

Virus respiratorios y vacunas. Covid, gripe, sincitial y otros. 10 preguntas con respuestas para una decisión informada

Juan Gervas, médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España. Exprofesor de salud pública, universidad Johns Hopkins, Estados Unidos y Universidad Autónoma de Madrid y Escuela Nacional de Sanidad, España

jigervas@gmail.com www.equipocesca.org @JuanGrvas

Mercedes Pérez-Fernández, especialista en Medicina Interna, médica general jubilada, Equipo CESCA, Madrid, España.

mpf1945@gmail.com

NOTA

Este texto es el resumen de la videoconferencia con el mismo título realizada el 8 de octubre de 2025. Dentro del ciclo de “Inteligencia Sanitaria”, como actividad de “Salud, ciencia crítica y ética”.

Puede acceder a dicha videoconferencia (45 minutos), y al debate posterior (45 minutos) en <https://saludcienciacriticayetica.com/dw-is/doku.php?id=videos#virusvacunas-MP-JG-081025>

Este texto, publicado el 11 de octubre, fue censurado por Blogger (de Google) y eliminado el 11 de noviembre de su ubicación original en <https://ahoramnunca.blogspot.com/2025/10/virus-respiratorios-y-vacunas-covid.html>

Contenido

- 1.- ¿Puedes resumir el contenido de la charla como si esto fuera Tik-Tok, en un minuto y de forma que se entienda?
- 2.- Llega el invierno y llegan las infecciones respiratorias habituales. ¿Cuáles? ¿Por qué en invierno?
- 3.- Llegan la Ministra y los Consejeros de Sanidad y explican que la gripe estacional, y las infecciones respiratorias invernales “revientan” las urgencias. ¿Es cierto?
- 4.- Llega el otoño y todo son “campañas” para las vacunas de covid, gripe, virus sincitial respiratorio, y más. ¿Por qué?
- 5.- Hay vacunas y vacunas, como hay antibióticos y antibióticos. ¿Qué es la gestión integrada de infecciones e infecciones humanas?

- 6.- Dicen: “Vacúnate de gripe/covid/sincitial por ti y por los demás”. ¿Es cierto que me protege y protege a los demás?
- 7.- Perdón por el término, pero ¿qué es “externalidad” positiva de una vacuna y “externalidad” negativa de una vacuna?
- 8.- Entonces, ¿me vacuno contra la gripe? ¿y contra la covid?
- 9.- Entonces, ¿me vacuno contra el virus sincitial?
- 10.- Entonces, ¿qué hacer frente a las infecciones respiratorias invernales habituales?

1.- ¿Se puede resumir el contenido como si esto fuera Tik-Tok, en un minuto y de forma que se entienda?

Sí.

Llega el invierno e inevitablemente llegan las infecciones respiratorias altas, y antes ha llegado el otoño y ha empezado la “campana de vacunaciones”, que se basa

a/ en crear miedo a las infecciones (todos los actos, recomendaciones y publicaciones suelen empezar comentando las muertes que producen por más que las vacunas no tengan impacto en la mortalidad), y

b/ en generar sentimientos de culpa (“por mí y por los demás”) para lograr la aceptación masiva de vacunas.

Vacunas contra los virus invernales 1/ caras, 2/ de corta duración, 3/ que no evitan ni el contagio ni contagiar, 4/ ineficaces para prevenir daños y 5/ con efectos adversos, algunos graves, que no se suelen advertir.

Cuando pasa el invierno se acaban los virus invernales, habiendo sido inútiles las vacunas (sólo benefician a las industrias farmacéuticas y a sus empleados, incluyendo políticos y profesionales sanitarios en nómina).

2.- Llega el invierno y llegan las infecciones respiratorias habituales. ¿Cuáles? ¿Por qué en invierno?

Las infecciones respiratorias invernales las causan más de 200 virus distintos (y multitud de bacterias). Entre los virus: gripe, coronavirus (incluyendo ahora el de la covid19, el Sars-CoV-2), sincitial respiratorio, rinovirus, adenovirus, parainfluenza, metapneumovirus, etc. Todos estos virus producen infecciones generalmente asintomáticas y leves cuando dan síntomas. Por ejemplo, el 75% de las gripes son asintomáticas, y las gripes con síntomas se suelen manejar con autocuidados, sin consulta al médico^{1,2}.

1 The fraction of influenza virus infections that are asymptomatic: a systematic review and meta-analysis <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4586318/>

2 Comparative community burden and severity of seasonal and pandemic influenza: results of the Flu Watch cohort study [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(14\)70034-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(14)70034-7/fulltext)

Cuando dan síntomas los cuadros son muy similares con independencia del virus causante. De hecho casi indistinguibles del típico “trancazo” gripal: fiebre, malestar general, dolor de huesos, músculos y articulaciones, abatimiento, etc.

Así, por ejemplo, son propiamente gripe sólo el 20% de los cuadros de trancazo.

No tiene mucho sentido la búsqueda del diagnóstico etiológico pues la afectación, evolución y complicaciones suelen ser similares en lo clínico y virológico.

No sabemos porqué en invierno tenemos “olas” estacionales, por más que sean virus que “circulan” todo el año. Hay teorías múltiples desde la convivencia más estrecha en lugares cerrados a la mala ventilación de los mismos, los cambios de temperatura de interior a exterior, la menor cantidad de vitamina D por mejor exposición solar (¡hipótesis rebatida en España pues tenemos sol a raudales y, además, sufrimos una epidemia de exceso de prescripción innecesaria que logra casos incluso de toxicidad!), la propagación vírica más eficaz con las bajas temperaturas en el exterior, cambios en las mucosas oculares y nasales, etc.

3.- Llegan la Ministra y los Consejeros de Sanidad de turno y explican que la gripe estacional, y las infecciones respiratorias invernales “revientan” las urgencias. ¿Es cierto?

Cuando la Ministra de Sanidad y los Consejeros de Sanidad hacen tales declaraciones actúan con malicia, como representantes de los laboratorios farmacéuticos, y aprovechan la ocasión de la gripe para quitarse responsabilidades y hacer propaganda de las vacunas.

La Ministra de Sanidad (o el Consejero de Sanidad) actúa con malicia porque sabe que en España no hay un sistema de compensación por daños de vacunas, que sí existe en, por ejemplo, Alemania, Austria, Corea, Dinamarca, Finlandia, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia y Suiza^{3,4}, así que en caso de efecto adverso grave hay que ir a tribunales que pueden tardar años, y hasta más de una década, en compensar por el daño⁵ (¡y los abogados se quedan con hasta el 40% de la indemnización!⁶ pero cuando hay un sistema de compensación el 100% es para el paciente).

