [39] Armstrong, P. K., Dowse, G. K., Effler, P. V., Carcione, D., Blyth, C. C., Richmond, P. C., et al. Epidemiological study of severe febrile reactions in young children in Western Australia caused by a 2010 trivalent inactivated influenza vaccine. BMJ Open.2011 ;1(1) : e000016.
- [40] La narcolepsia es un trastorno del sueño que se caracteriza por una somnolencia excesiva durante el día y problemas para concentrarse. En algunos casos se asocia con cataplejía, una relajación muscular que obliga al paciente a acostarse. V Richeux Narcolepsie post-vaccin H1N1 : facteurs multiples mais causalité indéniable Medscape 12 mai 2017
- [41] Duffy J, Weintraub E, Hambidge SJ, et al. Febrile Seizure Risk After Vaccination in Children 6 to 23 Months. Pediatrics. 2016 ;138(1) : e20160320
- [42] El síndrome de Guillain-Barré, una enfermedad autoinmune poco común pero potencialmente grave e incapacitante, combina hormigueo, debilidad muscular y parálisis que puede durar varios meses.
- [43] Francesca Galeotti Risk of Guillain-Barré syndrome after 2010–2011 influenza vaccination Eur J Epidemiol (2013) 28 :433–444
- [44] Según <http://www.europe1.fr/sante/narcolepsie-et-vaccin-h1n1-des-indemnisations...> :se volvieron narcolépticos después de ser vacunados contra la gripe A (H1N1) durante la pandemia de gripe de 2009-2010. Para reparar este daño, tres adolescentes serán indemnizados hasta 600.000 a 650.000 euros por la Oficina Nacional de Indemnización por Accidentes Médicos (Oniam), habiéndose librado el fabricante de la reparación del daño por acuerdo con el ministerio de la Sra. Bachelot en el momento, como hoy por las once vacunas obligatorias, los laboratorios serán, en caso de incidentes y/o accidentes, culpables, pero no responsables y nuestros impuestos pagarán los daños!!
- [45] Christian Wehenkel Positive association between COVID-19 deaths and influenza vaccination rates in elderly people worldwide Peer J 2020 <https://peerj.com/articles/10112/>