ScienceDirect

Rapporti di tossicologia
Volume 8, 2021, pagine 1324-1335

Vaccini e morte improvvisa del lattante: un'analisi del database VAERS 1990-2019 e revisione della letteratura medica

Neil Z. Miller

Mostra di più

Schema | Condividi Cita

https://doi.org/10.1016/j.toxrep.2021.06.020
Ottieni diritti e contenuti

Sotto una licenza creativalicenza

accesso aperto

Pdf by:
https://www.pro-memoria.info

Punti salienti

- La tossicità additiva o sinergica può verificarsi a seguito della vaccinazione multivalente.
- Le morti infantili post-vaccinazione sono spesso classificate erroneamente come SIDS o soffocamento a letto.
- Di tutti i casi di SIDS segnalati dopo la vaccinazione, il 75% si è verificato entro 7 giorni ($p < 0{,}00001$).
- Le citochine infiammatorie nel midollo infantile agiscono come neuromodulatori causando apnee prolungate.
- Gli adiuvanti che attraversano la BBB possono indurre una disorganizzazione fatale del controllo respiratorio.

Astratto

Sebbene ci siano prove considerevoli che un sottogruppo di neonati abbia un aumentato rischio di morte improvvisa dopo aver ricevuto i vaccini, le autorità sanitarie hanno eliminato la "vaccinazione profilattica" come causa ufficiale di morte, quindi i medici legali sono costretti a classificare erroneamente e nascondere i decessi correlati al vaccino sotto classificazioni alternative di causa di morte. In questo documento, è stato analizzato il database Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) per accertare l'intervallo di insorgenza delle morti

infantili dopo la vaccinazione. Dei 2605 decessi infantili segnalati a VAERS dal 1990 al 2019, il 58 % si è raggruppato entro 3 giorni dopo la vaccinazione e il 78,3% si è verificato entro 7 giorni dopo la vaccinazione, confermando che le morti infantili tendono a verificarsi in prossimità temporale della somministrazione del vaccino. L'eccesso di decessi durante questi primi periodi post-vaccinazione è stato statisticamente significativo ($p < 0,00001$). Una revisione della letteratura medica dimostra un legame tra vaccini e morti infantili improvvise e inspiegabili. Sono state proposte diverse teorie sul meccanismo patogeno alla base di questi eventi fatali, tra cui il ruolo delle citochine infiammatorie come neuromodulatori nel midollo infantile che precede una risposta anormale all'accumulo di anidride carbonica; disorganizzazione fatale del controllo respiratorio indotta da adiuvanti che attraversano la barriera emato-encefalica; e tossicità biochimica o sinergica dovuta Mentre i risultati di questo documento non sono la prova di un'associazione tra vaccini infantili e morti infantili, sono altamente indicativi di una relazione causale.

Parole chiave

SIDSVAERS; ; Mortalità infantileVaccinoImmunizzazioneEvento; avversoT; tossicità sinergistica

1. Introduzione

1.1. Classificazione internazionale delle malattie

Ci sono 130 modi ufficiali per un bambino di morire. Queste categorie ufficiali di morte, sanzionate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dai Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC), sono pubblicate nella *Classificazione Internazionale delle Malattie* (ICD) [[1], [2],[3]]. Quando un bambino muore, i coroner devono scegliere tra queste 130 categorie.

Le cause ufficiali di morte elencate nell'ICD includono quasi ogni possibilità immaginabile e tragica. In effetti, le versioni precedenti dell'ICD elencavano "inoculazione e vaccinazione profilattica" come una categoria di causa di morte separata, con sottocategorie per i decessi causati da vaccini specifici. Tuttavia, quando l'ICD è stato rivisto nel 1979, e nei successivi aggiornamenti dell'ICD, tutte le classificazioni di causa di morte associate alla vaccinazione sono state eliminate. Da allora, i certificatori medici non sono stati in grado di elencare la vaccinazione come causa ufficiale di morte perché l'ICD non contiene più un codice per tale possibilità. Questo è strano perché le autorità sanitarie sono consapevoli che alcuni bambini diventeranno disabili in modo permanente o moriranno dopo aver ricevuto i vaccini, la stessa ragione per cui il Congresso ha approvato il National Childhood Vaccine Injury Act del 1986 (Public Law 99-660), che ha creato il Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) e ha istituito il National Vaccine Injury Compensation Program (VICP).

Molti genitori non si rendono conto che quando acquistano vaccini, il costo è tassato e il denaro (75 centesimi per vaccino) va in un fondo fiduciario gestito dal Dipartimento del Tesoro per compensarli se e quando quei vaccini feriscono o uccidono gravemente i loro bambini. A partire dal 1° maggio 2021, sono stati concessi più di 4,5 miliardi di dollari per migliaia di lesioni e decessi associati ai vaccini. Numerosi casi sono ancora in sospeso. I premi sono stati rilasciati per lesioni permanenti come difficoltà di apprendimento, disturbi convulsivi, ritardo mentale, paralisi e numerosi decessi, tra cui molti che sono stati inizialmente erroneamente classificati come

sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) [4].

Poiché i decessi correlati al vaccino sono ufficialmente riconosciuti dal governo federale attraverso il VICP, ma non ci sono classificazioni ufficiali per i decessi correlati al vaccino nell'ICD, deve essere posta una domanda importante: quali opzioni sono disponibili per i medici legali per registrare i decessi correlati al vaccino?

1.2. Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS)

Prima dell'introduzione di programmi di vaccinazione organizzati, la "morte nella vita materna" era così rara che non era menzionata nelle statistiche sulla mortalità infantile. Negli Stati Uniti, le campagne nazionali di immunizzazione sono state ampliate negli anni '60 quando sono stati introdotti e promossi diversi nuovi vaccini. Per la prima volta nella storia, la maggior parte dei neonati statunitensi è stata tenuta a ricevere diverse dosi di vaccini contro DPT (difterite, pertosse, tetano), poliomielite e morbillo. (Il vaccino contro il morbillo è stato somministrato a 9 mesi di età dal 1963 al 1965 [5]). Anche i vaccini contro la parotite e la rosolia sono stati introdotti negli anni '60. Nel 1969, un'allarmante epidemia di morti infantili improvvise inspiegabili spinse i ricercatori a creare un nuovo termine medico: la sindrome da morte improvvisa infantile (SIDS) [6]. Nel 1972, la SIDS era diventata la principale causa di mortalità post-neonatale (morti di neonati che si verificano tra 28 giorni e 1 anno di vita) negli Stati Uniti [7]. Nel 1973, il National Center for Health Statistics, gestito dal CDC, ha creato una nuova categoria di causa di morte per documentare i decessi dovuti a SIDS [8,9].

La SIDS è definita come la morte improvvisa e inaspettata di un bambino che rimane inspiegabile dopo un'indagine approfondita, compresa l'esecuzione di un'autopsia e la revisione della storia clinica [10]. Anche se non ci sono sintomi specifici associati alla SIDS, un'autopsia spesso rivela congestione ed edema dei polmoni e cambiamenti infiammatori nel sistema respiratorio [8,11].

Nel 1984, il Congresso tenne un'audizione sulla sicurezza dei vaccini. È stato affrontato il sospetto legame tra vaccini e morti infantili improvvise. Il seguente estratto è tratta da una dichiarazione fatta da una nonna sconvolta che testimonia davanti al Comitato del Congresso [12]:
Mi chiamo Donna Gary. Nostra nipote, Lee Ann, aveva solo 8 settimane quando sua madre l'ha portata dal medico per il suo controllo di routine. Ciò includeva la sua prima inoculazione DPT e il vaccino antipolio orale. In tutte le sue 8 settimane di vita questa bambina amabile ed estremamente vigile non aveva mai prodotto un urlo così sanguinante come ha fatto nel momento in cui è stato dato il colpo. Né sua madre aveva mai visto l'arco posteriore come ha fatto mentre urlava. Era inconsolabile. Quattro ore dopo, Lee Ann era morto. "La morte della culla", disse il medico, "SIDS". "Potrebbe essere collegato allo scatto?" i suoi genitori implorarono. "No." "Ma ha appena avuto il suo primo colpo di DPT questo pomeriggio. Potrebbe esserci qualche connessione con esso?" "No, nessuna connessione", ha detto sicuramente il medico del pronto soccorso.

Le statistiche che il mondo medico ama dire: "Non c'è connessione", sono davvero accurate, o si basano su diagnosi scadenti, scarsa tenuta dei registri? Cosa si sta facendo per fornire un vaccino più sicuro? In che modo i medici e le cliniche saranno ritenuti responsabili per vedere che i genitori siano informati delle possibili reazioni? E come sono i bambini che non dovrebbero ricevere il vaccino da identificare prima di essere danneggiati o morti?

Per tutti gli anni '80, le morti infantili improvvise hanno continuato a salire alle stelle. Le preoccupazioni dei genitori su un apparente legame tra i vaccini infantili e la SIDS hanno raggiunto un livello febbrile. Molti genitori avevano paura di vaccinare i loro bambini. Le autorità hanno cercato di rassicurare i genitori che i vaccini sono sicuri e hanno affermato che le morti infantili improvvise e inspiegabili (SUID) a seguito dei vaccini erano

semplicemente una coincidenza.

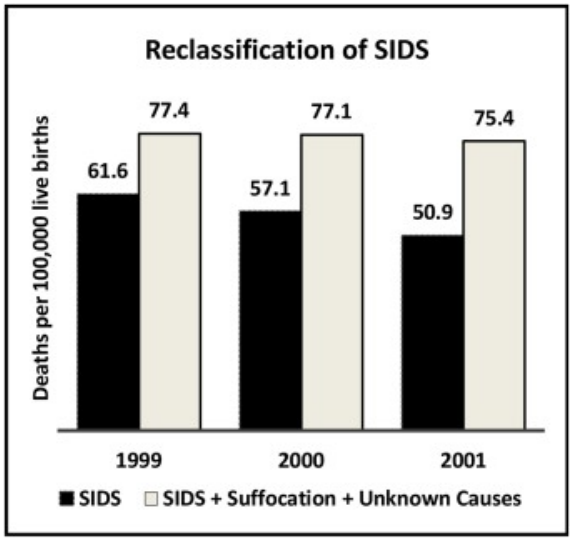
1.3. Tornare a dormire

Nel 1992, l'American Academy of Pediatrics (AAP) [13] ha escogitato un piano per ridurre l'inaccettabile tasso di SIDS, rassicurando le madri e i padri preoccupati che le morti infantili improvvise e inspiegabili non erano correlate ai vaccini. L'AAP ha avviato una campagna nazionale "Back to Sleep", dicendo ai genitori di posizionare i loro bambini in posizione supina, piuttosto che inclini, durante il sonno. Dal 1992 al 2001, la SIDS post-neonatale è diminuita di un tasso medio annuo dell'8,6% [9]. Sembrava che la campagna "Back to Sleep" avesse successo e che la vera causa della SIDS non fosse dovuta alle vaccinazioni ma ai bambini che dormivano sulla pancia.

Tuttavia, un esame più attento dell'ICD, i 130 modi ufficiali per far morire un bambino, ha rivelato una scappatoia. I certificatori medici, come i coroner, potevano scegliere tra diverse categorie di morte quando un bambino è improvvisamente scaduto. Non hanno dovuto elencare la morte come SIDS. Sebbene il tasso di SIDS post-neonatale sia diminuito di un tasso medio annuo dell'8,6 % dal 1992 al 2001 in seguito alla campagna "Back to Sleep" apparentemente riuscita dell'AAP, il tasso di mortalità post-neonatale da "soffocazione a letto" (codice ICD-9 E913.0) *è aumentato* durante questo stesso periodo a un tasso medio annuo *Le morti infantili improvvise e inspiegabili che erano classificate come SIDS prima della campagna "Back to Sleep" venivano ora classificate come morti dovute al soffocamento a letto.*

Il tasso di mortalità post-neonatale da "suffocation other" (codici IDIC-9 E913.1-E913.9), da "cause sconosciute e non specificate" (codice IICD-9 799.9) e da "intento sconosciuto" (codici IDIC-9 E980-E989), è aumentato anche durante questo periodo [9] In Australia, sembrava verificarsi un sotterfugio simile. I ricercatori hanno osservato che quando il tasso di SIDS è diminuito, i decessi attribuiti all'asfissia sono aumentati [[14], [15], [16]].

Dal 1999 al 2001, il numero di decessi negli Stati Uniti attribuiti a "soffrimento a letto" e "cause sconosciute" è aumentato in modo significativo. Sebbene il tasso di SIDS post-neonatale abbia continuato a diminuire, non *c'è stato alcun cambiamento significativo nel tasso totale di mortalità post-neonatale.* Secondo Malloy e MacDorman [9], "Se la preferenza del certificatore di morte si è spostata in modo tale che i decessi SIDS precedentemente classificati sono ora classificati come "soffocamento", l'inclusione di questi decessi per soffocamento e decessi sconosciuti o non specificati con decessi SIDS rappresenta circa il 90% del calo del tasso di SIDS osservato tra il 1)."



Scarica : Scarica l'immagine ad alta risoluzione (137KB)

Scarica : Scarica l'immagine a grandezza naturale

Fig. 1. Riclassificazione dei SIDS in "suffdizione a letto" e "cause sconosciute".

Il tasso di SIDS post-neonatale sembra essere diminuito da 61,6 decessi (per 100.000 nati vivi) nel 1999 a 50,9 nel 2001. Tuttavia, durante questo periodo c'è stato un aumento significativo dei decessi post-neonatali attribuiti a "suffocation a letto" e "cause sconosciute". Quando queste improvvise morti infantili inaspettate sono combinate con la SIDS, il tasso totale di SIDS rimane relativamente stabile, con un conseguente declino non significativo. Fonte: Malloy e MacDorman, 1993.