3 Razones para un programa de compensación de daños por acontecimientos adversos relacionados con vacunas en España. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-razones-un-programa-compensacion-danos-S0025775313001280>

4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089384/pdf/BLT.10.081901.pdf/>
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0233334>

5 Se vacuna contra la gripe y queda inválido. Minusvalía del 85%. Obtiene sentencia final en 2014, el daño en 2002. https://cadenaser.com/ser/2012/10/19/espana/1350604244_850215.html

6 ¿Qué porcentaje de la indemnización se suele llevar un abogado? <https://todosloshechos.es/que-porcentaje-de-la-indemnizacion-se-suele-llevar-un-abogado>

En general, las “urgencias” están mal diseñadas y preparadas para “lo normal”, el calor en verano y el frío en invierno, y la ministra tiene responsabilidades en ello siquiera sean estratégicas (la organización propiamente dicha depende de las Consejerías de Sanidad de cada Comunidad Autónoma).

Atribuir el uso de urgencias a la irracionalidad que conlleva el no vacunarse es una tontería, sin más.

Además, las “campañas” de vacunación se basan en crear miedo a la gripe, covid, sincitial, etc, a la mortalidad que causan, y por ello no es extraño que ante el menor síntoma de gripe (o similar) los ciudadanos acudan a urgencias despavoridos...¡es una enfermedad con frecuencia mortal, les han enseñado!

Y puede ser mortal, ciertamente, pero suele ser como “causa” final en pacientes complicados. Incluso en esos pocos pacientes, la causa de la muerte suele ser neumonía por varios gérmenes, bacterias incluídas.

Así pues, el “mal uso de urgencias” es, en parte, efecto adverso de campañas de vacunación basadas en crear miedo, y los pacientes son víctimas de esa malicia, sostenida por profesionales al servicio de las industrias (Ministra y Consejeros incluidos).

4.- Llega el otoño y todo son “campañas” para las vacunas de covid, gripe, virus sincitial respiratorio, y más. ¿Por qué?

Por el negocio. Es un gran negocio, un negocio bárbaro, de miles de millones de euros. Un negocio en que el sistema sanitario público se pone a trabajar para los accionistas de las empresas farmacéuticas.

Las “campañas” consumen ingentes recursos. Dinero especialmente, pero también otros recursos como tiempo de enfermeras que abandonan sus tareas habituales y se dedican casi dos meses en exclusiva a vacunar un poco como en una cadena de montaje (lo del “consentimiento informado” se reduce en la mayoría de los casos a repetir los mantras al uso: “las vacunas salvan vidas”, “las vacunas funcionan” y “las vacunas son eficaces y seguras”).

Se establece un régimen de vigilancia y control social que llega incluso a los teléfonos móviles con mensajes no solicitados recordando lo mismo pues la “campaña” justifica cualquier iniciativa sin ética.

Las “campañas” terminan siendo increíbles, empleando todo tipo de ardides para manipular a la población y los profesionales. Como hemos comentado, juegan sucio con el miedo convirtiendo las enfermedades respiratorias en amenazas mortales, y también con los sentimientos y valores de solidaridad, de proteger a los demás, de sacrificio

personal en beneficio de los otros (“por los nietos”, “por mis pacientes”, “por mis alumnos”, etc).

También se introducen incentivos varios para los profesionales, e incluso “chapitas” para ponerse en la bata al vacunarse, el hacerse fotografías y difundirla en Redes, etc. Nada como la campaña de la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas en colegios, con su “club de superhéroes”.

Es una constante manipulación que desprestigia a las propias vacunas y a las profesiones sanitarias.

En el negocio de las campañas participan con entusiasmo especialmente quienes reciben grandes cantidades de dinero de las industrias, como la Asociación Española de Pediatría (su “Comité Asesor de Vacunas” es un escándalo por lo que reciben sus miembros, en lo que se llama “transferencias de valor”, que también llegan a otros “próceres” de vacunas por ejemplo de la Asociación Española de Vacunología⁷).

El colmo es algún pediatra que es “kol diamante” (kol por key opinion leader, personaje influyente, y diamante porque recibe más de 100.000 euros al año de la industria), entre los que destaca Federico Martín⁸ en Galicia (Comunidad Autónoma de la que, a su través, salen campañas comerciales constantes para todo tipo de vacunas).

5- Hay vacunas y vacunas, como hay antibióticos y antibióticos. ¿Qué es la gestión integrada de infecciones e infecciones humanas?

Sí, hay vacunas y vacunas, y no se puede mezclar las de gripe, covid y sincitial con las de tétanos, sarampión, polio y otras similares. No todas las vacunas son iguales, ¡de ningún modo! Por ejemplo, no todas tienen la misma capacidad de producir inmunidad a largo plazo (y muchas “se agotan” en años por lo que precisamos mejores vacunas⁹).

Filantrocapitalismo

El mantra de “las vacunas salvan vidas” sirve para una charla de café, en la sobremesa, pero científicamente hablando algunas vacunas evitan algunas causas de muerte, algunas minusvalías, algunas ayudan a una vida digna y algunas prolongan la expectativa

7 Lo que recibieron de las industrias farmacéuticas los líderes de opinión en vacunas, en España en 2022. <https://www.nogracias.org/2024/07/04/lo-que-recibieron-de-las-industrias-farmaceuticas-los-lideres-de-opinion-en-vacunas-en-espana-en-2022-por-juan-gervas-y-roberto-sanchez/>

8 Galicia. Virus sincitial respiratorio. Broquirolitis. Nirsevimab, Beyfortus®. El potencial conflicto de interés de Federico Martín (Torres): 283.573 euros, en dos años. <https://www.nogracias.org/2023/09/26/galicia-virus-sincitial-respiratorio-broquirolitis-nirsevimab-beyfortus-el-potencial-conflicto-de-interes-de-federico-martinon-torres-283-573-euros-en-dos-anos-por-juan-gervas/>

9 How long do vaccines last? The surprising answers may help protect people longer. <https://www.science.org/content/article/how-long-do-vaccines-last-surprising-answers-may-help-protect-people-longer>

de vida (lo que no es poco). Pero, propiamente dicho, ninguna vacuna salva ninguna vida pues todo el que nace muere.

Ello es importante porque vivimos inmersos en un filantropocapitalismo que viene a decir, y hacer: “vacuno y adiós”.

Es un filantropocapitalismo que sólo se interesa por vacunar, no por las condiciones de vida, ni siquiera el hambre.

Van vacunando por el mundo para que el mundo siga siendo igualmente injusto que siempre.

Bien lo hemos visto en Gaza, con la infancia asesinada y mutilada a diario por las bombas del ejército cobarde de Israel, muerta de hambre por el asedio y el genocidio...¡pero bien vacunados contra la polio (lo que es necesario, pero sin olvidar el contexto)! Hay que vacunar de la polio a los niños gazatíes, desde luego, pero hay que evitar asesinarlos o mutilarlos a continuación.

