

CÓMO PROVOCAN CÁNCER LAS VACUNAS COVID

POR COLLEEN HUBER

30 de Diciembre de 2022 2:22 PM Actualizado: 30 de Diciembre de 2022 2:22 PM

Los anticuerpos se estudian más que otras proteínas inmunitarias por su asociación con la enfermedad. Esto no significa que sean más decisivos en los resultados de la enfermedad. Es probable que el interferón de tipo I tenga un impacto mucho mayor.

Los anticuerpos no son toda la historia de la resistencia inmunitaria frente al cáncer

Se está hablando mucho de un estudio reciente que muestra un aumento de los anticuerpos IgG4 en los análisis de sangre de las personas a las que se inyectan tres veces las vacunas COVID de ARNm. Los periodistas especulan con la posibilidad de que esta sea la causa del aumento de cánceres en los vacunados contra COVID. Pero esa no es la razón principal por la que los vacunados contra COVID están contrayendo nuevos casos de cáncer, a veces agresivos “turbo cánceres”, o saliendo de la remisión de un cáncer anterior. Más bien, hay investigaciones anteriores que proporcionan mecanismos más plausibles para el riesgo de cáncer, basados en abundantes conocimientos previos de la función inmune. Analicemos tanto el nuevo estudio sobre los anticuerpos IgG como las investigaciones anteriores.

La falacia popular parece ser la siguiente: Los anticuerpos son fáciles de analizar. Además, son el centro del desarrollo y la acción de las vacunas. Por lo tanto, pasamos mucho tiempo pensando y hablando de ellos. Por lo tanto, deben ser marcadores importantes de los resultados de la enfermedad. Por lo tanto, deben ser decisivos en la evolución de la enfermedad”.

Después de centrar mi propio trabajo en pacientes con cáncer durante los últimos 16 años como oncólogo naturópata, si hubiera cometido este error de pensamiento, la mayoría de mis pacientes ya estarían muertos por esfuerzos mal dirigidos.

No, el cáncer sigue siendo un megaproblema de daños en el ADN, distracción inmunológica, señalización celular alterada, crecimiento frenético, falta de apoptosis, tejidos debilitados, angiogénesis y trastorno metabólico, como características principales de una entidad que se alimenta a sí misma a expensas y en detrimento del órgano y del organismo. Éstas son las principales características del cáncer, y es muy difícil tratarlas con éxito. Aquí hablo de ese desafío tan desalentador.

IgG3 frente a IgG4

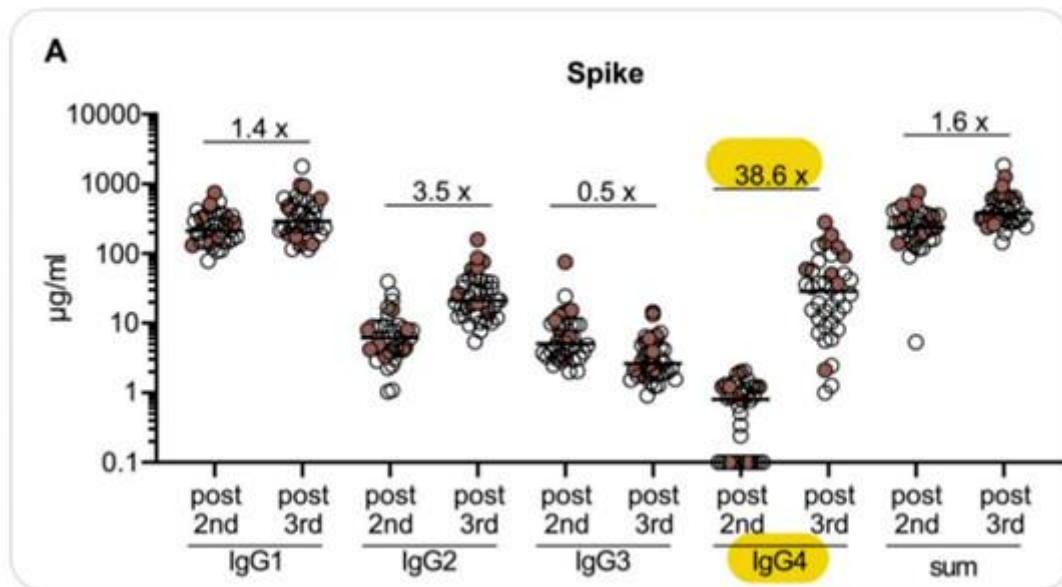
En primer lugar, veamos el nuevo estudio sobre los anticuerpos IgG3 frente a los IgG4 en los triplemente vacunados. Lo llamaremos el estudio IgG4. El estudio concluye que las personas con triple vacuna pueden desarrollar una tolerancia no inflamatoria incluso a niveles elevados de proteínas de espiga. Es decir, en lugar de tener disnea típica, tos, olfato y otros síntomas de tipo COVID en toda regla, la IgG4 es un anticuerpo tolerante que permite que los viriones y la carga de proteínas de espiga se acumulen en el cuerpo sin las alarmas sintomáticas habituales. Así, a menudo se obtiene un resultado de PCR COVID+ con síntomas leves, o incluso sin síntomas. Esto puede explicar en parte que muchas celebridades y políticos citados con frecuencia en los medios de comunicación digan con tantas palabras: “He dado positivo en COVID, pero gracias a mis vacunas, es leve”. Sin embargo, lo que les impide desarrollar una inmunidad neutralizante duradera es la falta de una derrota inmunitaria eficaz del SRAS-CoV-2. Así que (al menos al

principio) toleran elevadas cargas de proteínas de espiga y son perpetuamente vulnerables a infecciones recurrentes. Aún más preocupante, lo que subyace a esa recurrencia de síntomas leves, muestran los autores del estudio IgG4, es un trastorno precario de la función inmune con una acumulación potencialmente problemática de carga viral, proteínas de espiga y anticuerpos, con consecuencias potencialmente devastadoras para sus futuros resultados de salud. Incluso una abundancia de inmunoglobulinas similar a la de un mieloma puede crear una enfermedad similar a un mieloma múltiple en los vacunados con COVID, una sangre fangosa cargada de proteínas que es perjudicial para las finas estructuras de filtración, los glomérulos, de los riñones.