La tendenza a riclassificare le morti infantili improvvise sotto codici ICD alternativi è una preoccupazione costante. Dal 1999 al 2015, gli Stati Uniti Il tasso di SIDS è diminuito del 35,8 % mentre i decessi infantili dovuti al soffocamento accidentale sono aumentati del 186,8 %. Secondo Lambert et al. [17], "Ci sono prove di un continuo spostamento diagnostico tra i sottotipi SUID", ma "ci sono stati pochi cambiamenti nei tassi di SUID complessivi dal 1999". Gao e colleghi [18] hanno anche documentato una tendenza a riclassificare i casi di SIDS sotto codici ICD alternativi. I risultati di un'analisi di correlazione di Spearman 1999-2015 hanno mostrato una relazione significativa (rs = -0,6) tra la diminuzione della mortalità da SIDS e l'aumento della mortalità da soffocamento non intenzionale (codici ICD-10 W75-W84). L'aumento della mortalità correlata al soffocamento si è verificato in tutti i sottogruppi per sesso, razza ed etnia.

Come descritto, la vera portata della mortalità infantile correlata al vaccino è stata offuscata da tre azioni associate alle pratiche di certificazione della morte pediatrica: 1) tutte le classificazioni di causa di morte associate alla vaccinazione sono state eliminate dall'ICD, 2) il SIDS è diventato una categoria di causa di morte comunemente utilizzata per almeno alcuni decessi correlati al vaccino (come confermato dai premi VICP che Nonostante questi ostacoli al raggiungimento di un resoconto accurato della mortalità infantile correlata al vaccino, esiste un modo alternativo per valutare la probabilità che esista una vera relazione tra i vaccini infantili e le morti infantili improvvise. Una valutazione mirata del database VAERS potrebbe essere intrapresa per determinare se le morti infantili e i casi di SIDS tendono a verificarsi in prossimità temporale della somministrazione del vaccino.

1.4. Analisi del database VAERS, 1990-2019

Il Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) è un programma nazionale di sorveglianza della sicurezza che raccoglie informazioni sulle possibili reazioni avverse ai vaccini somministrati negli Stati Uniti. Ogni rapporto include informazioni sul paziente, sui vaccini somministrati e sui sintomi relativi al loro evento avverso. Dal 1990, VAERS ha ricevuto oltre 700.000 segnalazioni, che descrivono tutto, dagli effetti collaterali lievi alle gravi condizioni potenzialmente letali, tra cui l'ospedalizzazione, la disabilità permanente e la morte. Il CDC considera VAERS un importante strumento di valutazione della sicurezza del vaccino e conduce regolarmente i propri studi utilizzando i dati VAERS. Il database VAERS è disponibile anche per ricercatori indipendenti. Monitorando gli eventi avversi documentati in VAERS, è possibile identificare modelli insoliti e importanti problemi di sicurezza.

Nello studio qui presentato, sono stati valutati i tempi e la distribuzione delle morti infantili improvvise dopo la vaccinazione. Se non esiste alcuna relazione tra i vaccini infantili e le morti infantili improvvise, l'aspettativa sarebbe che i casi di SIDS siano distribuiti equamente ogni giorno piuttosto che raggrupparsi nel primo periodo post-vaccinazione (dal giorno 1 al giorno 7). Per testare questa ipotesi, il database VAERS è stato analizzato per accertare l'intervallo di insorgenza delle morti infantili post-vaccinazione.

2. Metodi

È stata condotta una ricerca online del database VAERS [19]. Il database è stato filtrato per includere solo i rapporti con una data di vaccinazione dal 1990 al 2019, di neonati (bambini < 1 anno di età) che sono morti entro 60 giorni dalla vaccinazione. Nella prima analisi (tutta la mortalità), VAERS è stato filtrato per includere tutte le segnalazioni di mortalità infantile indipendentemente dal fatto che "morte improvvisa" o SIDS fosse elencata nel rapporto. Nella seconda analisi (SIDS), la ricerca VAERS è stata ulteriormente limitata a includere solo rapporti che menzionavano "morte improvvisa" o "sindrome da morte improvvisa del lattante". In entrambe le analisi, i decessi sono stati stratificati per l'intervallo di insorgenza post-vaccinazione, cioè per il numero di giorni trascorsi tra la vaccinazione e la morte (intervallo = 1-60 giorni, con il giorno 1 = giorno di vaccinazione). Il test chi-squared di Pearson è stato utilizzato per determinare se c'era una differenza statisticamente significativa tra le frequenze attese di mortalità infantile e le frequenze effettive riportate.

3. Risultati

3.1. Dati demografici

Ci sono stati 2989 decessi infantili segnalati a VAERS con una data di vaccinazione dal 1990 al 2019. Di questo totale, 2605 (87,2 %) si sono verificati entro 60 giorni. I maschi costituivano il 58,2 % di questa popolazione, le femmine costituivano il 39,3 % e nel 2,5 % il sesso era sconosciuto. Il rapporto maschio-femmina era del 59,7%-40,3% per i 2540 casi in cui il sesso era noto. I neonati di età inferiore ai 6 mesi comprendevano l'86,5 % di tutti i decessi, mentre il resto (13,5%) si è verificato nei neonati più grandi.

Dei 2605 decessi infantili in esame, 1048 (40,2%) sono stati etichettati come SIDS, di cui il 60,5% di sesso maschile, il 37,8 % di sesso femminile e nell'1,7 % il sesso era sconosciuto. Il rapporto maschio-femmina era del 61,6%-38,4% per i 1030 casi in cui il sesso era noto. I neonati di età inferiore ai 6 mesi comprendevano l'89,9 % di tutti i casi di SIDS, mentre il resto (10,1%) si è verificato nei neonati più grandi. Ulteriori dati demografici possono essere trovati nella tabella 1.

Tabella 1. Dati demografici.

Categoria demografica	Tutta la mortalità	SIDS
Popolazione VAERS	2605	1048
Maschio	1516 (58,2 %)	634 (60,5 %)
Femmina	1024 (39,3 %)	396 (37,8 %)
Sesso sconosciuto	65 (2,5 %)	18 (1,7 %)
Rapporto maschio/femmina*	59,7 %/4,3 %	61,6 %/38.4 %
< 6 mesi di età	2253 (86,5 %)	942 (89,9 %)
6 mesi < 1 anno	352 (13,5%)	106 (10,1 %)
0 < 3 mesi di età	1359 (52,2%)	579 (535,2 %)
3 mesi < 6 mesi	894 (34,3%)	363 (34,6%)
6 mesi < 9 mesi	280 (10,7 %)	98 (9,4 %)

9 mesi < 1 anno	72 (2,8 %)	8 (0,8 %)

Sono state analizzate due popolazioni infantili nel database VAERS: Tutta la mortalità e SIDS. In entrambe le popolazioni, più maschi che femmine sono scaduti dopo la vaccinazione e ci sono state più segnalazioni di morte improvvisa nei neonati più piccoli rispetto ai neonati più grandi.

* Questa categoria fornisce il rapporto maschio-femmina per i 2540 decessi infantili e 1030 casi di SIDS in cui il sesso era noto.

3.2. Analisi

Dei 2605 decessi infantili, il 58 % si è raggruppato entro 3 giorni dopo la vaccinazione e il 78,3% entro 7 giorni dopo la vaccinazione. I decessi rimanenti si sono verificati tra 8 giorni e 60 giorni dopo la vaccinazione, una media di 11 al giorno (564/53 giorni) rispetto ai 760 decessi infantili che si sono verificati il secondo giorno dopo la vaccinazione, un aumento di 69 volte (Tabella 2). Se i 2605 decessi che si sono verificati entro 60 giorni dalla vaccinazione fossero distribuiti in modo casuale durante questo intervallo, ci si aspetterebbe 43,42 decessi al giorno o 304 a settimana. L'eccesso di decessi il giorno della vaccinazione (43 si è verificato/440 si è verificato), entro 3 giorni dopo la vaccinazione (130 era previsto/1512 si è verificato) e nella prima settimana post-vaccinazione (si prevedevano si sono verificati 304/2041) erano tutti statisticamente significativi ($p < 0,00001$).

Tabella 2. Intervallo di insorgenza delle morti infantili post-vaccinazione, USA.

Intervallo di insorgenza dopo la vaccinazione	Eventi segnalati	% cumulativo degli eventi totali
Giorno di vaccinazione	440	16,9% (440/2605)
Giorno 2	760	46,1 % (1200/2605)
Giorno 3	312	58,0 % (1512/2605)
Giorno 4	214	66,3 % (1726/2605)
Giorno 5	131	71,3 % (1857/2605)
Giorno 6	92	74,8% (1949/2605)
Giorno 7	92	78,3 % (2041/2605)
Giorni 8–60	564	100 % (2605/2605)
Totale decessi	**2605**	

Il cinquantotto per cento di tutte le morti infantili segnalate a VAERS si è verificato entro 3 giorni dopo la vaccinazione; il 78,3% si è verificato entro 7 giorni dopo la vaccinazione. I decessi rimanenti si sono verificati tra 8 e 60 giorni dopo la vaccinazione, una media di 11 al giorno (564/53 giorni) rispetto ai 760 decessi infantili verificatisi il secondo giorno dopo la vaccinazione, un aumento di 69 volte. Dati ottenuti da VAERS 1990-2019, età < 1 anno, decessi segnalati entro 60 giorni dal giorno della vaccinazione.

Dei 1048 casi di SIDS, il 51 % si è raggruppato entro 3 giorni dopo la vaccinazione e il 75,5 % entro 7 giorni dopo la vaccinazione. I restanti casi di SIDS si sono verificati tra 8 giorni e 60 giorni dopo la vaccinazione, una media di

4,8 al giorno (257/53 giorni) rispetto ai 277 casi di SIDS che si sono verificati il secondo giorno dopo la vaccinazione, un aumento di 57 volte (Tabella 3). Se i 1048 casi di SIDS che si sono verificati entro 60 giorni dalla vaccinazione fossero distribuiti in modo casuale durante questo intervallo, ci si aspetterebbe 17,47 casi di SIDS al giorno o 122 alla settimana. L'eccesso di casi di SIDS il giorno della vaccinazione (17 erano attesi/131 si sono verificati), entro 3 giorni dopo la vaccinazione (52 erano attesi/534 si sono verificati) e nella prima settimana post-vaccinazione (122 erano attesi/791 si sono verificati) erano tutti statisticamente significativi ($p < 0,00001$).

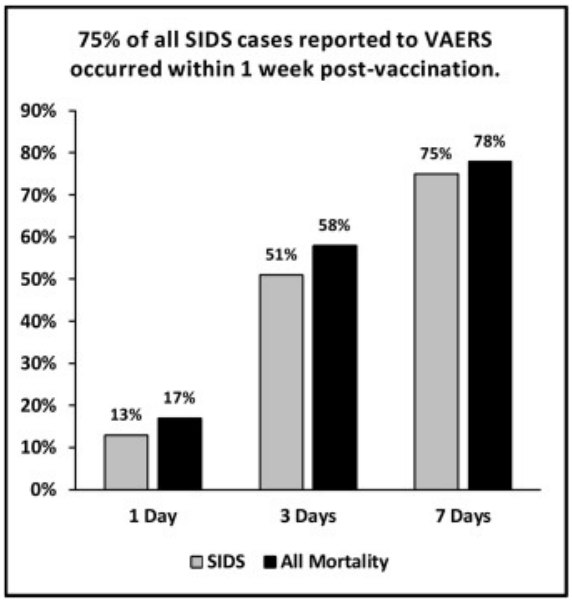
Tabella 3. Intervallo di insorgenza della SIDS post-vaccinazione, USA.

Intervallo di insorgenza dopo la vaccinazione	Eventi segnalati	% cumulativo degli eventi totali
Giorno di vaccinazione	131	12.5 % (131/1048)
Giorno 2	277	38,9% (408/1048)
Giorno 3	126	51.0 % (534/1048)
Giorno 4	110	61,5 % (644/1048)
Giorno 5	57	66,9 % (701/1048)
Giorno 6	39	70.6 % (740/1048)
Giorno 7	51	75.5 % (791/1048)
Giorni 8–60	257	100 % (1048/1048)
Totale decessi	**1048**	

Il cinquantuno per cento di tutti i casi di SIDS segnalati a VAERS si è verificato entro 3 giorni dopo la vaccinazione; il 75,5% si è verificato entro 7 giorni dopo la vaccinazione. I restanti casi di SIDS si sono verificati tra 8 e 60 giorni dopo la vaccinazione, una media di 4,8 al giorno (257/53 giorni) rispetto ai 277 casi di SIDS che si sono verificati il giorno 2 dopo la vaccinazione, un aumento di 57 volte. Dati ottenuti da VAERS 1990-2019, età < 1 anno, casi di SIDS segnalati entro 60 giorni dal giorno della vaccinazione.

4. Discussione

I risultati di questo studio hanno rivelato che le morti infantili e i casi di SIDS non sono stati distribuiti in modo casuale ogni giorno. Invece, la mortalità infantile e i casi di SIDS segnalati ai VAERS tendevano a verificarsi in prossimità temporale alla somministrazione del vaccino, cioè si raggruppavano nel primo periodo post-vaccinazione, dal giorno 1 al giorno 7 (Fig. 2). I decessi in eccesso sono stati significativamente maggiori del previsto ($p < 0,00001$). Sono state proposte diverse teorie sul meccanismo patogeno alla base di questi eventi fatali. Secondo Douglas Miller [20], neuropatologo e testimone esperto di SIDS, i vaccini evocano la produzione di citochine che possono produrre febbre e inibire l'attività dei neuroni 5-HT nel midollo causando apnea prolungata e interferenze con l'auto-rianimazione. Matturri et al. [21] hanno ipotizzato che gli adiuvanti di alluminio nei vaccini attraversino la barriera emato-encefalica "inducendo alterazioni molecolari neuronali nel DNA, nell'RNA e nelle proteine dei neuroni del tronco cerebrale che regolano le funzioni vitali, con conseguente disorganizzazione fatale del controllo respiratorio nei neonati particolarmente predisposti". Miller e Goldman [22] hanno suggerito il potenziale di tossicità biochimica o sinergica dovuta a più vaccini somministrati contemporaneamente.



Scarica : Scarica l'immagine ad alta risoluzione (157KB)

Scarica : Scarica l'immagine a grandezza naturale

Fig. 2. Raggruamento dei casi di SIDS e di tutta la mortalità infantile dopo la vaccinazione.

Dei 1048 bambini deceduti per SIDS, il 13 % è scaduto il giorno della vaccinazione, il 51 % è morto entro 3 giorni e il 75 % è morto entro 7 giorni. Per quanto riguarda l'intera popolazione di 2605 decessi infantili segnalati a VAERS (tutta la mortalità), è stata osservata una distribuzione simile degli eventi fatali post-vaccinazione. Fonte: VAERS 1990–2019; Miller 2021.