Las vacunas son sólo parte de las intervenciones que ayudan a vivir, y el mantra de “las vacunas salvan vidas” les da una aureola que no deberían tener.

De eficacia poblacional a eficacia individual

Las vacunas son un tesoro pero su dimensión colectiva ha ido cambiando con los años. En la actualidad se suman vacunas varias, muy caras y con frecuencia de eficacia individual, al núcleo sistemático esencial de vacunas muy baratas de eficacia poblacional (poliomielitis, sarampión, tos ferina, difteria, rubeola, parotiditis, tétanos), y se introducen a veces a través de la manipulación política, científica y económica, con el lógico rechazo de algunos grupos de la población y de profesionales. Es fundamental el ejercicio de la crítica e incorporar el punto de vista global, tanto sanitario como social¹⁰.

Gérmenes

Los gérmenes conviven con los demás seres vivos, humanos incluidos, y producen beneficios y daños.

Sus daños aumentaron especialmente en nuestra especie con el desarrollo de pueblos y ciudades, en paralelo a las revoluciones agrícola y ganadera de hace 10.000 años. Sólo a mediados de siglo XX logramos en los países enriquecidos la “transición epidemiológica”, el dejar de morir básicamente por causa de los gérmenes, por las enfermedades infecciosas. En ello lo básico fueron las mejores de las condiciones socioeconómicas, desde el aporte y depuración de agua a la redistribución fiscal, pasando por los cambios en educación, alimentación y vivienda. El impacto global de las actividades sanitarias

¹⁰ Resumen del seminario sobre “Eficacia, efectividad y seguridad de las vacunas. Aspectos clínicos, profesionales y sociales”. <https://equipocesca.org/resumen-del-seminario-sobre-eficacia-efectividad-y-seguridad-de-las-vacunas-aspectos-clinicos-profesionales-y-sociales/>

supuso aproximadamente el 10% del total de la mejora en salud¹¹, pero fue y es muy importante el aporte de vacunas, antibióticos, antivirales y otros medicamentos contras los gérmenes.

Gestión integrada de plagas en agricultura

La gestión integrada de plagas consiste en crear un ambiente favorable para las plantas beneficiosas y un ambiente desfavorable para los agentes dañinos, evitando en lo posible las soluciones radicales como el uso de fitosanitarios. La gestión integrada de plagas se aplica en agricultura para lograr el control de las mismas sin ánimo de erradicarlas pues, en general, la erradicación conlleva más daños de los que se evitan. Es “convivir” con las plagas sin recurrir a las medidas extremas como productos fitosanitarios, que se reservan justo para situaciones extremas.

En sanidad el planteamiento debería ser el mismo, resolver el problema hasta poder convivir con los gérmenes y evitar en lo posible el uso de fármacos y cirugía, pero no se ha aplicado y de ahí, por ejemplo, las resistencias bacterianas por el uso irracional de los antibióticos.

Tenemos que aprender a manejar los antibióticos. En general, a evitar el sobreuso, y a emplear alternativas, como en el caso del tracoma, que se resuelve con mejoras de higiene y sociales. También el utilizarlos en situaciones en que antes recurríamos a la “última solución”, la cirugía; por ejemplo ante la apendicitis, que puede resolverse en muchos casos con antibióticos sin intervención quirúrgica (excepto en embarazadas).

Uso racional de las vacunas

De mismo modo, tenemos que aprender a manejar las vacunas, a hacer un uso racional de las mismas. Por ejemplo, no podemos vacunar contra la fiebre amarilla a todo el mundo simplemente porque sea una vacuna excelente; hay que reservarla para las zonas geográficas con tal fiebre amarilla.

Es lo mismo respecto a la vacuna de la fiebre Q, excelente, pero a utilizar sólo en determinadas zonas geográficas (con prueba previa para excluir a quienes y ya la hayan pasado, pues si no podría morir por consecuencia de la vacunación). Idem la vacuna contra el cólera, excelente pero innecesaria si se mejora el suministro y depuración de aguas. Lo mismo la vacuna contra la rabia, sólo utilizable preventivamente en personal de riesgo como espeleólogos, y como “la única solución” en casos de contagio a partir de murciélagos (en la Unión Europea no hay rabia de cánidos).

11 Contributions of health care to longevity: A review of 4 estimation methods. *Annals of Family Medicine*, 17(3), 267–272. <https://doi.org/10.1370/afm.2394>

Así pues, es preciso el uso racional de los medicamentos, tanto de antibióticos, antivirales y otros como de vacunas, para incorporarlos a una gestión integrada de infecciones (por gérmenes) e infestaciones (parásitos multicelulares, como gusanos).

6.- Dicen: “Vacúnate de gripe/covid/sincitial por ti y por los demás”. ¿Es cierto que me protege y protege a los demás?

No, no es cierto. Estas vacunas no protegen ni del contagio ni del contagiarse, no producen inmunidad de grupo^{12, 13}. Tal propuesta es claramente una manipulación moral, un dardo envenenado de culpabilidad¹⁴.

Tener gripe/covid/sincitial y cualquier otra infección invernal no es castigo, ni crimen, ni delito, ni maldad, ni pecado, ni vergüenza, ni consecuencia de no haberse vacunado.

Siempre, inmunidad personal

Todas las vacunas producen inmunidad personal, en el sentido de facilitar una respuesta ante los microbios que evita los daños de los mismos. Pero, por ejemplo, las vacunas del tétanos y de la difteria protegen contra la toxina que producen los microbios respectivos. Es decir, no evitan la infección sino que evitan sus consecuencias. También es vacunación personal la de la gripe, la rabia, la meningitis, el coronavirus (SARS-CoV-2), el rotavirus, la tosferina (pertusis), la tuberculosis (BCG), el herpes zoster, los neumococos y la fiebre amarilla. Son vacunas que no interrumpen la transmisión del germen correspondiente.

Así, la vacuna de la tosferina produce inmunidad personal temporal pero no evita la colonización de la mucosa nasal por la bacteria (*Bordetella pertussis*) y por ello se está intentando producir una vacuna que provoque también inmunidad celular en las mucosas respiratorias y evite así su colonización. Por ejemplo, el niño de Olot (España) muerto por difteria en 2015 no se había vacunado contra la misma y la enfermedad se la contagió algún compañero protegido por haberse vacunado (adicionalmente, la muerte se debió a la carencia en España en aquel momento de suero antidifteria¹⁵).