All'interno di entrambe le analisi - Tutta la mortalità e la SIDS - circa il 60 % delle vittime erano maschi. Ciò è coerente con i risultati di altri studi sulla SIDS in tutto il mondo [23]. Alcune prove suggeriscono che i maschi sono più suscettibili alle morti infantili perché hanno maggiori probabilità di essere partoriti prematuramente. La mortalità infantile nei bambini prematuri è più probabile nei maschi e i decessi che si verificano secondari alla sindrome da distress respiratorio nei bambini prematuri sono più prevalenti nei maschi [24]. Moscovis et al. [25] hanno suggerito che un aumento del testosterone nei neonati maschi potrebbe "influenzare la disregolazione delle risposte infiammatorie alle infezioni apparentemente "lievi" contribuendo alla maggiore percentuale di vittime di maschi di SIDS. Kinney et al. [26] hanno osservato che "una sostanziale ablazione (circa il 60 %) dei neuroni raphé midollari con una tossina selettiva per 5-HT diminuisce le risposte di CO_2 nel sonno NREM solo nei maschi". In altre parole, la SIDS può essere più comune nei maschi perché nella situazione con un sistema 5-HT midollare difettoso possono essere meno in grado di rispondere all'accumulo di anidride carbonica durante il sonno.

Ulteriori dati demografici nella tabella 1 mostrano significativamente più segnalazioni di mortalità infantile nei neonati più piccoli rispetto ai neonati più grandi ($p < 0{,}00001$). Goldman e Miller [27] hanno trovato un tasso di mortalità significativamente più alto per i neonati vaccinati tra la nascita e i 6 mesi di età rispetto ai bambini vaccinati tra i 6 mesi e 1 anno di età (RR = 3,0, 95 % CI 2,6-3,4). La SIDS può essere più comune nei bambini più piccoli perché è allora che è più probabile che si verifichi la SIDS. Tuttavia, Torch (1982) [28] ha scoperto che i bambini non vaccinati che sono morti di SIDS lo facevano più spesso in autunno o in inverno, mentre i bambini vaccinati sono morti più spesso a 2 e 4 mesi, la stessa età in cui i bambini hanno ricevuto le loro dosi iniziali di DPT.

4.1. Revisione delle prime prove che collegano la morte improvvisa del bambino ai vaccini

Sebbene alcuni studi non siano stati in grado di trovare correlazioni positive tra SIDS e vaccini [[29], [30], [31]], ci sono prove credibili che un sottogruppo di neonati può essere ad aumentato rischio di SIDS poco dopo essere stati vaccinati. Ad esempio, già nel 1933, Madsen [32] documentò la morte improvvisa di due bambini subito dopo aver ricevuto le vaccinazioni contro la pertosse a cellule intere. Il primo bambino ha sviluppato cianosi e convulsioni 30 minuti dopo la vaccinazione ed è morto pochi minuti dopo. Il secondo bambino ha sviluppato la cianosi 2 ore dopo la vaccinazione ed è morto. Nel 1946, Werne e Garrow [33] documentavano le morti improvvise di gemelli identici 24 ore dopo la vaccinazione contro la difterite e la pertosse. I bambini hanno avuto sintomi di shock per tutta la notte prima delle loro reazioni fatali.

Anche se la morte improvvisa simultanea di bambini gemelli - SIDS simultanea - è rara, Werne e Garrow non sono stati gli unici scienziati a documentare questo fenomeno e a citare i vaccini come una possibile influenza precipitante. Altri casi sono stati segnalati nella letteratura medica e possono indicare una causa ambientale piuttosto che una naturale. Ad esempio, Roberts [34] ha riferito di ragazzi gemelli che "hanno ceduto contemporaneamente a morti improvvise inaspettate" 3 ore dopo la vaccinazione DPT. L'autore ha concluso che "le coincidenze si verificano e dovrebbero essere viste in prospettiva". Balci et al. [35] hanno riferito di twin girls identiche, di 15 settimane, che sono morte improvvisamente 2 giorni dopo aver ricevuto i vaccini orali contro la poliomielite, l'epatite B e il DPT. Sono stati trovati dalla loro madre, "entrambi in posizione supina" (come raccomandato dall'AAP). I gemelli erano sani prima dell'incidente. Le loro morti sono state registrate come SIDS. Secondo Bass [36], "la probabilità che i gemelli muoiano improvvisamente e contemporaneamente di SIDS, un disturbo naturale, sfida la credibilità". Mitchell et al. [37] hanno pubblicato un caso clinico che descrive gemelli identici di 12 settimane che sono morti "sono sulla schiena". Sebbene le loro morti siano state etichettate con SIDS, 5 giorni prima della morte hanno ricevuto più vaccini contemporaneamente, tra cui DTaP (difterite, tetano e pertosse acellulare), poliomielite orale, epatite B e *Haemophilus influenzae* di tipo B (Hib). Huang et al. [38] hanno pubblicato un caso clinico che descrive la morte improvvisa di bambini maschi gemelli di 10 settimane. La loro madre li ha trovati sdraiati sulla schiena, senza vita. Dieci giorni prima avevano ricevuto le loro prime dosi di DPT e vaccini antipolio orali.

Negli anni '60 e '70, i bambini aborigeni iniziarono a morire misteriosamente a ritmi allarmanti. In alcune regioni dell'Australia, 1 bambino su 2 ha ceduto a una morte inspiegabile. Archie Kalokerinos [39], un medico australiano, ha risolto l'enigma quando si è reso conto che le morti si stavano verificando poco dopo che i bambini erano stati vaccinati. I funzionari sanitari avevano recentemente avviato una campagna di vaccinazione di massa per proteggere i bambini aborigeni; le loro morti corrispondevano al programma di vaccinazione. Kalokerinos si rese conto che questi bambini erano gravemente malnutriti. Il loro sistema immunitario non sviluppato non poteva gestire lo stress aggiuntivo della vaccinazione: "Alcuni morirebbero in poche ore a causa della carenza acuta di vitamina C precipitata dall'immunizzazione. Altri subirebbero insulti immunologici e morirebbero in seguito di polmonite, gastroenterite o malnutrizione". Kalokerinos è stato in grado di salvare numerosi bambini dallo stesso destino somministrando piccole quantità di vitamina C (100 mg al mese di età) prima dei loro vaccini.

Linus Pauling [39], che vinse un premio Nobel per la chimica, sostenne il lavoro di Kalokerinos:
Credo che la conclusione raggiunta dal dott. Kalokerinos - che l'alta mortalità infantile e l'alta incidenza generalmente di malattie tra i bambini aborigeni devono essere attribuite in gran parte a un basso contenuto corporeo di vitamina C - è corretto. Inoltre...la carenza di vitamina C è esacerbata dalle vaccinazioni, poiché è noto che l'immunizzazione porta alla distruzione della vitamina C. Dr. Kalokerinos merita molto credito per aver fatto queste scoperte.

In Giappone, dal 1970 al 1974, ci sono state 37 morti improvvise infantili documentate a seguito di vaccinazioni contro la pertosse, incitando genitori e medici a rifiutare il colpo. Nel 1975, le autorità giapponesi hanno reagito a questi eventi aumentando l'età della vaccinazione da 3 mesi a 2 anni. Di conseguenza, il numero di richieste di risarcimento per lesioni da vaccino che sono state pagate per morti improvvise a seguito della vaccinazione è sceso da 37 casi durante un periodo di 5 anni a soli 3 casi durante i successivi 6 anni e mezzo (dal 1975 all'agosto del 1981). Il tasso di mortalità improvvisa dopo la vaccinazione è sceso da 1,47 a 0,15 morti per milione di dosi, un miglioramento del 90% [40,41]. Inoltre, dai primi anni '70 (un periodo in cui i bambini di 3 mesi venivano vaccinati) alla metà degli anni '80 (deci anni dopo che l'età della vaccinazione era stata portata a 2 anni) il tasso di mortalità infantile giapponese (morti infantili per 1000 nati vivi) è diminuito da 12,45,0, un miglioramento del 60% [42]. Una speciale Task Force sulla pertosse e l'immunizzazione dalla pertosse ha studiato i dati giapponesi e ha pubblicato il loro rapporto sulla rivistaPediatrics. Secondo Cherry et al. [41], "La categoria 'morte improvvisa' è istruttiva in quanto è scomparsa dopo sia i vaccini a cellule intere che acellulari quando l'immunizzazione è stata ritardata fino a quando un bambino aveva 24 mesi di età". La Task Force speciale ha anche fatto la seguente osservazione: "È chiaro che ritardare la vaccinazione iniziale fino a quando un bambino ha 24 mesi, indipendentemente dal tipo di vaccino, riduce la maggior parte delle reazioni avverse gravi temporalmente associate".

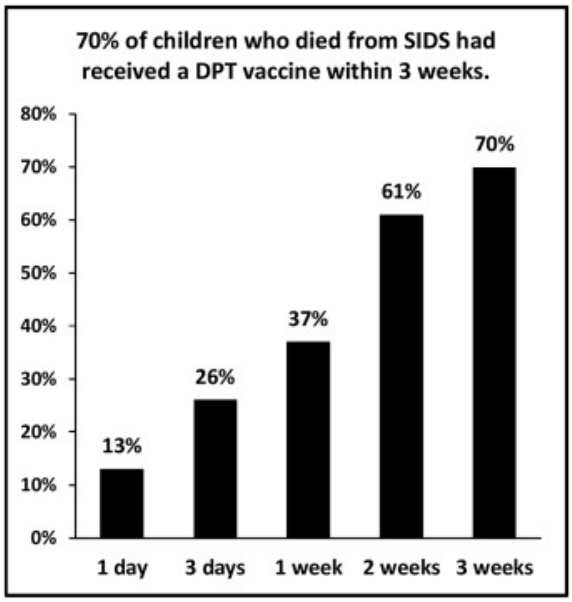
Ci sono ulteriori prove che ritardare le vaccinazioni fino a un'età più avanzata potrebbe salvare i bambini da gravi reazioni avverse correlate al vaccino, tra cui ricoveri e morti improvvise. Goldman e Miller [27] hanno indagato su più di 38.000 rapporti sui neonati depositati presso VAERS. I ricoveri e i decessi per lattanti post-vaccinazione sono stati valutati in relazione a *tutti* gli eventi avversi per lattanti post-vaccinazione, compresi quelli non gravi. Il tasso di ospedalizzazione per i neonati vaccinati poco dopo la nascita è stato di un sorprendente 20,1%, ma è diminuito in modo lineare statisticamente significativo al 10,7 % per i neonati vaccinati poco prima del loro primo compleanno. Come notato in precedenza, questo studio ha anche trovato un tasso di mortalità significativamente più alto per i bambini più piccoli rispetto a quelli che sono stati vaccinati in età avanzata.

Nel 1978-1979, 11 bambini nel Tennessee sono morti entro 8 giorni dopo la vaccinazione DPT [43]. Cinque dei bambini sono morti improvvisamente entro 24 ore dalla vaccinazione. Nove degli 11 bambini avevano ricevuto il loro vaccino dallo stesso lotto. Un'indagine successiva ha confermato una relazione maggiore del previsto tra il lotto #64201 del vaccino DPT e la SIDS. Inizialmente, le autorità sanitarie "non sentivano che una relazione causale potesse essere totalmente esclusa". Più tardi, la Food and Drug Administration (FDA) ha rilasciato una dichiarazione rivista secondo cui "gli esperti... non hanno trovato prove di una relazione causa-effetto". Infine, il CDC ha affermato che i casi di SIDS in Tennessee che si sono verificati poco dopo la vaccinazione DPT erano tutti una "coincidenza". (Dopo questo incidente, i promemoria interni del produttore del vaccino hanno rivelato una nuova politica di limitare le spedizioni di vaccino DPT in modo che nessuna posizione geografica ricevesse tutto il prodotto da un singolo lotto, confondendo la capacità di tracciare lotti caldi che potrebbero causare gruppi di casi SIDS post-vaccinazione.)

Nel 1980, le analisi di dati aggiuntivi raccolti dal CDC [44] hanno rivelato 23 segnalazioni di morte entro 28 giorni dalla vaccinazione DPT. Dei 23 decessi, 12 (52,2%) si sono verificati entro 24 ore e 18 (70,3 %) si sono verificati entro 1 settimana dopo la vaccinazione. In 16 dei 23 decessi, i risultati dell'autopsia erano coerenti con la SIDS. Dei 16 decessi per SIDS, 6 (37,5 %) si sono verificati entro 24 ore e il 12 (75 %) si sono verificati entro 1 settimana dopo la vaccinazione.

Nel 1982, William Torch, MD [28], direttore di Child Neurology, Department of Pediatrics, University of Nevada School of Medicine, presentò uno studio alla 34a riunione annuale dell'American Academy of Pediatrics sulla

relazione tra DPT e SIDS. Secondo Torch, "I dati preliminari sui primi 70 casi studiati mostrano che due terzi erano stati immunizzati entro 21 giorni prima della morte. Nel gruppo DPT-SIDS, il 6,5 % è deceduto entro 12 ore dall'inoculazione, il 13 % entro 24 ore, il 26 % entro 3 giorni e il 37 %, il 61 % e il 70 % rispettivamente entro 1, 2 e 3 settimane."(Fig. 3) Torch ha anche scoperto che i bambini non vaccinati che sono morti di SIDS lo facevano più spesso in autunno o in inverno, mentre i bambini vaccinati sono morti più spesso a 2 e 4 mesi, la stessa età in cui sono state somministrate dosi iniziali di DPT ai bambini. Ha concluso che...
Il DPT può essere una causa principale generalmente non riconosciuta di morte improvvisa infantile e della prima infanzia, e i rischi dell'immunizzazione possono superare i suoi potenziali benefici. La necessità di una rivalutazione e di una possibile modifica delle attuali procedure di vaccinazione è indicata da questo studio.



Scarica : Scarica l'immagine ad alta risoluzione (151KB)
Scarica : Scarica l'immagine a grandezza naturale

Fig. 3. Il vaccino contro la pertosse e la SIDS.

In uno studio preliminare su 70 bambini deceduti per SIDS, più di due terzi avevano ricevuto DPT entro 21 giorni prima della morte: il 13% è deceduto entro 24 ore, il 26 % entro 3 giorni e il 37 %, il 61 % e il 70 % entro 1, 2 e 3 settimane, rispettivamente. Fonte: Torch, 1982.

Nel 1983, Baraff et al. [45] hanno analizzato i dati associati a 27 bambini che erano stati vaccinati entro 28 giorni prima della loro morte improvvisa, che sono stati classificati come SIDS. Hanno calcolato la frequenza prevista dei decessi per SIDS al giorno e l'hanno confrontata con il numero effettivo di decessi improvvisi in ciascuno dei 28 giorni post-vaccinazione. Un numero statisticamente significativo di morti in eccesso si è verificato durante la prima settimana post-vaccinazione: 6,75 morti improvvise erano attesi e 17 si sono effettivamente verificati ($p < 0,05$). Il maggior numero di decessi in eccesso si è verificato entro 24 ore dopo la vaccinazione: erano attesi 0,96 morti improvvisi e 6 si sono effettivamente verificati ($p < 0,0005$). Secondo l'autore principale, "Questo studio dimostra ulteriormente la possibile associazione tra immunizzazione DTP e SIDS".

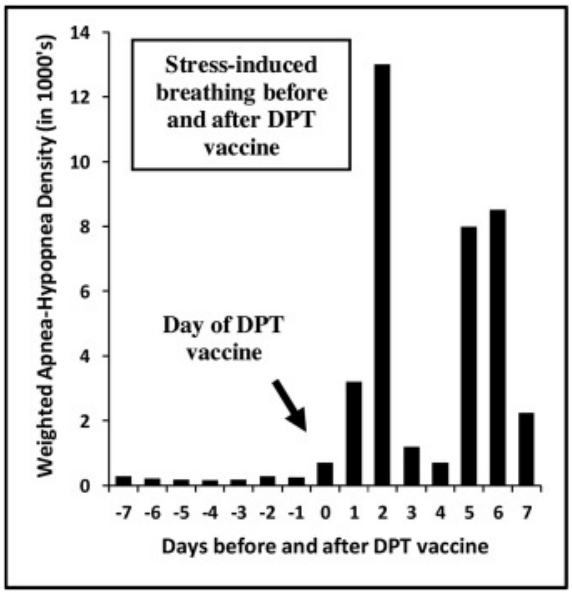
Nel 1986, Torch [46] ha riassunto i casi clinici di oltre 200 decessi che si sono verificati a seguito della vaccinazione DPT, come riportato da 37 autori in 12 paesi. Circa la metà di questi decessi si è verificata entro 24 ore, il 75% entro 3 giorni e il 90% entro 1 settimana dopo la vaccinazione. Per la maggior parte di queste morti non

è stata possibile trovare una causa specifica, anche se molte sono state etichettate come SIDS.

Nel 1987, Walker e colleghi [47] hanno scoperto che i neonati vaccinati con DPT avevano un rischio ridotto di SIDS rispetto ai bambini che non hanno ricevuto DPT. Eppure gli autori sembravano scettici su questa scoperta: "Tutte le spiegazioni dei candidati per l'osservazione dell'aumento del rischio di SIDS nei neonati non immunizzati dipendono da un artefatto di qualche tipo. I tassi di SIDS nel Regno Unito non sono aumentati e diminuiti con l'abbandono di massa della vaccinazione contro la pertosse, né con le conseguenti epidemie di pertosse. Sembra quindi improbabile che l'immunizzazione contro la pertosse protegga contro il SIDS". Invece, "la principale scoperta del presente studio" è stata un aumento statisticamente significativo del rischio di SIDS nel primo periodo post-vaccinazione. I bambini sono morti a un tasso più di 7 volte superiore al previsto nel periodo 0-3 giorni dopo la vaccinazione DPT rispetto al periodo che inizia 30 giorni dopo la vaccinazione (RR = 7,3, 95% CI 1,7-31).

Nel 1990, Gilbert et al. [48] hanno scoperto che una percentuale più elevata di bambini SIDS rispetto ai controlli era stata vista da un medico generico durante la settimana precedente: 17,9 % contro 5,6 % (OR = 2,6, 95 % CI 1,2-5,7). Tuttavia, non è chiaro se i bambini siano stati portati dal medico a causa di una malattia o per una visita well-baby per ricevere i vaccini. L'età media dei bambini era di 3 mesi. Secondo gli autori, "I genitori dei bambini che sono morti avevano maggiori probabilità di averli portati da un medico di medicina generale rispetto ai genitori dei bambini di controllo. Per questa minoranza di bambini che sono stati visti dal loro medico di medicina generale durante la settimana prima della morte, una migliore comprensione dei fattori che provocano il contatto con il medico di medicina generale può consentire ad alcuni di essere identificati come a rischio di morte improvvisa e inaspettata".

Nel 1991, Scheibner e Karlsson [49,50] hanno presentato prove alla 2a Conferenza nazionale sull'immunizzazione a Canberra, in Australia, su un'associazione tra iniezioni di DPT e morte per cot (SIDS). Karlsson, un ingegnere biomedico, ha sviluppato un sofisticato microprocessore, Cotwatch, che è stato posto sotto i materassi dei bambini per misurare con precisione i loro modelli di respirazione prima e dopo la vaccinazione. Il monitor di respirazione Cotwatch ha generato stampe al computer in integrali di una densità ponderata di apnea (cessazione della respirazione) e ipopnea (respirazione anormalmente superficiale) (WAHD). I dati hanno rivelato che la vaccinazione contro la pertosse ha causato un aumento eccessivo degli episodi in cui la respirazione è quasi cessata o si è fermata completamente (Fig. 4). Questi episodi sono continuati per diverse settimane dopo la vaccinazione.



Scarica : Scarica l'immagine ad alta risoluzione (170KB)

Scarica : Scarica l'immagine a grandezza naturale

Fig. 4. Il vaccino contro la pertosse, la respirazione indotta dallo stress e il rischio di SIDS.

Questo grafico rappresenta una registrazione di 15 giorni del modello di respirazione di un bambino prima e dopo aver ricevuto un vaccino DPT. Valori superiori a 1000 indicano una respirazione acuta indotta dallo stress, con episodi in cui la respirazione era anormalmente superficiale o interrotta completamente. Questi livelli di stress aumentati nella respirazione sono continuati per più di 6 settimane dopo la vaccinazione. Fonte: Scheibner, 1993.

Quando le reazioni avverse o i decessi si verificano diversi giorni o settimane dopo la vaccinazione, è difficile associarle al vaccino. Tuttavia, le stampe del computer Cotwatch hanno mostrato che l'aumento dei livelli di stress nella respirazione è continuato per più di 6 settimane dopo la vaccinazione. Secondo Scheibner, "i bambini sperimentano riacutizzazioni di respirazione stressata dopo il DPT e i vaccini orali contro la poliomielite. Questi giorni sono giorni critici". Sebbene i dati preliminari di Torch nel 1982 abbiano mostrato che due terzi dei bambini SIDS erano stati vaccinati entro 21 giorni prima della morte, i dati di Scheibner hanno indicato che "i destinatari di un vaccino come il DPT e la poliomielite orale possono reagire per più di 21 giorni dopo la somministrazione dei vaccini [50]".

Nel 1998, Ridgway [51] ha esaminato le richieste di risarcimento per lesioni da vaccino depositate presso il VICP. Delle 107 richieste che hanno portato alla morte prematura a seguito della vaccinazione DPT, 73 (68,2%) hanno ricevuto un risarcimento. In 50 delle 73 richieste compensate, le autopsie avevano attribuito i decessi a SIDS. Gli altri decessi correlati al DPT sono stati attribuiti a risultati non specifici, altri risultati specifici, polmonite ed encefalite.

Nel 2005, Von Kries et al. [52] hanno analizzato il rischio di morte improvvisa e inaspettata nei bambini piccoli entro 1-28 giorni dalla ricezione di un vaccino esavalente (6 vaccini in un vaccino per la protezione contro difterite, tetano, pertosse, epatite B, Hib e poliomielite). Durante l'infanzia, i rapporti di mortalità standardizzati (SMR) non erano significativamente più alti del previsto il primo giorno dopo aver ricevuto un vaccino esavalente. Nel secondo anno di vita, i bambini avevano significativamente più probabilità di morire entro 1 giorno (SMR =

31,3, 95% CI 3,8-113) o 2 giorni (SMR = 23,5, 95% CI 4,8-6),6) dopo la vaccinazione esadecimale.

Nel 2006, Ottaviani et al. [53] hanno pubblicato un caso clinico che documenta un bambino di 3 mesi che è morto improvvisamente e inaspettatamente poco dopo aver ricevuto il vaccino combinato 6-in-1. Dopo aver sezionato il tronco cerebrale ed aver esaminato il sistema di conduzione cardiaca, gli autori dello studio hanno fatto la seguente osservazione: "Questo caso offre una visione unica sul possibile ruolo del vaccino esavalente nell'innescare un esito letale in un bambino vulnerabile". Hanno anche notato che "qualsiasi caso di morte improvvisa e inaspettata che si verifichi... nell'infanzia, specialmente subito dopo una vaccinazione, dovrebbe sempre essere sottoposto a uno studio di necropsia completo", altrimenti una vera associazione tra vaccinazione e morte può sfuggire al rilevamento.

Nello stesso anno, gli scienziati associati all'Istituto di Medicina Forense di Monaco di Baviera, Germania (Zinka et al.) [54] hanno riferito che 6 bambini "sono stati trovati morti senza spiegazioni" 1-2 giorni dopo la vaccinazione esavalente. I bambini sono stati sottoposti a un esame forense post-mortem: "Oltre alle anomalie neuropatologiche e istologiche, tutti questi bambini hanno mostrato uno straordinario edema cerebrale.... L'aumento dei livelli di triptasia e il numero di granulociti eosinofili suggeriscono che si è sviluppata una reazione anafilattica dopo la vaccinazione". Gli scienziati hanno riportato questi 6 casi "per indirizzare l'attenzione su un possibile grave effetto collaterale della vaccinazione". Sebbene non fossero in grado di dimostrare che le morti infantili fossero causate dal vaccino multivalente, hanno ritenuto che "è importante informare i medici e i pediatri vaccinanti, così come i genitori, su tali complicazioni fatali dopo i vaccini esavalenti. Se l'uso ampio di vaccini esavalenti continua, molto probabilmente sono necessari studi approfonditi per valutare o escludere una relazione tra vaccinazione e morte nei neonati". Hanno anche documentato un aumento di 13 volte delle morti infantili improvvise e inspiegabili dal 2001 al 2004, dopo che i vaccini esavalenti sono stati approvati dalla Commissione europea nell'ottobre 2000, rispetto al periodo precedente dal 1994 al 2000.

Nel 2007, Soldatenkova e Yazbak [55] hanno esaminato una relazione tra la vaccinazione contro l'epatite B e le morti neonatali inspiegabili. Dei 29 decessi segnalati a VAERS come inspiegabili, 24 sono stati attribuiti a SIDS. Dei 29 neonati vaccinati, il 13,8 % è deceduto entro 24 ore, il 32 % entro 3 giorni e il 44,8 % è scaduto entro 7 giorni. Gli autori hanno concluso che "una revisione sistematica della SIDS neonatale e di altre morti infantili impreviste dopo la dose iniziale di vaccinazione contro l'epatite B dovrebbe essere intrapresa a livello internazionale".

4.2. Relazione riservata sui SIDS

Nel 2011, un produttore europeo di vaccini esavalenti, GlaxoSmithKline (GSK) [56], ha prodotto un rapporto confidenziale sulla SIDS. (Il rapporto è stato reso pubblico dalla Corte italiana.) Sono stati tabulati i decessi improvvisi che si sono verificati entro 20 giorni dalla vaccinazione esavalente. Il produttore ha concluso che il numero di morti improvvisi segnalati dopo aver ricevuto il suo vaccino esavalente non ha superato l'incidenza di fondo o il numero previsto di casi. Tuttavia, nonostante la conclusione del produttore che il suo vaccino esavalente non aumenta il rischio di morte improvvisa, la tabella 36 a pagina 249 del rapporto confidenziale mostra che il 62,7% di questi decessi si è raggruppato entro 3 giorni dalla vaccinazione e l'89,6% si è verificato entro 7 giorni dalla vaccinazione. Forse più significativamente, il 97 % (65 dei 67 decessi infantili segnalati) si è verificato nei primi 10 giorni dopo la vaccinazione, mentre solo il 3% (2 dei 67 decessi infantili) si è verificato nei 10 giorni successivi (tabella 4). Inoltre, 6 delle 8 morti improvvise nei bambini durante il loro secondo anno di vita si sono verificate nei primi 3 giorni dopo la vaccinazione.

Tabella 4. Intervallo di insorgenza di morti infantili improvvise dopo la vaccinazione esavalente, Europa.

Intervallo di insorgenza dopo la vaccinazione	Eventi segnalati	% cumulativo degli eventi totali
Giorno di vaccinazione	16	23.9 % (16/67)
Giorno 2	13	43,3 % (29/67)
Giorno 3	13	62,7 % (42/67)
Giorno 4	8	74,6 % (50/67)
Giorno 5	7	85,1 % (57/67)
Giorno 6	3	89,6 % (60/67)
Giorno 7	0	89,6 % (60/67)
Giorno 8	2	92,5 % (62/67)
Giorno 9	1	94,0 % (63/67)
Giorno 10	2	97,0 % (65/67)
Giorni 11–20	2	100 % (67/67)
Totale decessi	**67**	

Sono state tabulate le morti improvvise dei neonati entro 20 giorni dalla vaccinazione esavalente. Il novanta-sette percento (65 dei 67 decessi segnalati) si è verificato nei primi 10 giorni dopo la vaccinazione, mentre solo il 3% (2 dei 67 decessi) si è verificato nei 10 giorni successivi. Dati ottenuti da un rapporto confidenziale compilato dal produttore di vaccini esavalenti, GlaxoSmithKline, 2011.