Raramente, inmunidad de grupo

Son excepción las vacunas que producen inmunidad de grupo, que hacen cierto eso de “vacúnate por ti y por los demás” pero muchas personas creen que todas las vacunas

12 Herd effect from influenza vaccination in non-healthcare settings: a systematic review of randomised controlled trials and observational studies. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5291154/>

13 The Concept of Classical Herd Immunity May Not Apply to COVID-19. <https://academic.oup.com/jid/article/226/2/195/6561438?login=false>

14 Herd immunity, vaccination and moral obligation. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10511978/>

15 El niño 'antivacunas' de Olot no murió solo por difteria: sufrimos escasez de antídotos. https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2018-04-19/suministro-antidotos-difteria-olot-antivacunas_1551793/

producen inmunidad de grupo/rebaño y existen gráficos dinámicos muy atractivos que permiten visualizar cómo se extiende la infección según la cobertura de la vacunación en la población.

Estos gráficos son populares por su simplicidad, pero ni siquiera son apropiados, ni ciertos, ni científicos para el caso del sarampión y su vacuna. Observe alguno de ellos y experimente la seducción de la “explicación simple para un problema complejo (que suele ser errada)”. En el caso concreto del sarampión, en la actualidad es imposible encontrar una población humana sin contacto previo con la enfermedad, ni sin ninguna inmunidad (fue posible en el caso de las poblaciones originarias americanas, que murieron en masa por el sarampión y otras infecciones transmitidas por los españoles y otros europeos).

Las poblaciones no parten de cero frente al sarampión, y de hecho la infección natural produce una intensísima respuesta inmunológica que dura de por vida y que las madres transmiten mejor a los recién nacidos que las madres vacunadas contra el sarampión, como se demuestra en el “Cinturón Bíblico” holandés, una región geográfica con mayoría de protestantes ortodoxos que rechazan las vacunas¹⁶.

Ni por mí, ni por ti

Las vacunas gripe/covid/sincitial ni impiden el contagio ni impiden contagiar; es una falacia, una propuesta maliciosa el “vacúnate de gripe/covid/sincitial por ti y por los demás”.

7.- Perdón por el término, pero ¿qué es “externalidad” positiva de una vacuna y “externalidad” negativa de una vacuna?

En este caso, externalidad se refiere a efecto en terceros, y el efecto puede ser beneficioso y hablamos de “externalidad positiva”, o puede ser dañino y hablamos de “externalidad negativa”.

Externalidad positiva, vacuna del sarampión

Es ejemplo de externalidad positiva la inmunidad de grupo generada por el sarampión, que evita la propagación de la enfermedad y protege a no vacunados o con “bajas defensas”, como poblaciones marginadas y pacientes inmunodeprimidos (por alguna enfermedad como VIH/SIDA, tuberculosis, cáncer, etc, o por algunos medicamentos como corticoides, anticuerpos monoclonales, para transplantes, quimio para cáncer, etc).

16 Waning of Maternal Antibodies Against Measles, Mumps, Rubella, and Varicella in Communities With Contrasting Vaccination Coverage. <https://academic.oup.com/jid/article-abstract/208/1/10/796786?redirectedFrom=fulltext&login=false>

Quien se vacuna contra el sarampión acepta el pequeño riesgo de tener una encefalitis grave, en un caso por millón¹⁷, y a cambio ayuda a proteger a quien no se vacuna.

Incidentalmente, se repite también el mantra del “95% de cobertura para lograr la inmunidad de rebaño”, pero es falso incluso en el caso de la vacuna del sarampión. Se han visto brotes de sarampión con el 100% de cobertura vacunal, lo que implica la transmisión por vacunados, y ha habido brotes en Europa (Navarra, Oporto, Gotemburgo) con más del 97% de cobertura. En otro ejemplo, el brote en un hospital en Holanda que afectó a 8 profesionales de los que 6 estaban vacunados y revacunados¹⁸. En la Comunidad de Madrid la triple vírica prácticamente llega a “todo el mundo” y al determinar los anticuerpos en sangre está protegida el 97,8% de la población para sarampión y 97,2 para rubeola. Sin embargo, en 2011-12 hubo un brote de sarampión en Madrid con 789 casos (la inmunidad de grupo no protegió a los gitanos, por ejemplo, 284 casos del total)¹⁹.

Ejemplos de externalidad negativa

Es ejemplo de externalidad negativa el caso comentado de contagio y transporte de gérmenes por quienes están vacunados de tosferina, difteria, neumococos, etc. Al transportarlos sin ser afectados fuerzan la evolución de los gérmenes y se convierten en agentes contagiantes que dañan a terceros no vacunados.

Vacuna de la tosferina

En el caso de la tosferina, las nuevas cepas ocasionan brotes que se suelen achacar a “anti-vacunas”, para seguir manteniendo una vacuna que, siendo necesaria, es “manifiestamente mejorable”. En realidad, pues, esos brotes se consienten por la Ministra de Sanidad que no exige una mejor vacuna, y “pone parches” introduciendo la vacuna de la tosferina en la embarazada, por ejemplo, o sugiriendo la “estrategia nido” de vacunar a familiares y amigos que visiten a los bebés. En España se ha superado la situación de la última epidemia en septiembre de 2025, pero ha dejado 12 muertes, 920 hospitalizados y casi 29.000 casos²⁰.

17 Condena al Sacyl por no dar CI en la vacuna de la triple vírica. Minusvalía del 92%, vacuna en 1992, sentencia en 2012. <https://socinorte.com/condena-al-sacyl-por-no-dar-ci-en-la-vacuna-de-la-triple-virica/>

18 Measles Outbreak Among Previously Immunized Healthcare Workers, the Netherlands, 2014.

<https://academic.oup.com/jid/article/214/12/1980/2631197?login=false>

19 Community-wide measles outbreak in the Region of Madrid, Spain, 10 years after the implementation of the Elimination Plan, 2011– 2012.

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/21645515.2016.1267081?needAccess=true>

20 España deja atrás su peor epidemia de tosferina: 12 muertes, 920 hospitalizados y casi 29.000 casos. <https://elpais.com/sociedad/2025-09-08/espana-deja-atras-su-peor-epidemia-de-tosferina-12-muertes-920-hospitalizados-y-casi-29000-casos.html>

¿Recuerda el escándalo nacional por una muerte por difteria en Olot? ¿Se imagina el escándalo que debería haber por este fracaso vacunal contra la tosferina, 13 muertos a la espalda de la Ministra y los Consejeros de Sanidad?

Vacuna de la poliomielitis

Un caso muy didáctico es el de la vacuna de la poliomielitis que existe en forma inyectable y oral. En su presentación inyectable (vacuna de Salk) produce sólo inmunidad personal, y quien esté vacunado puede ser transmisor de los virus de la poliomielitis ya que no produce inmunidad en la mucosa del tubo digestivo, donde se reproducen los virus.