4.3. Prove recenti

Nel marzo del 2011, il Giappone ha temporaneamente sospeso le vaccinazioni pneumococciche e Hib quando diversi neonati e bambini piccoli sono morti entro 3 giorni dopo aver ricevuto queste iniezioni singolarmente o in combinazione con altri vaccini. Incidenti simili si sono verificati in Francia e nei Paesi Bassi [57]. Nello stesso anno, Kuhnert e colleghi [58] hanno pubblicato prove di un rischio di 16 volte maggiore di morte improvvisa e inaspettata a seguito della quarta dose di un vaccino pentavalente (5-in-1) o esavalente (6-in-1). Traversa et al. [59] hanno anche riscontrato un aumento statisticamente significativo del rischio di morte improvvisa del lattante poco dopo la prima dose di un vaccino esavalente (RR = 2,2, 95% CI 1,1–4.4). Miller e Goldman [22] hanno trovato una relazione significativa tra i programmi di vaccinazione internazionali e i tassi di mortalità infantile: le nazioni sviluppate che richiedono la maggior parte dei vaccini per i loro bambini tendono ad avere tassi di mortalità infantile più alti (peggiori) (r2 = 0,98). È stata fornita una possibile spiegazione per questa correlazione controintuitiva: il potenziale di tossicità biochimica o sinergica dovuta a più vaccini somministrati contemporaneamente.

Nel 2014, Matturri et al. [21] hanno riferito del loro esame di 13 morti infantili improvvise che si sono verificate entro 7 giorni da un vaccino esavalente. Le analisi istologiche del tronco cerebrale e del cervelletto hanno rivelato edema cerebrale e congestione in tutte le vittime. Sebbene non sia stata dimostrata una relazione causale tra vaccinazione e SIDS, gli autori hanno ipotizzato che i componenti del vaccino "potrebbero avere un ruolo diretto nel scatenare un esito letale nei bambini vulnerabili". Hanno elaborato questa teoria:
Sappiamo che molti bambini sono vaccinati, ma non tutti muoiono o hanno una reazione avversa dopo la

vaccinazione. Quindi, chiaramente ci sono sia fattori genetici che costituzionali specifici di suscettibilità che potrebbero definire come si reagisce a un vaccino. Ipotizziamo che diversi composti e adiuvanti immuno-potenzianti del vaccino esavalente potrebbero facilmente andare oltre la barriera emato-encefalica (BBB), che nei primi mesi di vita è ancora immatura e abbastanza permeabile, inducendo alterazioni molecolari neuronali nel DNA, nell'RNA e nelle proteine dei neuroni del tronco cerebrale che regolano le funzioni vitali, con In particolare, la neurotossicità dell'adiuvante di alluminio nelle esposizioni rilevanti per il vaccino è stata dimostrata sperimentalmente, compresa la sua capacità di attraversare il BBB e indurre cambiamenti infiammatori e neurodegenerativi.

Gli autori raccomandano che tutte le morti infantili improvvise che si verificano poco dopo la vaccinazione esavalente "sono adeguatamente studiate e sottoposte a un esame post-mortem, in particolare del sistema nervoso autonomo, da parte di un patologo esperto per valutare oggettivamente il possibile ruolo causale del vaccino nella SIDS".

Nel 2015, un altro rapporto confidenziale di GSK [60] è stato presentato alle autorità di regolamentazione europee dei vaccini. La tabella 6 a pagina 445 del rapporto mostra che il 52,5 % di questi decessi raggruppati entro 3 giorni dopo la vaccinazione e l'82,2 % si è verificato entro 7 giorni dopo la vaccinazione, notevolmente simile ai principali risultati di questo documento attuale. La tabella 7 del rapporto mostra che il 97,9% di tutti i decessi improvvisi dopo la prima dose di vaccinazione esavalente (so sono raccomandate quattro dosi) si è verificato nei primi 10 giorni dopo la vaccinazione, mentre solo il 2,1% si è verificato nei 10 giorni successivi. Nonostante questi apparenti segnali di avvertimento, il produttore del vaccino, GSK, ha concluso che il suo vaccino multidose è sicuro e l'Agenzia europea per i medicinali (EMA), l'autorità di regolamentazione incaricata di supervisionare la sicurezza dei vaccini in Europa, ha accettato il rapporto al valore nominale.

In un documento separato, Puliyel e Sathyamala [61] erano critici nei confronti delle affermazioni del produttore in merito alla sicurezza del vaccino. Ad esempio, l'amministratore delegato ha tacitamente ammesso che non c'era alcuna sorveglianza attiva durante il periodo post-vaccinazione e solo i decessi improvvisi segnalati spontaneamente sono stati inclusi sotto il titolo di decessi "osservati". Pertanto, i decessi osservati dopo la vaccinazione esavalente sono sottovalutati. Inoltre, il produttore di vaccini ha confrontato i decessi osservati con un presunto basale di decessi "aspettati". Ma i decessi previsti si basavano sul numero di dosi di vaccino distribuite. Il rapporto riconosce che tutte le dosi del vaccino distribuito non sono state necessariamente somministrate. Pertanto, è probabile che le morti attese siano gonfiate. (Va anche notato che la linea di base dei decessi previsti del produttore è spuria per un altro motivo più significativo. Le morti improvvise dopo la vaccinazione esavalente vengono confrontate con un tasso di mortalità improvvisa a seguito di decenni di diffuse campagne di immunizzazione, non una vera base dei casi di SIDS nei bambini non vaccinati o durante l'era precedente, quando non esistevano ancora programmi vaccinali completi.)

Per quanto riguarda le morti improvvise nei bambini di età superiore a 1 anno, i decessi cumulativi riportati sono inferiori nell'ultimo periodico rapporto di aggiornamento sulla sicurezza (PSUR-19) rispetto al PSUR-16. I numeri non sono coerenti. I decessi riconosciuti nel PSUR-16 sono stati eliminati dal PSUR 19. Quando i numeri mancanti vengono reininclusi, il numero di decessi osservati è significativamente più alto del previsto per i primi 4 giorni dopo la vaccinazione. Il produttore del vaccino avrebbe dovuto informare l'EMA sull'aumento statisticamente significativo del rischio di morte nel periodo post-vaccinazione di 4 giorni e spiegare perché questi decessi sono stati esclusi dal PSUR più recente. Secondo Puliyel e Sathyamala, "È difficile capire come l'EMA abbia accettato il PSUR-19 al valore nominale. Si può sostenere che non è stata esercitata la dovuta diligenza, a seguito della quale numerosi bambini sono stati inutilmente esposti al rischio di morte".

Sempre nel 2015, il CDC (Moro et al.) [62] ha caratterizzato le principali cause di morte segnalate a VAERS dal 1997 al 2013. La causa di morte più comune tra le 1244 segnalazioni di bambini con risultati dell'autopsia o certificati di morte disponibili per la revisione è stata la SIDS. La maggior parte dei casi di SIDS erano tra i bambini di età compresa tra 2 e 4 mesi. Tra le 1165 segnalazioni infantili, l'86,2 % ha ricevuto più vaccini prima della morte. L'intervallo di insorgenza mediano, il periodo dalla vaccinazione alla morte, è stato di 2 giorni. I rapporti di SIDS erano più comuni tra i bambini che avevano ricevuto contemporaneamente vaccini DTaP, epatite B, poliomielite inattivata, Hib e pneumococcico prima della morte. Nonostante questi risultati, gli autori del CDC hanno concluso che "non è stato notato uno schema preoccupante tra i rapporti di morte presentati a VAERS.... Le principali cause di morte erano coerenti con le cause di morte più comuni nella popolazione degli Stati Uniti".

4.4. Tribunale dei vaccini: bambino deceduto contro il governo degli Stati Uniti

Il 10 luglio 2017, la Corte dei reclami federali degli Stati Uniti [20] ha emesso una decisione in merito a un reclamo presentato al National Vaccine Injury Compensation Program. Ecco i dettagli di quel caso:

Un maschio afro-americano, J.B., ha ricevuto sette vaccini alla sua visita di 4-month well-baby. Il giorno seguente, morì durante il suo pisolino. Il medico legale ha dichiarato che la causa della morte era SIDS ed era "naturale". I suoi genitori hanno presentato una petizione sotto il VICP. I firmatari sostengono che a seguito della ricezione di vaccini per difterite, tetano, pertosse acellulare, poliomielite, Hib, pneumococco e rotavirus, J.B. è deceduto da SIDS.

Testimonianza di esperti del Dr. Douglas C. Miller, un neuropatologo, ha affermato che le vaccinazioni possono essere un fattore di rischio estrinseco nella SIDS. Ha spiegato che quando si riceve uno o più vaccini contemporaneamente, come ha fatto J.B., evoca la produzione di citochine. Studi fisiologici hanno dimostrato che questi possono produrre febbre e inibire l'attività dei neuroni 5-HT nel midollo causando apnee prolungate e interferenze con l'auto-rianimazione. Dr. Miller ha notato che J.B. era un "bambino sano... che si sviluppava normalmente". Era "immunologicamente normale". Dopo aver ricevuto i vaccini, le citochine circolavano nel sistema nervoso centrale e interagivano con l'ipotalamo per provocare la febbre e agire nel tronco cerebrale "che era già carente nella spinta serotoninergica per lo sforzo respiratorio, portando a un episodio aneico da cui non si è ripreso, cioè SIDS".

Maestro speciale Thomas L. Gowen ha emesso la sua decisione: "Ho concluso che i firmatari hanno dimostrato con una preponderanza delle prove che i vaccini possono e probabilmente hanno svolto un ruolo fondamentale nella morte di questo bambino stimolando la produzione di citochine infiammatorie che hanno soppresso il sistema di risposta respiratoria e hanno fatto sì che il bambino vulnerabile non fosse in grado di rispondere in modo normale all'accumulo di Il ruolo delle citochine infiammatorie come neuromodulatori nel midollo infantile è stato ben descritto ed è probabilmente la ragione di un numero significativo di morti per SIDS che si verificano in concomitanza con un'infezione lieve. Ho concluso che è più probabile che le citochine stimolate dal vaccino abbiano avuto lo stesso effetto in questo bambino vulnerabile durante il sonno. Di conseguenza, i firmatari hanno diritto a un risarcimento. Verrà emesso un ordine di risarcimento danni separato".

4.5. Rapporti sui casi

Nel 2019, gli scienziati giapponesi (Osawa et al.) [63] hanno studiato i rapporti autoptici associati a morti improvvise in bambini precedentemente vaccinati. Tre dei bambini (2 neonati e un bambino di 14 mesi) sono morti entro 3 giorni dalla vaccinazione. Ecco i riassunti dei rapporti sui lattanti:

Caso 1

Una bambina di 3 mesi ha sviluppato sintomi di raffreddore il giorno dopo aver ricevuto i vaccini per Hib, pneumococco e rotavirus. Una settimana prima, il bambino aveva anche ricevuto vaccini per la difterite, la pertosse, il tetano e la poliomielite. Il bambino è stato trovato zoppicante la sera e trasportato in ambulanza all'ospedale. Il bambino aveva un respiro superficiale all'arrivo, ma è morto dopo 12 ore con poca risposta alla rianimazione.

Caso 2

Un bambino maschio di 3 mesi ha ricevuto 8 vaccini contemporaneamente, per Hib, pneumococco, epatite B, rotavirus, difterite, tetano, pertosse e poliomielite. Il bambino ha mostrato sintomi simili al raffreddore continuamente dal giorno della vaccinazione. È stato trovato morto la mattina presto del terzo giorno.

Gli autori di questo articolo incoraggiano i patologi forensi a "dedire maggiore attenzione alla vaccinazione nei casi di morte improvvisa del lattante".

4.6. Recenti rapporti VAERS

Le morti improvvise infantili continuano a verificarsi poco dopo la ricezione dei vaccini. Ecco i riassunti di 5 recenti rapporti di casi depositati presso VAERS [19]:

#860135: Il 1° febbraio 2020, una donna di 2 mesi è morta per "arresto cardiaco" 3 giorni dopo aver ricevuto 6 vaccini contemporaneamente (difterite, tetano, pertosse, epatite B, pneumococco e rotavirus).

#867981: L'8 aprile 2020, una donna di 2 mesi ha ricevuto 7 vaccini al mattino e "è arrivata al pronto soccorso deceduta" entro le 13:30 di quel pomeriggio. Secondo il medico, l'esame di 2 mesi del bambino era normale prima delle vaccinazioni.

#873934: Il 21 maggio 2020, un maschio di 1 mese ha ricevuto 8 vaccini contemporaneamente (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Hib, pneumococco e rotavirus). Cinque giorni dopo, il bambino "è stato portato al pronto soccorso con un'improvvisa morte infantile inspiegabile".

#873474: L'11 giugno 2020, un maschio di 6 mesi ha ricevuto 7 vaccini contemporaneamente. Quattro giorni dopo, "ha subito un arresto cardiaco a casa ed è morto (morte improvvisa inspiegabile infantile)".

#883878: Il 1° settembre 2020, un maschio di 3 mesi ha ricevuto 7 vaccini contemporaneamente. Due giorni dopo, "ha subito un arresto cardiaco" ed è stato portato al pronto soccorso dell'ospedale, ma non è stato in grado di essere rianimato. All'epoca non erano disponibili risultati dell'autopsia, ma si sospetta che il SIDS.

4.7. Morte improvvisa e inspiegabile nell'infanzia (SUDC)

I neonati non sono gli unici bambini a rischio di morte improvvisa. La morte improvvisa e inspiegabile nell'infanzia (SUDC) è ora una delle principali cause di morte nei bambini piccoli (bambini di età compresa tra 1 e 4 anni). Sebbene centinaia di casi di SUDC siano certificati dai medici legali ogni anno - 392 casi sono stati registrati dal CDC nel 2018 - in un recente studio di Crandall et al. [64], gli esperti non erano d'accordo con la causa di morte certificata originale nel 40 % dei casi, compresi molti che erano originariamente considerati accidentali o naturali ma giudicati come "non spiegati". C'è un basso tasso di coerenza e precisione nella certificazione di morte del SUDC, quindi è probabile che la vera incidenza di SUDC sia superiore ai tassi ufficiali riportati dal CDC. Secondo gli autori di questo studio, "La ricerca futura dovrebbe... fornire una certificazione più accurata della causa di morte nelle morti pediatriche improvvise ed esplorare potenziali cause di casi

indeterminati".

4.8. Confronto degli studi

Sette studi e due rapporti riservati che sono stati discussi in questo documento - CDC 1980, Torch 1982, Baraff 1983, Torch 1986, Soldatenkova 2007, GSK 2011, GSK 2015, Miller 2021 (All Mortality) e Miller 2021 (SIDS) - confermano che le morti infantili improvvise nei bambini vaccinati tendono a raggrupparsi all'inizio del periodo post-vaccinazione, indicativo Tutti hanno scoperto che proporzioni sostanziali di decessi infantili si sono verificate entro 1 giorno (misura = 25 %), 3 giorni (misura = 49 %) e 7 giorni (misura = 71 %) dopo la vaccinazione (Tabella 5). Sei dei documenti avevano una stretta concordanza per quanto riguarda le proporzioni di morti infantili che si sono verificate entro 7 giorni dopo la vaccinazione (intervallo = 75%-90%). Tre studi hanno trovato percentuali più basse, ma ancora sostanziali, di decessi infantili entro 7 giorni dalla vaccinazione (intervallo = 37%-63%). In questi ultimi 3 studi, una percentuale maggiore dei decessi rimanenti si è verificata dopo la prima settimana dopo la vaccinazione, forse corroborando la constatazione di Scheibner secondo cui un periodo di rischio aumentato per SIDS può persistere diverse settimane dopo la vaccinazione.

Tabella 5. Intervallo di insorgenza di morti infantili improvvise post-vaccinazione: confronto degli studi.

Studio	Vaccino	Casi	% decisi in 1 giorno	% decisi tra 3 giorni	% decisi tra 7 giorni
CDC 1980a	DPT	23	52 %	N/A	78 %
Torcia 1982b	DPT	70	13 %	26 %	37 %
Baraff 1983c	DPT	27	22 %	33 %	63 %
Torcia 1986d	DPT	200+	50 %	75 %	90 %
Soldatenkova 2007e	Epatite B	29	14 %	31 %	45 %
GSK 2011f	Infanrix hexa	67	24 %	63 %	90 %
GSK 2015f	Infanrix hexa	101	16 %	53 %	82 %
Miller 2021 (Tutte le morti)[g]	Qualsiasi	2605	17 %	58 %	78 %
Miller 2021 (SIDS)[h]	Qualsiasi	1048	13 %	51 %	75 %
Medio			**25 %**	**49 %**	**71 %**

Sette studi e due rapporti riservati confermano che le morti infantili improvvise nei bambini vaccinati tendono a raggrupparsi nel primo periodo post-vaccinazione, suggerendo un'associazione causale. Proporzioni sostanziali di decessi infantili si sono verificate entro 1 giorno, 3 giorni e 7 giorni dopo la vaccinazione. Le morti infantili in molte delle popolazioni dello studio sono state segnalate passivamente, indicando che i casi totali sono stati probabilmente sottovalutati.

a

Morti infantili e casi di SIDS in una popolazione degli Stati Uniti.

b

Casi di SIDS segnalati in modo casuale in vari paesi.

c

Casi di SIDS segnalati dai coroner a Los Angeles, California.

d

Casi SIDS segnalati da 37 autori in 12 paesi; le percentuali di morte sono approssimative.

e

Rapporti passivi di decessi infantili neonatali inspiegabili in una popolazione degli Stati Uniti (VAERS).

f

Rapporti passivi di morti infantili improvvise in una popolazione europea.

g

Rapporti passivi di decessi infantili in una popolazione statunitense (VAERS).

h

Rapporti passivi di SIDS in una popolazione degli Stati Uniti (VAERS).

Proporzioni variabili di decessi infantili durante il primo periodo post-vaccinazione, come rivelato nella tabella 5, potrebbero essere un riflesso dei diversi vaccini in esame: DPT, epatite B, Infanrix hexa o qualsiasi combinazione di vaccini somministrati contemporaneamente (come con gli studi VAERS). Altri fattori che potrebbero influenzare le proporzioni di decessi infantili durante il primo periodo post-vaccinazione includono: metodi di raccolta dei dati (ad esempio, segnalazione passiva rispetto alle segnalazioni di casi), popolazioni diverse (ad esempio, Stati Uniti, europei, neonatali) o numero di casi nell'analisi. Va anche notato che alcuni studi hanno calcolato tutti i decessi infantili che si sono verificati "entro 24 ore dalla vaccinazione", mentre altri hanno semplicemente contato i decessi del primo giorno fino a mezzanotte. Se un bambino veniva vaccinato nel pomeriggio e morisse presto il giorno successivo, sarebbe stato conteggiato come decesso il secondo giorno dopo la vaccinazione anche se erano passate meno di 24 ore. Infine, le morti infantili in molte delle popolazioni dello studio sono state segnalate passivamente, indicando che i casi totali sono stati probabilmente sottovalutati.

4.9. Punti di forza e limiti

VAERS è un database geograficamente diversificato che raccoglie dati nazionali da tutti gli stati e territori degli Stati Uniti. Un altro vantaggio di VAERS è la sua capacità di rivelare i modelli associati all'intervallo di insorgenza degli eventi avversi post-vaccinazione. Gli intervalli di insorgenza stretti sono, infatti, un requisito primario per determinare se le petizioni ai sensi del VICP saranno ammissibili al risarcimento [65]. Ad esempio, con alcuni vaccini l'insorgenza di lesioni specifiche o la morte deve avvenire entro 72 ore (3 giorni). Intervalli di insorgenza più lunghi sono talvolta consentiti a seconda del particolare vaccino e del tipo di lesione in esame, come definito nella tabella delle lesioni vaccinali del VICP. Per quanto riguarda i SIDS, i firmatari devono essere in grado di mostrare "una relazione temporale prossima tra vaccinazione e infortunio [20]".

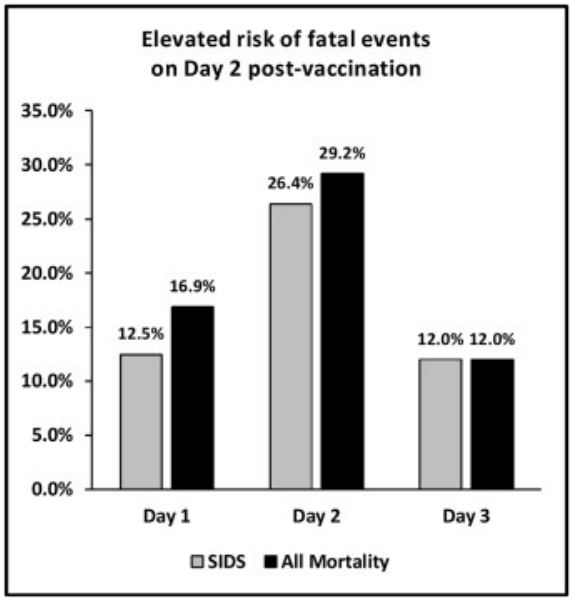
I principali punti di forza di questo documento sono l'uso del database VAERS per identificare modelli insoliti e potenziali problemi di sicurezza associati a morti infantili improvvise; popolazioni relativamente grandi di morti infantili (N = 2605) e casi SIDS (N = 1048) erano disponibili per la valutazione; e l'uso di intervalli di insorgenza stretti, cioè 1, 3 e 7

Sebbene alcuni studi non siano stati in grado di trovare correlazioni positive tra SIDS e vaccini, questo documento conferma ed espande i risultati di altri documenti sulla SIDS che hanno tutti rivelato proporzioni sostanziali di morti infantili durante il primo periodo post-vaccinazione. I risultati aggregati di questo documento e di molti

altri (riassunti nella tabella 5) rivelano che circa un quarto, metà e tre quarti di tutte le morti improvvise dopo la vaccinazione sono avvenute rispettivamente entro 1, 3 e 7 giorni.

La metodologia utilizzata in questo studio per valutare la significatività statistica, il test chi-quadrato di Pearson, è lo stesso standard utilizzato nello studio Baraff et al., che ha rilevato che "l'eccesso di decessi nelle 24 ore e nella prima settimana successive all'immunizzazione era statisticamente significativo". Inoltre, una solida revisione della letteratura medica mostra una storia consolidata di casi clinici, premi VICP, autopsie, studi e altre prove riguardanti una probabile associazione tra vaccini infantili e morti infantili improvvise.

La principale debolezza di questo studio è il potenziale di bias di segnalazione. Medici e genitori potrebbero essere stati più propensi a segnalare una morte improvvisa a VAERS quando si è verificata in prossimità temporale della vaccinazione che se fosse avvenuta diversi giorni o settimane dopo. Tuttavia, la tabella 2 mostra che una percentuale minore del totale dei decessi infantili è stata segnalata il giorno della vaccinazione (16,9%) rispetto al giorno successivo alla vaccinazione (29,2%), indicativo di un periodo di incubazione (il tempo dopo la vaccinazione per sviluppare la reazione completa che causa la morte). La tabella 3 mostra un modello simile, con una percentuale minore di casi di SIDS segnalati il giorno della vaccinazione (12,5 %) rispetto al giorno successivo alla vaccinazione (26,4 %). Il terzo giorno dopo la vaccinazione, i decessi infantili segnalati sono scesi al 12 % (312/2605); anche i casi di SIDS segnalati sono diminuiti al 12 % (126/1048) (Fig. 5).



Scarica : Scarica l'immagine ad alta risoluzione (135KB)
Scarica : Scarica l'immagine a grandezza naturale

Fig. 5. Rischio elevato di morti infantili improvvise il secondo giorno dopo la vaccinazione.

Statisticamente si sono verificati meno decessi il giorno della vaccinazione rispetto al giorno dopo la vaccinazione, indicativo di un periodo di incubazione (il tempo dopo la vaccinazione per sviluppare la reazione completa che causa la morte). Pertanto, è improbabile che il bias di segnalazione sia interamente responsabile del raggruppamento delle morti infantili e dei casi di SIDS nel primo periodo post-vaccinazione.

C'è plausibilità biologica per l'ipotesi di incubazione, come spiegato da Douglas C. Miller [20], un neuropatologo che ha testimoniato che le vaccinazioni possono essere un fattore di rischio estrinseco nella SIDS. Ha descritto

una serie di eventi fisiologici che si verificano nel tempo a partire dalla vaccinazione che evoca la produzione di citochine che circolano nel sistema nervoso centrale e interagiscono con l'ipotalamo per indurre la febbre e inibire l'attività dei neuroni 5-HT nel midollo causando apnee prolungate e interferenze con l'auto-rianimazione. Questi eventi fisiologici a cascata sembrano raggiungere il picco il secondo giorno dopo la vaccinazione quando viene segnalato il maggior numero di decessi infantili e casi di SIDS. In effetti, Miller ha testimoniato che c'è "un rischio elevato di SIDS entro le prime 48 ore dall'immunizzazione". Gli antigeni estranei, come quelli nei vaccini, attivano la produzione di citochine "entro ore" e raggiungono il picco "entro 2 o al massimo 4 giorni", il periodo in cui un bambino vulnerabile che riceve i vaccini ha maggiori probabilità di subire un evento fatale, se ne deve verificarsi uno. Kashiwagi et al. [66] hanno confermato che un bambino avrà livelli elevati di citochine nel sangue 24–48 ore dopo la vaccinazione.

L'aumento del numero di decessi infantili segnalati il giorno dopo la vaccinazione rispetto al giorno della vaccinazione (760 contro 440) e la diminuzione del numero di decessi infantili segnalati il giorno 3 dopo la vaccinazione rispetto al giorno 2 (312 contro 760), sono statisticamente significativi ($p < 0,00001$). Allo stesso modo, l'aumento del numero di casi di SIDS segnalati il giorno dopo la vaccinazione rispetto al giorno della vaccinazione (277 contro 131) e la diminuzione del numero di casi di SIDS segnalati il giorno 3 dopo la vaccinazione rispetto al giorno 2 (126 contro 277), sono anche statisticamente significativi ($p < 0,00001$), fornendo la prova che è improbabile che il bias di segnalazione sia

VAERS è un importante strumento di valutazione della sicurezza del vaccino. Numerosi studi che utilizzano i dati VAERS vengono pubblicati ogni anno. Ad esempio, il CDC (Su et al.) [67] ha recentemente analizzato il database VAERS per valutare le segnalazioni di miopericardite dopo la vaccinazione. La FDA [68] ha analizzato VAERS per determinare l'intervallo di insorgenza della porpora trombocitopenica idiopatica (ITP) dopo la vaccinazione MMR. (La maggior parte dei casi di ITP si è raggruppata tra 3 e 4 settimane dopo la vaccinazione.) L'uso del database VAERS da parte del CDC e della FDA per rivelare modelli e identificare potenziali segnali di allarme afferma l'immenso valore dei dati grezzi accessibili agli scienziati e ai ricercatori indipendenti che conducono studi per valutare la sicurezza dei vaccini obbligatori degli Stati Uniti. Tuttavia, solo perché viene fatta una segnalazione a VAERS non conferma che l'evento avverso sia stato causato da un vaccino. Inoltre, VAERS non fornisce dati sul numero di individui vaccinati, quindi non è possibile determinare i tassi di eventi avversi per dosi di vaccino somministrate. Né VAERS fornisce informazioni sull'incidenza di fondo degli eventi avversi nella popolazione generale.

Anche se il numero di dosi di vaccino somministrate e il tasso di SIDS nella popolazione generale potrebbero essere metriche preziose, non considerano fattori individualistici. Ad esempio, alcuni neonati possono essere particolarmente suscettibili o predisposti a una reazione vaccinale fatale. Quindi, anche se non ci fossero modelli insoliti tra i decessi osservati (riportati in VAERS) e i decessi attesi (utilizzando una linea di base della popolazione), questa non sarebbe la prova che i decessi specifici che si verificano dopo la vaccinazione non sono causalmente correlati, la stessa ragione per cui alcuni patologi raccomandano autopsie quando si verificano improvvisi Inoltre, i tassi di copertura vaccinale sono superiori al 90 % negli Stati Uniti. Una vera base di SIDS è più probabile che si trovi in una popolazione non vaccinata.