La ventaja de la vacuna oral (de Sabin) frente a la vacuna inyectable es triple 1/ las personas vacunadas con la vacuna oral quedan ellas mismas inmunes a la poliomielitis, 2/ además, no son portadoras pues produce inmunidad en la mucosa del tubo digestivo, y 3/ los virus atenuados de la vacuna se reproducen en la mucosa del tubo digestivo y se expulsan con las heces de forma que por vía fecal-oral pueden terminar "vacunando" a otras personas de la comunidad. Por el contrario, las personas vacunadas con la vacuna inyectable quedan inmunes a la poliomielitis, pero pueden contagiar a personas no vacunadas (ser portadoras) lo que es una externalidad negativa. A su vez, los virus atenuados de la vacuna oral han dado origen a reactivaciones y mutaciones "virulentas", capaces de producir casos de poliomielitis ("poliomielitis por virus derivado de la poliomielitis"), lo que es otra externalidad negativa.

Así, en 2024 hubo 99 casos de polio por virus "salvaje" en el mundo, básicamente en Afganistán y Pakistán, y 280 casos por virus derivados de la vacuna de la polio (básicamente cVDPV2)²¹.

Con las vacunas hemos producido gran bien, pero también creado monstruos, como demuestran los casos de la tosferina y la polio.

Conviene, pues, la gestión integrada ya comentada.

Efectos "no específicos" de las vacunas

Por otra parte, las vacunas modifican la inmunidad natural en forma que no entendemos bien (estamos "jugando a aprendices de brujo").

Por ello se publican múltiples trabajos sobre los efectos "no específicos" de las vacunas como disminución de los infartos con la vacuna de la gripe y de la demencia con la vacuna del herpes zóster, beneficios de la vacuna de la tuberculosis, BCG, sobre otras infecciones, enfermedades autoinmunes y cáncer de vejiga, mejora de la evolución de cánceres, etc.

21 Why CDC is Working to End Polio Globally. <https://www.cdc.gov/global-polio-vaccination/why/index.html>

Se olvidan, claro, de la asociación con daños, como el incremento de la mortalidad tras la vacuna tosferina-tétanos-difteria (que se corrige poniendo la vacuna del sarampión a continuación, demostrando lo poco que sabemos y la falta de ciencia en el “calendario vacunal”), el incremento de la demencia asociado a la vacuna de la gripe, el aumento de ictus en los vacunados al tiempo de gripe y covid, el incremento de herpes zóster y de cáncer en vacunados contra la covid, etc.

Este campo está poco explorado, y conviene la precaución pues lo mucho que se sugiere suele carecer de fundamento científico²².

7.- Entonces, ¿me vacuno contra la gripe? ¿y contra la covid?

No, no se vacune.

Sesgo del sano vacunado

Estas dos vacunas se promocionan como “milagrosas” pues dicen que son capaces de reducir un 50% la mortalidad por todas las causas, por ejemplo este titular periodístico de enero de 2025 “La vacuna de la gripe reduce a la mitad el riesgo de muerte”²³.

¡Logran reducir las muertes incluso cuando no hay epidemia de gripe, ni “ola” de covid!

Si fuera cierto este evitar todo tipo de muerte todo el año, habría que vacunar sin parar, pero no es cierto. Es lo que llamamos el “healthy vaccinee bias”, “sesgo del sano vacunado” pues quienes se vacunan están muchos más sanos que quienes no se vacunan y por ello mueren menos (¡pese al daño que provocan las vacunas!).

Ya lo demostró Peter Doshi hace años, a propósito de la vacuna de la gripe, de cómo nos venden las vacunas asustando con la enfermedad, y con su efecto increíblemente “salvador”²⁴. También lo demostraron Vinay Prasad y sus colaboradores, a propósito de la vacuna covid²⁵.

Como ejemplo, de otro campo, nada como el estudio en British Columbia (Canadá)²⁶ que demostró que las estatinas se asociaban a menos infartos de miocardio, y también a menos accidentes de tráfico y laborales, menos quemaduras, menos heridas, etc, por efecto del “sesgo del sano preocupado”, que lleva tomar estatinas y a creer que por ello tendrá menos complicaciones cardíacas.

22 Non-specific immunological effects of selected routine childhood immunisations: systematic review. <https://www.bmj.com/content/355/bmj.i5225>

23 La vacuna de la gripe reduce a la mitad el riesgo de muerte, pero protege de forma irregular ante la infección. <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2025-01-08/la-vacuna-de-la-gripe-reduce-a-la-mitad-el-riesgo-de-muerte-pero-protege-de-forma-irregular-ante-la-infeccion.html>

24 Influenza: marketing vaccine by marketing disease. <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3037>

25 Potential “Healthy Vaccinee Bias” in a Study of BNT162b2 Vaccine against Covid-19 https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2306683?query=featured_secondary

26 Statin adherence and risk of accidents: a cautionary tale. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2744446/>

Ni impiden contagiarse, ni impiden contagiar. Ni evitan complicaciones

Como hemos comentado, las vacunas contra covid y gripe no impiden ni contagiarse, ni contagiar, ni producen inmunidad de grupo (de rebaño).

Pero las campañas de vacunación de covid y gripe siempre enfatizan el componente moral de “por ti y por los demás”, que es falso.

Si no se vacuna, sienta el valor moral de resistirse a un engaño que daña.

En todo caso, la vacunación de los profesionales sociosanitarios y sanitarios²⁷ (y de abuelos, y de maestros, etc) no disminuye el contagio de gripe ni de covid en pacientes, nietos, alumnos, compañeros, etc.

Tampoco tiene impacto sobre las complicaciones (hospitalizaciones, neumonías, muertes, etc), ni sobre las ausencias al trabajo, ni en adultos, ni en ancianos, ni en embarazadas²⁸.

De cada 100 vacunados contra la gripe sólo 1 deja de pasar la gripe (a 99 no les ayuda en nada bueno). Si no se vacunan 100 personas, sólo 2 tendrán la gripe.

Por cierto, la Cochrane ha eliminado en 2025 el comentario de Tom Jefferson y colaboradores sobre la inutilidad de actualizar los resultados sobre la ineficacia de la vacuna de la gripe, por falta de ensayos clínicos de calidad (el texto se puede recuperar, no obstante, en Internet²⁹).

Mejor que le atienda un profesional no vacunado

Como ya hemos comentado, los vacunados contra gripe y contra covid también se infectan de gripe y de covid, y también transmiten los virus (los vacunados más que los no vacunados).

Así, los vacunados de gripe que se contagian de gripe expulsan 6 veces más virus que los no vacunados³⁰. Los vacunados covid, más de lo mismo (a más número de dosis de vacunas, mayor tiempo de infectividad³¹).