VAERS è un sistema di sorveglianza passiva, il che significa che le segnalazioni di eventi avversi non vengono sollecitate attivamente o raccolte automaticamente. Inoltre, i genitori sono raramente avvertiti di cercare reazioni avverse gravi nei loro figli vaccinati. La sottostima è una limitazione nota dei sistemi di sorveglianza passiva; VAERS cattura solo una frazione degli eventi avversi effettivi. Un recente rapporto preparato da Harvard Pilgrim Health Care [69] per gli Stati Uniti Il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani (HHS) ha rilevato che "sono

segnalati meno dell'1% degli eventi avversi del vaccino". Ciò significa che le morti infantili e i casi di SIDS che si verificano dopo la vaccinazione possono essere sottostimati di un fattore 100.

I dati demografici disponibili erano limitati al sesso e all'età di ogni bambino. Non è stato possibile esaminare i casi di mortalità infantile e SIDS per altri potenziali fattori di rischio, tra cui razza, background socioeconomico, fumo, stato nutrizionale, allattamento al seno, vaccinazioni durante la gravidanza o età gestazionale alla nascita, ognuno dei quali potrebbe influenzare i risultati di salute. Questo studio non ha valutato il tipo o la quantità di vaccini somministrati prima dell'incidente fatale, né se la morte si è verificata dopo il primo, il secondo o il terzo ciclo di vaccini.

4.10. Altre categorie ICD che nascondono i decessi del vaccino

"SIDS", "suffocation in bed" e morte per "cause sconosciute e non specificate", sono solo tre delle 130 categorie ufficiali di cause di morte che potrebbero nascondere i decessi che erano effettivamente dovuti alla vaccinazione. Diverse altre categorie ICD sono possibili candidati per classificazioni errate della morte infantile: malattie virali non specificate, malattie del sangue, malattie del sistema nervoso, malattie non specificate del sistema respiratorio, arresto cardiaco e sindrome del bambino scosso. Tutte queste categorie ufficiali possono essere depositi di decessi infantili correlati al vaccino riclassificati come decessi comuni.

Ad esempio, un vaccino contro la diarrea indotta dal rotavirus (Rotarix) è stato autorizzato dalla FDA nel 2008. Tuttavia, in una sottoanalisi di un ampio studio clinico che ha valutato la sicurezza di questo vaccino, *i bambini vaccinati sono morti ad un tasso significativamente più alto rispetto ai bambini non vaccinati* ($p = 0,04$) a causa di un aumento dei decessi per polmonite [70]. Utilizzando due diversi metodi statistici, la FDA ha confermato i risultati significativi con valori p di 0,0345 e 0,0354. (Una spiegazione biologicamente plausibile è che l'infezione da naturalrotavirus potrebbe avere un effetto protettivo contro le infezioni respiratorie, quindi i bambini vaccinati, che hanno meno probabilità di contrarre il rotavirus, possono essere più suscettibili di contrarre polmonite e morire [70].) Anche se queste morti sembrano essere legate al vaccino, è probabile che i coroner le classifichino erroneamente come polmonite.

Alcuni decessi infantili che si verificano poco dopo le vaccinazioni sono erroneamente classificati come sindrome del bambino scosso. Tuttavia, il sanguinamento retinico e subdurale può derivare da un adulto che ha scosso il bambino *o da danni da vaccino [71]*. Alcuni genitori sono stati ingiustamente condannati per aver ucciso il proprio bambino quando i vaccini erano la vera causa. Secondo il dott. Michael Innis [72], ematologo ed esperto di sindrome del bambino scosso, è una frequente diagnosi errata: "I vaccini somministrati entro 4 settimane dall'insorgenza dei sintomi sono la causa più comune". Questo è un altro esempio che mostra come la vera causa di morte può essere riclassificata o nascosta all'interno delle tabelle di morte.

Il CDC [73] è consapevole che "alcuni decessi che sarebbero stati classificati come SIDS prima del 1999" vengono ora riclassificati. Ciò riguarda il CDC "perché la determinazione imprecisa o incoerente della causa di morte e la segnalazione ostacolano la capacità di monitorare le tendenze nazionali, accertare i fattori di rischio e progettare e valutare programmi per prevenire questi decessi". Tuttavia, quando l'ICD è stato rivisto nel 1979 e le autorità sanitarie hanno eliminato tutte le classificazioni delle cause di morte associate alla vaccinazione, hanno effettivamente costretto i medici legali a classificare erroneamente e nascondere i decessi correlati al vaccino. Pertanto, non è possibile monitorare con precisione le tendenze nazionali per quanto riguarda i decessi infantili correlati al vaccino. Per affrontare questo problema critico, le autorità sanitarie dovrebbero ripristinare la "vaccinazione profilattica" come classificazione ufficiale delle cause di morte. Inoltre, si raccomanda la supervisione delle pratiche di certificazione medica da parte di esperti indipendenti per ridurre le

determinazioni errate o incoerenti delle cause di morte e vietare che le morti infantili legate al vaccino vengano riclassificate come mortalità ordinaria. Nel frattempo, i genitori dovrebbero essere avvertiti che la sicurezza del vaccino è sopravvalutata quando i decessi correlati al vaccino non vengono documentati con precisione.

5. Conclusione

Questo studio ha rilevato che una percentuale sostanziale di morti infantili e casi di SIDS si è verificata in prossimità temporale della somministrazione del vaccino. L'eccesso di decessi durante questi primi periodi post-vaccinazione è stato statisticamente significativo ($p < 0,00001$). Sono state proposte diverse teorie riguardanti il meccanismo patogeno alla base di questi eventi fatali, tra cui il ruolo delle citochine infiammatorie indotte dal vaccino come neuromodulatori nel midollo infantile che precedono una risposta anormale all'accumulo di anidride carbonica; disorganizzazione fatale del controllo respiratorio indotta da adiuvanti che attraversano la barriera emato-encefalica; e tossicità biochimi

Ci sono 130 modi *ufficiali* per far morire un bambino, come classificato nell'ICD, e un modo *non ufficiale* per far scadere un bambino: da una reazione fatale ai vaccini. Quando i decessi correlati al vaccino sono nascosti all'interno delle tabelle dei decessi, è difficile monitorare e prevenire questi decessi. Inoltre, ai genitori viene negata la capacità di accertare rapporti onesti rischio-beneficio del vaccino e non è possibile un vero consenso informato alla vaccinazione. Questo è il motivo per cui un maggiore sforzo e trasparenza verso il raggiungimento di un resoconto accurato della mortalità infantile correlata al vaccino è un obiettivo auspicabile.

I risultati di questo documento devono essere soppesati rispetto ai punti di forza e ai limiti dei dati disponibili e del progetto di studio. Mentre questo documento non dimostra un'associazione tra vaccini infantili e morti infantili improvvise, rivela modelli insoliti e segnali di sicurezza altamente indicativi di una relazione causale. Un'ulteriore indagine è giustificata. Trovare modi per aumentare la sicurezza dei vaccini, ridurre le pratiche di certificazione delle cause di morte imprecise o incoerenti e sostenere le famiglie nella loro ricerca per prendere decisioni sanitarie veramente informate, devono essere le massime priorità.

Pdf by:
https://www.pro-memoria.info

Dichiarazione dell'autore

NZM è stata responsabile di tutti gli aspetti di questo documento, tra cui la concettualizzazione e la progettazione dello studio, l'analisi e l'interpretazione dei dati, la creazione di figure e tabelle, la ricerca, la scrittura e le revisioni critiche del lavoro.

Finanziamento

Questa ricerca non ha ricevuto finanziamenti esterni.

Dichiarazione di interesse concorrente

NZM ha scritto e tenuto conferenze sulla sicurezza dei vaccini ed è stato un consulente retribuito per i medici per il consenso informato.

Ringraziamenti

L'autore è grato al Dr. Renee Tocco Hunter e la Foundation for Pediatric Health per il pagamento della tassa di pubblicazione ad accesso aperto che consente a tutti di accedere liberamente a questo documento.

Articoli consigliati

Riferimenti

[1] CHI
Classificazione internazionale delle malattie, 9a revisione
Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, Svizzera (1979)
Studioso di Google ↗

[2] CHI
Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati, decima revisione
Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, Svizzera (1992)
Studioso di Google ↗

[3] CDC
Morti: cause principali per il 2017. Tabella B. Elenco delle 130 cause selezionate di morte infantile
National Vital Statistics Reports, 68 (2019), pp. 6-8
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[4] HHS. Programma nazionale di compensazione delle lesioni da vaccino (dati al 1° maggio 2021). Disponibile online:https://www.hrsa.gov/vaccine-compensation/data/index.html ↗(consultato il 29 maggio 2021).
Studioso di Google ↗

[5] ACIP
Prevenzione del tobillo: raccomandazioni del comitato consultivo per le pratiche di immunizzazione (ACIP)
MMWR, 38 (S-9) (1989), pp. 1-18
Studioso di Google ↗

[6] J.B. Beckwith
Definire la sindrome della morte improvvisa del lattante
Arco. Pediatr. Adolesc. Med., 157 (2003), pp. 286-290
View PDF ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[7] A.B. Bergman
La “scoperta” della sindrome della morte improvvisa del lattante: lezioni nella pratica della medicina politica
Praeger Publishers, New York (1986), p. 209
(Appendice III)
Studioso di Google ↗

[8] M.F. MacDorman, H.M. Rosenberg
Tendenze della mortalità infantile per causa di morte e altre caratteristiche, 1960-1988 (statistiche vitali e sanitarie), Volume 20, Centro nazionale per le statistiche sanitarie, Stati Uniti Stampa governativa,Hyattsville, MD (1993)

[9] M.H. Malloy, M. MacDorman
Cambiamenti nella classificazione delle morti infantili improvvise inaspettate: Stati Uniti, 1992-2001
Pediatria, 115 (2005), pp. 1247-1253
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[10] M. Willinger, L.S. James, C. Catz
Definizione della sindrome della morte improvvisa infantile (SIDS): deliberazioni di un gruppo di esperti convocato dall'Istituto nazionale per la salute dell'infanzia e lo sviluppo umano
Pediatr. Pathol., 11 (1991), pp. 677-684
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[11] P.N. Acqua d'oro
Sindrome da morte improvvisa del lattante: una revisione critica degli approcci alla ricerca
Arco. Dis. Child., 88 (2003), pp. 1095-1100
View PDF ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[12] Stati Uniti Dipartimento dell'Istruzione
Legge nazionale sul risarcimento delle lesioni da vaccino: audizione davanti alla commissione per il lavoro e le risorse umane. 98° Congresso, 2a sessione
(1984), pp. 63-67
3 maggio
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[13] J. Kattwinkel, J. Brooks, D. Myerberg
Task force AAP dell'accademia americana di pediatria sul posizionamento infantile e SIDS: posizionamento e SIDS
Pediatria, 89 (1992), pp. 1120-1126
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[14] E. Mitchell, H.F. Krous, T. Donald, R.W. Byard
Tendenze mutevoli nella diagnosi di morte improvvisa del bambino
Sono. J. Medicina forense. Pathol., 21 (2000), pp. 311-314
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[15] M.D. Overpeck, R.A. Brenner, C. Cosgrove, A.C. Trumble, K.Kochanek, M. MacDorman
Nazionale in fase di accertamento di morti infantili improvvise impreviste associate a morti di causa sconosciuta
Pediatria, 109 (2002), pp. 274-283
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[16] R.W. Byard, S.M. Beal
Il cambiamento delle preferenze diagnostiche è stato responsabile del recente calo dell'incidenza della sindrome della morte improvvisa del lattante nell'Australia meridionale?
J. Pediatr. Salute dei bambini, 31 (1995), pp. 197-199

View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[17] A.B. Lambert, S.E. Parchi, C.K. Shapiro-Mendoza
Tendenze nazionali e statali nella morte improvvisa improvvisa del neonato: 1990-2015
Pediatria, 141 (2018), Articolo e20173519
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[18] Y. Gao, D.C. Schwebel, G. Hu
Mortalità infantile dovuta al soffocamento involontario tra i bambini di età inferiore a 1 anno negli Stati Uniti, 1999-2015
JAMA Pediatr., 172 (2018), pp. 388-390
View PDF ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[19] Centro nazionale di informazione sui vaccini. Disponibile online:www.medalerts.org ↗(consultato il 22 gennaio 2021).
Studioso di Google ↗

[20] La Corte dei reclami federali degli Stati Uniti
Ufficio dei Maestri Speciali: Chase Boatmon e Maurina Cupid, Genitori di J.B., Deceduto contro Segretario della Salute e dei Servizi Umani
Decisione pubblicata n. 13-611V, Maestro Speciale Gowan. Archiviato: 10 luglio (2017)
Studioso di Google ↗

[21] L. Matturri, G. Del Corno, A.M. Lavezzi
Morte improvvisa del neonato dopo la vaccinazione esavalente: uno studio neuropatologico
Curr. Med. Chem., 21 (2014), pp. 941-946
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[22] N.Z. Miller, G.S. Goldman
I tassi di mortalità infantile sono regrediti rispetto al numero di dosi di vaccino somministrate di routine: c'è una tossicità biochimica o sinergica?
Ronzio. Exp. Toxicol., 30 (2011), pp. 1420-1428
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[23] H.L. Richardson, A.M. Walker, R. Horne
Dormire come un bambino: il genere influenza l'eccitazione infantile?
Sonno, 33 (2010), pp. 1055-1060
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[24] I. Ingemarsson
Aspetti di genere della nascita pretermine
BJOG, 110 (aprile (suppl. 20)) (2003), pp. 34-38
Visualizza PDF Visualizza l'articolo Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[25] S.M. Moscovis, S.T. Hall, C.J. Burns, R.J. Scott, C.C. Blackwell

L'eccesso maschile nelle morti improvvise infantili
Innate Immun., 20 (2014), pp. 24-29
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[26] H.C. Kinney, G.B. Richerson, S.M. Dymecki, R.A. Darnall, E.E. Nattie
Il tronco cerebrale e la serotonina nella sindrome della morte improvvisa del lattante
Annu. Rev. Pathol., 4 (2009), p. 532
Studioso di Google ↗

[27] G.S. Goldman, N.Z. Miller
Tendenze relative nei ricoveri e nella mortalità tra i neonati in base al numero di dosi di vaccino e all'età, sulla base del Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1990-2010
Ronzio. Exp. Toxicol., 31 (2012), pp. 1012-1021
View PDF ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[28] W.C. Torcia
Immunizzazione contro la difterite-pertosse-tetano (DPT): una potenziale causa della sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS). American Academy of Neurology, 34a riunione annuale, 25 aprile-1 maggio 1982
Neurologia, 32 (4, parte 2) (1982), pp. A169-170
Studioso di Google ↗