Por ello, intente que le atienda un profesional no vacunado, es más seguro.

27 ¿La vacunación antigripal de los profesionales socio-sanitarios es efectiva para evitar la gripe en sus pacientes? NO <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/la-vacunacion-antigripal-de-los-profesionales-sanitarios-es-efectiva-para-evitar-la-gripe-en-sus-pacientes>

28 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0163586>
<https://theconversation.com/should-flu-shots-be-mandatory-for-health-care-workers-14039>
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001269.pub6/full/es?>

29 Why have three long-running Cochrane Reviews on influenza vaccines been stabilised? <https://web.archive.org/web/20180306094239/http://community.cochrane.org/news/why-have-three-long-running-cochrane-reviews-influenza-vaccines-been-stabilised>

30 Infectious virus in exhaled breath of symptomatic seasonal influenza cases from a college community. <https://www.pnas.org/doi/pdf/10.1073/pnas.1716561115>

31 Timing and Predictors of Loss of Infectivity Among Healthcare Workers With Mild Primary and Recurrent COVID-19: A Prospective Observational Cohort Study <https://academic.oup.com/cid/article/78/3/613/7262516?login=false>

Como profesional, tenga en cuenta que los trabajadores sanitarios tienen más contacto con pacientes con gripe pero tienen el mismo riesgo de padecer gripe que los demás trabajadores³².

¿Qué hay de las “vacunas reforzadas” o de alta carga en ancianos?

En los ancianos la respuesta inmunitaria es débil. Sólo ahora se insiste en este hecho, que sabíamos de siempre, para promover la vacuna de alta carga de Sanofi.

Y es Sanofi quien financió dos ensayos clínicos publicados en agosto de 2025, hechos en Dinamarca³³ y en Galicia³⁴.

Comparada con la vacuna habitual, la efectividad de dicha vacuna reforzada es mejor, del 43% respecto a hospitalizaciones, en el estudio danés, y del 31% en el gallego, pero tal medida es en términos relativos. En efectividad absoluta el resultado es del 0,05%; es decir, si con la vacuna habitual hay 100 ingresos, con la reforzada hay 99,5.

Un resultado pobre, que además en el caso danés (en que se midió) se acompañó del incremento de la mortalidad (del 0,01%).

Es decir, en la ancianidad ninguna vacuna gripal. Tampoco la “reforzada” (de alta carga).

Sin embargo, la “reforzada” se ha impuesto pues Sanofi sabe mover bien los hilos políticos, por ejemplo en el País Vasco³⁵.

¿Vacunas gripe y covid en embarazadas? No, por favor

La vacuna de la gripe se recomienda a las embarazadas en cualquier momento del embarazo, incluido el primer trimestre, e independientemente de su edad y estado de salud, y de la época del año del embarazo, con el fin de prevenir la gripe en ellas y en los primeros meses del recién nacido. Pero, como hemos señalado, no se han demostrado beneficios y se ha demostrado que puede tener efectos negativos en relación a otras infecciones distintas de la gripe³⁶.

Además, se ha observado que haber recibido la vacuna antigripal en los 28 días previos doblaba el riesgo de aborto³⁷.

32 Are healthcare personnel at higher risk of seasonal influenza than other working adults? <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/abs/are-healthcare-personnel-at-higher-risk-of-seasonal-influenza-than-other-working-adults/83B5DC59182EECE133BBE1BC2697DED6>

33 High-Dose Influenza Vaccine Effectiveness against Hospitalization in Older Adults. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2509907>

34 High-Dose Influenza Vaccine to Reduce Hospitalizations. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2509834>

35 El Consejero de Salud presenta la campaña de la gripe 2025 con la novedad este año de una vacuna reforzada para mayores de 75 años. <https://osieec.osakidetza.eus/blog/gripe-2025/>

36 Does Influenza Vaccination during Pregnancy Have Effects on Non-Influenza Infectious Morbidity? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34960198/>

37 Association of spontaneous abortion with receipt of inactivated influenza vaccine containing H1N1pdm09 in 2010-11 and 2011-12 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28917295/>

A destacar los resultados de un estudio oculto sobre la vacuna covid en embarazadas que demostró que se cuadruplicaban las anomalías fetales, revelado sólo por exigencia de un juez en un proceso contra Pfizer³⁸.

¿Vacunas gripe y covid en niños? No, por favor

Lo de vacunar de gripe a los niños es otro despropósito pues la vacunación en niños no disminuye ni hospitalizaciones, ni faltas al colegio, ni absentismo de los padres, ni la fiebre, ni la otitis media...salvo las consultas por gripe, y expone a los niños a efectos adversos.

Así, hay que vacunar a 1852 niños para evitar 1 ingreso debido a gripe. Y por cada ingreso evitado por gripe se producen 3 ingresos por efectos adversos³⁹.

La vacunación contra la gripe aporta pocos beneficios a los niños sanos o a quienes los rodean y expone a los niños a raros efectos adversos graves. Es una medida desproporcionada, valorando beneficios y daños⁴⁰.

En el caso de la vacuna gripe intranasal infantil se debe comunicar a los receptores de la vacuna que es una vacuna de virus vivos atenuados (que en raros casos pueden “reactivarse”) y por ello tiene potencial de transmisión a contactos inmunodeprimidos durante 1-2 semanas después de la vacunación. Y no debe usarse en bebés ni en niños de menos de 24 meses por motivos de seguridad relacionados con el aumento de las tasas de hospitalización y sibilancias en esta población. Tampoco emplear aspirina y otros salicilatos en las 4 semanas siguientes a la vacunación⁴¹.

Existe una presentación nasal, que también sirve para adultos, de autoadministración a domicilio⁴².

Efectos adversos

La vacuna de la gripe tiene efectos adversos leves (frecuentes) y graves (infrecuentes).

Entre ellos: reacción local intensa (dolor, enrojecimiento, inflamación, equimosis, induración), fiebre, cefalea, sudoración, mialgia, artralgia, escalofríos, convulsiones, urticaria, anafilaxia, vasculitis, trombocitopenia, linfadenopatías, angioedema, parestesias, parálisis de Bell (facial), síndrome de Guillain-Barré, alteraciones desmielinizantes,

38 For all women of reproductive age considering vaccination with Comirnaty. https://trusttheevidence.substack.com/p/for-all-women-of-reproductive-age?publication_id=1029183&post_id=175004518&isFreemail=true&token=eyJ1c2VyX2lkIjoyMzY5MDk4MCMwG9zdF9pZCI6MTc1MDA0NTE4LCJpYXQiOjE3NTkzMTCwMDgsImV4cCI6MTc2MTkwOTAwOCwiaXNzIjoicHVlTEwMjksODMiLCJzdWIiOiJwb3N0LXJlYWNoaW9uIn0.xkBsN_sG73qurDPLuRAA5EmOQjkghLPudLOiCV2NsKg&r=e3s2s&triedRedirect=true

39 <https://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V15N37/art19661.pdf>

40 <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/vacunacion-generalizada-de-los-ninos-contra-la-gripe-51648>

41 Ficha Técnica. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1241816001/FT_1241816001.html

42 <https://www.astrazeneca-us.com/media/press-releases/2025/FLUMIST-the-nations-only-nasal-spray-flu-vaccine-now-available-for-home-delivery.html>

neuritis, encefalomiелitis y otros efectos adversos. Además, tras la vacunación hay falsos positivos en la prueba del SIDA.