[29] M.M. Vennemann, T. Butterfass-Bahloul, G. Jorch, B. Brinkmann,M. Findeisen, C. Sauerland, T. Bajanowski, E.A. Mitchell, Gruppo GeSID
Sindrome da morte improvvisa del lattante: nessun aumento del rischio dopo l'immunizzazione
Vaccino, 25 (2007), pp. 336-340
Visualizza PDF Visualizza l'articolo Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[30] K. Stratton, D.A. Almario, T.M. Wizemann, M.C. McCormick
Revisione della sicurezza dell'immunizzazione: vaccinazioni e morte improvvisa inaspettata nell'infanzia
National Academies Press, Washington DC, USA (2003)
Studioso di Google ↗

[31] S.D. Essery, M.W. Raza, A. Zorgani, D.A. MacKenzie, V.S. James, D.M.Weir, A. Busuttil, N. Hallam, C. Blackwell
L'effetto protettivo dell'immunizzazione contro la difterite, la pertosse e il tetano (DPT) in relazione alla sindrome della morte improvvisa del lattante
FEMS Immunol. Microbiol., 25 (1–2) (1999), pp. 183-192
Visualizza PDF Visualizza l'articolo Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[32] T. Madsen
Vaccinazione contro la pertosse
JAMA, 101 (1933), pp. 187-188
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[33] J. Werne, I. Garrow
Shock anafilattico fetale: insorgenza in gemelli identici dopo seconda iniezione di tossoide difterico e antigene della pertosse
JAMA, 131 (1946), pp. 730-735
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[34] S.C. Roberts
Vaccinazione e morti per lettino in prospettiva
Arco. Dis. Bambino., 62 (1987), pp. 754-759
View PDF ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[35] Y. Balci, M. Tok, B.K. Kocaturk, C. Yenilmez, C. Yorulmaz
Sindrome da morte improvvisa simultanea del lattante
J. Gamba forense. Med., 14 (2007), pp. 87-91
Visualizza PDF Visualizza l'articolo Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[36] M. Basso
La fallacia della sindrome della morte improvvisa simultanea infantile nei gemelli
Sono. J. Medicina forense. Pathol., 10 (1989), pp. 200-205
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Studioso di Google ↗

[37] E.A. Mitchell, D.E. Anziano, J. Zuccollo
Simultanea morte improvvisa e inaspettata nell'infanzia di gemelli: caso clinico
Int. J. Med. legale, 124 (2010), pp. 631-635
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[38] P. Huang, R. Yu, S. Li, Z. Qin, N. Liu, J. Zhang, D. Zou, Y. Chen
Morte improvvisa di un neonato gemello nello stesso giorno: un caso clinico e una revisione della letteratura
Scienze Forensi. Med. Pathol., 9 (2013), pp. 225-230
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[39] A. Kalokerinos
Ogni secondo bambino è stato condannato a morte, a meno che un medico dedicato non potesse aprire gli occhi e le menti dei suoi colleghi
Keats Publishing, New Canaan, CT (1974)
Studioso di Google ↗

[40] G.R. Nobile, R.H. Bernier, E.C. Esber, C. Hardegree, A.R. Hinman, *et al.*
Vaccini contro la pertosse acellulare e a cellule intere in Giappone: rapporto di una visita di scienziati statunitensi
JAMA, 257 (1987), pp. 1351-1356
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[41] J.D. Cherry, P.A. Brunell, G.S. Golden, D.T. Karzon
Relazione della task force sull'immunizzazione contro la pertosse e la pertosse

Pediatria, 81 (Suppl) (1988), pp. 972-973

Studioso di Google ↗

[42] Ufficio del bilancio del Congresso. Fattori che contribuiscono alla classifica della mortalità infantile degli Stati Uniti. Memorandum del personale CBO 1992, febbraio, tabella 2 - Tassi internazionali di mortalità infantile per classifica: 11-12.

Studioso di Google ↗

[43] H.L. Coulter, B.L. Pescatore

Un colpo al buio: perché la P nella vaccinazione DPT può essere pericoloso per la salute di tuo figlio

Avery Publishing Group, Garden City Park, NY (1991), pp. 141-144

Studioso di Google ↗

[44] CDC

Sintesi degli effetti avversi dopo la vaccinazione, 1978-1979. Stati Uniti Servizio sanitario pubblico 1980 novembre. Come riassunto in Baraff et al

Pediatr. Infetta. Dis. J., 2 (1983), p. 9

Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[45] L.J. Baraff, W.J. Ablon, R.C. Weiss

Possibile associazione temporale tra vaccinazione difterite-tetano tossoide-pertosse e sindrome infantile improvvisa

Pediatr. Infetta. Dis. J., 2 (1983), pp. 7-11

View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[46] W.C. Torcia

Caratteristiche delle morti post-vaccinali per difterite-pertosse-tetano (DPT) e della sindrome della morte improvvisa del lattante causata da DPT (SIDS): una revisione (abstract)

Neurologia, 36 (Suppl. 1) (1986), p. 148

Studioso di Google ↗

[47] A.M. Walker, H. Jick, D.R. Perera, R.S. Thompson, T.A. Knauss

Immunizzazione contro la difterite-tetano-pertosse e sindrome della morte improvvisa del lattante

Sono. J. Sanità pubblica, 77 (1987), pp. 945-951

View PDF ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[48] R.E. Gilbert, P.J. Fleming, Y. Azaz, P.T. Rudd

Segni di malattia che precedono la morte improvvisa inaspettata nei neonati

BMJ, 300 (1990), pp. 1237-1239

View PDF ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[49] V. Scheibner

Vaccinazione: 100 anni di ricerca ortodossa mostrano che i vaccini rappresentano un assalto medico al sistema immunitario

Scheibner Publications, Blackheath, NSW, Australia (1993), pp. 64-71
230-235; 262
Studioso di Google ↗

[50] V. Scheibner
Dinamica dei giorni critici come parte della dinamica della sindrome da stress non specifica scoperta durante il monitoraggio con il monitor di respirazione Cotwatch
J. Aust. Coll. Nutr. Environ. Med., 23 (2004), pp. 1-5
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[51] D. Ridgway
Richieste contestate per lesioni da vaccino contro la pertosse nell'ambito del National Vaccine Injury Compensation Program
J. Investig. Med., 46 (1998), pp. 168-174
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[52] R. von Kries, A.M. Toschke, K. Strassburger, M. Kundi, H. Kalies, U.Nennstiel, G. Jorch, J. Rosenbauer, Guido Giani
Morti improvvise e impreviste dopo la somministrazione di vaccini esavalenti (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, *Haemophilius influenzae* tipo b): c'è un segnale?
Eur. J. Pediatr., 164 (2005), pp. 61-69
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[53] G. Ottaviani, A.M. Lavezze, L. Matturri
Sindrome da morte improvvisa del lattante (SIDS) poco dopo la vaccinazione esavalente: un'altra patologia nel sospetto SIDS?
Virchows Arch., 448 (2006), pp. 100-104
View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[54] B. Zinka, E. Rauch, A. Buettner, F. Rueff, R. Penning
Casi inspiegabili di morte improvvisa infantile poco dopo la vaccinazione esavalente
Vaccino, 24 (31-32) (2006), pp. 5779-5780
Visualizza PDF Visualizza l'articolo Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[55] V.A. Soldatenkova, F.E. Yazbak
Un'indagine sui decessi infantili a seguito della vaccinazione iniziale contro l'epatite B basata sul Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1992-2002
Med. Veritas, 4 (2007), pp. 1414-1421
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[56] GlaxoSmithKline
Relazione riservata sulla sicurezza clinica biologica e sulla farmacovigilanza alle autorità di regolamentazione sull'esafra di InfanrixTM (difterite combinata, tetano e pertosse acellulare, epatite B, poliomielite inattivata e vaccino *Haemophilus influenzae di* tipo B), dal 23 ottobre 2009 al 22 ottobre 2011
GSK Confidential Summary Bridging Report (2011), pp. 246-249

16 dicembre

Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[57] Comunicato stampa. Per quanto riguarda i decessi multipli dopo i vaccini pneumococcici e Hib, gli esperti hanno stabilito che non ci sono problemi di sicurezza e la sospensione temporanea della vaccinazione di 4 settimane sarà revocata. [Giapponese] Disponibile online:https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000016yw1-img/2r98520000016z53.pdf ↗(consultato il 30 gennaio 2021).

Studioso di Google ↗

[58] R. Kuhnert, H. Hecker, C. Poethko-Muller, M. Schlaud, M.Vennemann, H.J. Whitaker, C.P. Farrington

Un metodo di serie di casi autocontrollato modificato per esaminare l'associazione tra vaccinazioni multidose e morte

Statistiche. Med., 30 (2011), pp. 666-677

View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[59] G. Traversa, S. Spila-Alegiani, C. Bianchi, M. Ciofi degli Atti, L. Frova,M. Massari, R. Raschetti, S. Salmaso, G.S. Tomba, gruppo di studio Hera

Morti improvvise inaspettate e vaccinazioni durante i primi due anni di vita in Italia: uno studio di serie di casi

PLoS One, 6 (2011), articolo e16363

View PDF ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[60] GlaxoSmithKline

Relazione periodica di valutazione del rischio/Rapporto periodico di aggiornamento sulla sicurezza dell'Unione europea (SUR 19)

Rapporto confidenziale GSK alle autorità di regolamentazione [su InfanrixTM hexa] (2015), p. 445

15 gennaio, Tabella 6

Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[61] J. Puliyel, C. Sathyamala

Infanrix hexa e morte improvvisa: una revisione delle relazioni periodiche di aggiornamento sulla sicurezza presentate all'Agenzia europea per i medicinali

Indiano J. Med. Etica, 3 (2018), pp. 43-47

Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[62] P.L. Moro, J. Arana, M. Cano, P. Lewis, T.T. Shimabukuro

Decessi segnalati al sistema di segnalazione degli eventi avversi del vaccino, Stati Uniti, 1997-2013

Clin. Infetta. Dis., 61 (2015), pp. 980-987

View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[63] M. Osawa, R. Nagao, K. Kakimoto, Y. Kakiuchi, F. Satoh

Morte improvvisa del bambino dopo la vaccinazione: indagine sui file dell'autopsia forense

Sono. J. Medicina forense. Pathol., 40 (2019), pp. 232-237

View article ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[64] L.G. Crandall, J.H. Lee, D. Friedman, K. Lear, K. Maloney, J.K.Pinckard, P. Lin, T. Andrew, K. Roman, K. Landi, *et al.*
Valutazione della concordanza tra le certificazioni di morte originali e un processo di gruppo di esperti nella determinazione della morte improvvisa e inspiegabile nell'infanzia
JAMA Netw. Aperto, 3 (2020), Articolo e2023262
View PDF ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[65] HHS. Tabella delle lesioni da vaccino. Amministrazione delle risorse e dei servizi sanitari; Stati Uniti Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani.https://www.hrsa.gov/sites/default/files/vaccinecompensation/vaccineinjurytable.pdf ↗(consultato il 23 febbraio 2021).
Studioso di Google ↗

[66] Y. Kashiwagi, A. Miyata, T. Kumagai, K. Maehara, E. Suzuki, T. Nagai,T. Ozaki, N. Nishimura, K. Okada, H. Kawashima, T. Nakayama
Produzione di citochine infiammatorie in risposta ai vaccini difterite-pertosse-tetano (DPT), haemophilus influenzae di tipo b (Hib) e 7-valenti pneumococcico (PCV7)
Ronzio. Vaccino. Immunother., 10 (3) (2014), pp. 677-685
View PDF ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[67] J.R. Su, M.M. McNeil, K.J. Gallese, P.L. Marquez, C. Ng, M. Yan, M.V.Cano
Miopericardite dopo la vaccinazione, sistema di segnalazione degli eventi avversi del vaccino (VAERS), 1990-2018
Vaccino, 39 (2021), pp. 839-845
Visualizza PDF Visualizza l'articolo Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[68] S.K. Winiecki
Segnalazione di eventi avversi: VAERS e WONDER. Centro per la valutazione e la ricerca biologica
Stati Uniti Food and Drug Administration (2012), p. 24
(consultato il 22 febbraio 2021)
https://fda.report/media/93840/Adverse-Event-Reporting--VAERS-and-WONDER.pdf ↗
Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[69] R. Lazzaro
Supporto elettronico per la salute pubblica—Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP: VAERS)—Rapporto finale. (Preparato da Harvard Pilgrim Health Care, Inc. Sotto Grant No. R18 HS 017045)
Agenzia per la ricerca e la qualità sanitaria, Rockville, MD (2010)
Studioso di Google ↗

[70] FDA. Centro per la valutazione e la ricerca biologica: riunione del comitato consultivo per i vaccini e i prodotti biologici correlati 2008, 20 febbraio, 129-130; 221.
Studioso di Google ↗

[71] H. Buttram, C. Inghilterra
Sindrome del bambino scosso o encefalite indotta da vaccino: i genitori sono falsamente accusati?
AuthorHouse, Bloomington, Indiana (2011)
Studioso di Google ↗

[72] M.D. Innis
Scurvy tissutale erroneamente diagnosticato come sindrome del bambino scosso
Clin. Med. Res., 3 (2014), pp. 6-8
View PDF ↗ Riferimento incrociato ↗ Visualizza in Scopus ↗ Studioso di Google ↗

[73] CDC. SUIDI Reporting Form—EV: Sudden Unexplained Infant Death Investigation Reporting Form, Manuale dell'utente 2008, 14 Ottobre, 3.
Studioso di Google ↗

Pdf by:
https://www.pro-memoria.info

Citato da (1)

Udità del sistema di segnalazione degli eventi avversi del vaccino per la ricerca sui vaccini basata sull'apprendimento automatico: un caso di studio per i vaccini COVID-19
2022, Rivista Internazionale di Scienze Molecolari

© 2021 L'autore/i. Pubblicato da Elsevier B.V.

ELSEVIER

Copyright © 2023 Elsevier B.V. o i suoi licenziatari o contributori.
ScienceDirect® è un marchio registrato di Elsevier B.V.

RELX™