Respecto a la vacuna covid, los ensayos clínicos demuestran que producen más daños que beneficios. “Cuando se valora en conjunto toda la información disponible de los ensayos clínicos con vacunas ARNm (incluyendo los datos que no habían sido publicados hasta ahora), la relación beneficio-riesgo global del uso de estas vacunas es más que cuestionable”⁴³.

Corta duración

El escaso efecto, si alguno, de las vacunas covid y gripe apenas dura unos meses^{44, 45}.

Por ello hay que revacunar todos los años, no porque muten los virus.

Le dirán que se revacune de la gripe cada año porque mutan los virus, pero es falso, es un engaño, y lo mismo respecto a la covid.

Lo que sucede es que, siendo vacunas manifiestamente innecesarias, además su escaso efecto dura escasos meses.

Por eso, si se vacuna pronto y se retrasa la onda epidémica le pedirán ¡que se vacune de nuevo, otra vez!

9.- Entonces, ¿me vacuno contra el virus sincitial respiratorio?

No, no se vacune si es anciano o si está embarazada. Y no ponga el anticuerpo monoclonal (nirsevimab) a recién nacidos.

Además, la vacuna es tipo ARN, genética, que induce al organismo a producir anticuerpos, en forma similar a la vacuna covid de Pfizer.

Vacuna sincitial en ancianos

Sobre la ineficacia de la vacuna del virus sincitial en ancianos puede leer en dos boletines farmacoterapéuticos excelentes, en la revista francesa Prescrire⁴⁶ y en el boletín japonés MedCheck (del Instituto de Farmacovigilancia). En este concluyen⁴⁷: “En estudios realizados en personas de 60 años o más, la reducción de las infecciones respiratorias graves positivas al virus sincitial respiratorio fue muy pequeña, y el beneficio se vio

43 Efectos adversos graves de especial interés tras la administración de las vacunas ARNm para covid en los ensayos clínicos aleatorizados en adultos. <https://saludinerop.blogspot.com/2022/10/efectos-adversos-graves-de-especial.html>

44 Duration of the serological response and effectiveness of the inactivated influenza vaccine in healthy adults aged 18–65 years: a systematic review and meta-analysis. [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(25\)00064-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(25)00064-3/fulltext)

45 The durability of vaccine-induced protection: an overview. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2024.2331065#abstract>

46 Vaccin RSVPreF ARNm (mRESVIA®) et prévention des infections par le VRS à partir de l'âge de 60 ans. <https://www.prescrire.org/avis-sur-les-medicaments/504-vaccin-rsvpref-arnm-mresvia-et-prevention-des-infections-par-le-vrs-a-partir-de-l-age-de-60-ans>

47 Respiratory Syncytial Virus Vaccine <https://medcheckjp.org/wp-content/uploads/2025/04/Eng-no-32.pdf>

contrarrestado por un aumento de otras infecciones respiratorias, por lo que no existe un beneficio real. Sin embargo, los perjuicios son notables. El aumento de eventos adversos graves o potencialmente mortales durante el primer mes después de la vacunación fue varias veces mayor que la reducción de las infecciones respiratorias graves relacionadas con el virus sincitial durante el mismo período, y se observó una tendencia al aumento de la neuropatía periférica autoinmune”.

Vacuna sincitial en embarazadas para prevenir la bronquiolitis en recién nacidos

Respecto al uso de la vacuna en la embarazada, el mismo boletín farmacoterapéutico japonés concluye que: “Existen dos importantes ensayos controlados aleatorizados que han evaluado la eficacia y seguridad de la vacuna en recién nacidos y lactantes de mujeres embarazadas vacunadas. Si bien se redujeron las infecciones respiratorias bajas (bronquiolitis) positivas en recién nacidos y lactantes para virus sincitial, aumentaron las negativas para dicho virus, sin impacto, pues, en el total. Además, se observó una incidencia significativamente mayor de malformaciones congénitas y una mayor tendencia a la mortalidad total en niños. La proporción de eventos adversos graves o potencialmente mortales, incluido el parto prematuro, que se produjeron en el primer mes después de la vacunación en mujeres embarazadas fue significativamente mayor en el grupo de la vacuna, y la proporción de eventos adversos graves o potencialmente mortales también fue mayor en el primer mes después del nacimiento en los bebés del grupo de la vacuna, por lo que los daños superan con creces los beneficios”.

También vale la pena leer, en español, el comentario de la revista francesa *Prescrire*⁴⁸, que analiza a fondo la cuestión.

El anticuerpo monoclonal (nirsevimab) inyectable para prevenir la bronquiolitis en recién nacidos y bebés

El anticuerpo que se inyecta se produce en células de ovario de hámster chino (CHO) mediante tecnología de ADN recombinante.

Se emplea para prevenir la bronquiolitis, pero la bronquiolitis es “diagnóstico a posteriori”, que se suele emplear para etiquetar-justificar acciones sin ciencia ni ética, una vergüenza que “justifica” el ingreso del bebé según el capricho del pediatra de guardia.

En España teníamos áreas sanitarias como Navalmoral de la Mata (en Cáceres) con 60 ingresos de bronquiolitis por 10.000 niños (en el año 2018) y al lado estaba Plasencia, con 443. En Murcia, en la Vega Media del Segura los ingresos son 112 por 10.000 niños, y al lado Yecla-Jumilla tiene 800. En Lérida, en Pallars 917 ingresos, y al lado Alt Urgell 256⁴⁹.

48 Vacuna VRSpreF (Abrysvo) durante el embarazo para prevenir la infección por VRS en el recién nacido (RSVpreF vaccine (abrysvo®) during pregnancy to prevent RSV infection in the woman's child after birth) https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/may202405/34_va/

49 Atlas de Variaciones de la Práctica Médica. https://cienciadedatosysalud.org/atlas-vpm/#_ftn2

No se ingresa por gravedad de la bronquiolitis, sino por los hábitos de los pediatras que trabajan dónde vive el bebé. Como bien escribió un pediatra sensato: “La bronquiolitis es una vergüenza para la Pediatría”⁵⁰.

Naturalmente, desde que se inyecta a los recién nacidos con el anticuerpo monoclonal (nirsevimab) los pediatras han dejado de ingresar en el hospital a los niños inmunizados (que no vacunados). Y, al contrario, el niño no inmunizado es ingresado casi de oficio. Se ve el enfermar, pues, como el “castigo” al “pecado” de no haber inyectado al bebé, y la “penitencia” para los padres es ingresar al niño en el hospital.

¡La inyección al bebé cambia profundamente los hábitos del pediatra de guardia! ¿Por qué no inyectar dicho anticuerpo monoclonal a los pediatras y dejar en paz a los bebés y sus familias?

En realidad la inyección puede provocar graves daños. Por ejemplo, el análisis GRADE de la efectividad del nirsevimab sobre bronquiolitis, en un estudio publicado de Galicia, demostró que los bebés inmunizados ingresaban con más gravedad lo que les lleva a más estancia en cuidados intensivos a los «inmunizados». De hecho, no hay diferencias entre inmunizados y no inmunizados respecto a “Hospitalización por Enfermedad Grave del TRI (tracto respiratorio inferior) relacionada con VRS (virus respiratorio sincitial)”⁵¹.

El Instituto de Farmacovigilancia de Japón ha revisado el uso de nirsevimab, por haberse introducido en su país. Su conclusión es la de no utilizar nirsevimab para la prevención de la infección por virus sincitial respiratorio, para prevenir ingresos por bronquiolitis pues en el ensayo clínico MELODY disminuyó las hospitalizaciones pero incrementó las muertes⁵².

Los estudios observacionales, todos muy favorables al uso del anticuerpo monoclonal, tienen al menos tres importantes sesgos, de: 1/ niño sano, 2/ confirmación y 3/ clasificación.

La lactancia materna ha demostrado disminuir la probabilidad de bronquiolitis. La lactancia al pecho se asocia a menos neumonías e infecciones en general de vías respiratorias bajas, menor mortalidad y también menos otitis media graves. El riesgo de hospitalización por infecciones de las vías respiratorias bajas, como bronquiolitis, en el primer año se reduce un 72% si los lactantes son amamantados exclusivamente durante más de 4 meses⁵³.

50 Bronquiolitis aguda 2014: lo nuevo, lo viejo,... lo nuestro.

<https://www.pediatribasadaenpruebas.com/2014/12/bronquiolitis-aguda-2014-lo-nuevo-lo.html>

51 Viñ-ECA Melody. <https://evalmed.es/2023/05/01/vn-eca-melody/>

52 Nirsevimab: for RSV universal immunization. <https://medcheckjp.org/wp-content/uploads/2024/09/Eng-no-30.pdf>

53 Efecto de la lactancia materna en la disminución de la incidencia de infecciones respiratorias en bebés de 0-6 meses. <https://www.murciasalud.es/preevid/20869>

Por todo lo expuesto, por favor, si a lo largo del año tras la inyección del nirsevimab hay ingreso en UCI, muerte o cualquier otra sospecha de reacción adversa en el bebé no deje de declararla (lo pueden hacer profesionales y legos)⁵⁴.

10.- Entonces, ¿qué hacer frente a las infecciones respiratorias invernales habituales?

Lea y difunda este texto, esté al día en lo que pueda sobre vacunas y mantenga las pautas de higiene habituales.

Si puede, no vaya al médico, y menos a las urgencias hospitalarias, donde hay un ambiente “contagioso”, de concentrado de virus invernales. Recuerde: donde hay enfermos se puede contagiar de lo que no tiene.

Evite en general los lugares cerrados mal ventilados y con mucha gente, especialmente si hacinados.

Disfrute de actividades al aire libre, más en tiempo de “olas” de enfermedades respiratorias invernales.

Mantenga una alimentación sana, en el grado que se lo permita su economía.

Si puede, estudie. En la Comunidad de Madrid se demostró que quienes tenían estudios básicos morían con triple frecuencia por enfermedades infecciosas que quienes tenían estudios universitarios⁵⁵.

Lo clave es lavarse las manos con frecuencia, al menos antes de comer y después de orinar-defecar.

Si tiene un trancazo, quédese en casa (y no abuse de los antitérmicos-analgésicos). Si tose o moquea procure no difundir los gérmenes.

Recuerde: el trancazo suele durar siete días sin ningún medicamento, y una semana con tratamiento. NO precisa de un médico que le diagnostique (salvo fiebre alta que persista una semana, agobio intenso al respirar o complicación de una enfermedad previa). NO precisa de antibióticos.

Para la tos infantil, miel⁵⁶.

Tenga calma, menos del 1% de las gripes sintomáticas llevan a ingreso hospitalario (y el 75% de las gripes son asintomáticas).

54 Notificación de sospecha de reacciones adversas a medicamentos humanos.
<https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/farmacovigilancia-de-medicamentos-de-uso-humano/notificacion-de-sospechas-de-reacciones-adversas-a-medicamentos-ram-de-uso-humano/>

55 Educational level and mortality from infectious diseases
<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1732238&blobtype=pdf>

56 Miel para la tos aguda en niños. https://www.cochrane.org/es/evidence/CD007094_honey-acute-cough-children

Si toma medicación crónica, consulte con su médico para que “deprescriba” los innecesarios, especialmente los que incrementan las posibilidades de neumonía en caso de infección respiratoria alta (lea la lista, por favor, son medicamentos de uso crónico frecuente)⁵⁷.

No utilice mascarillas, que en el mejor de los casos son inútiles⁵⁸. Si está preocupado por contagiarse, recuerde que las gotitas con virus también alcanzan la mucosa ocular⁵⁹.

Sea crítico con la propaganda de las “campañas vacunales”, no permita que le manipulen ni con el miedo ni con la apelación a valores solidarios.

COMENTARIO GENERAL

Los autores reconocen que gran parte de las cuestiones tratadas tienen respuestas inseguras en el momento actual. Deseamos que se incremente la ciencia que permita la mejora individual y poblacional respecto a las infecciones respiratorias invernales. Nos gustaría que antes de morirnos pudiéramos recomendar vacunas “eficaces, seguras y baratas” para las infecciones invernales.

57 Medicamentos que sea asocian a neumonía. <https://www.nogracias.org/2020/04/04/medicamentos-que-aumentan-el-riesgo-de-neumonia-por-joan-ramon-laporte-y-david-healy/>

58 Intervenciones físicas para interrumpir o reducir la propagación de los virus respiratorios. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub6/full/es#CD006207-abs-0011>

59 SARS-CoV-2: eye protection might be the missing key. [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/piis2666-5247\(21\)00040-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/piis2666-5247(21)00040-9/fulltext)