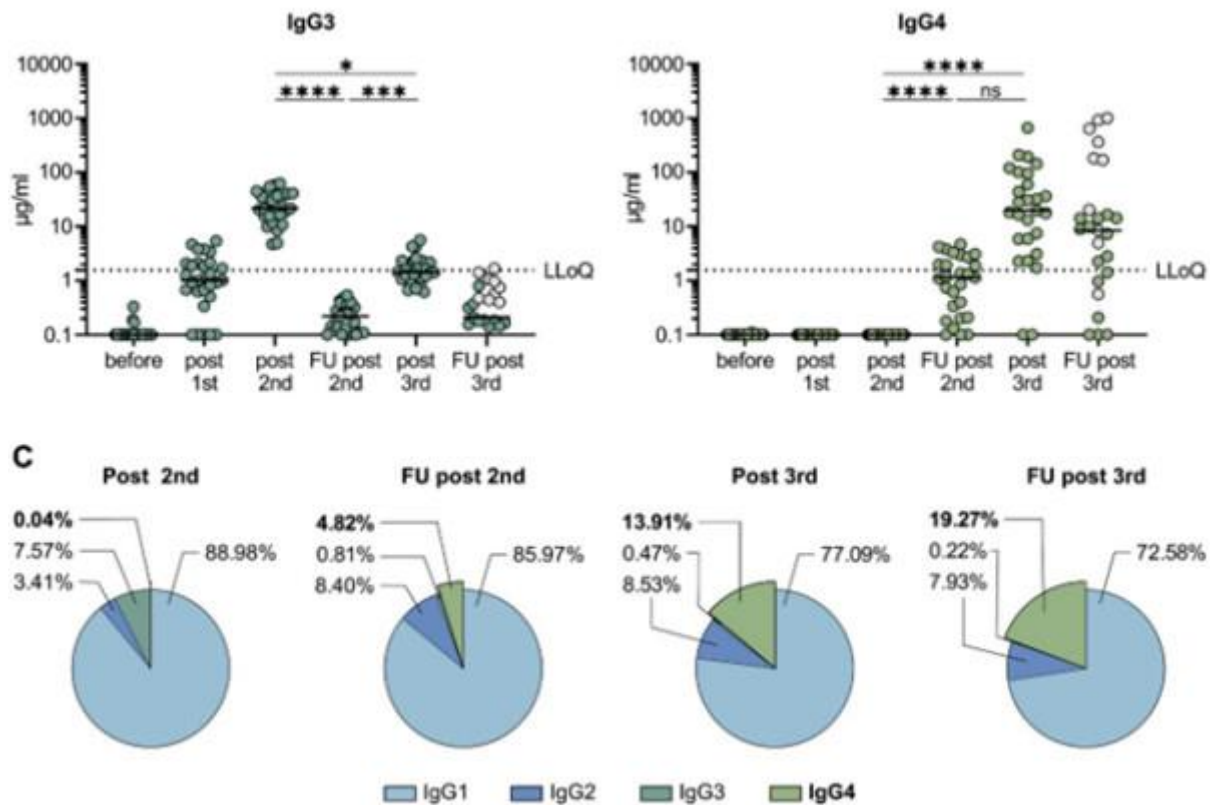
Esta desviación, desorientación y desvarío inmunológicos se han descrito anteriormente como cebado patogénico, una mala adaptación del sistema inmunológico para ignorar o luchar ineficazmente contra las amenazas reales, mientras que al mismo tiempo centra sus recursos en matar a los tigres de papel de antígenos no amenazantes. Esto sucedió en el diseño de las vacunas de ARNm para producir una proteína de espiga característica de la cepa original Wuhan del SARS-CoV-2, pero resultó ser ineficaz contra las cepas Delta, omicron y posteriores, como algunos de nosotros habíamos advertido anteriormente. Dado que la cepa Wuhan ya se había inflamado y apagado, las vacunas COVID estaban obsoletas en el momento en que se ofrecieron al público.

En circunstancias de infección natural, mientras que los anticuerpos IgM brotan durante un breve periodo de tiempo tras el inicio de la infección, los anticuerpos IgG, por el contrario, tardan más en desarrollarse, y son los que permanecen mucho tiempo después de que la infección se haya resuelto. (Por ejemplo, mis IgG contra el sarampión siguen siendo robustas en un análisis de sangre décadas después de haber tenido sarampión de niño, con solo inmunidad natural, sin antecedentes de vacunas).

La subclase IgG4 es una subclase no inflamatoria que se correlaciona con la tolerancia a los antígenos, de forma similar a las vacunas antialérgicas que hacen que la respuesta inmunitaria sea más tolerante al polen de gramíneas. La IgG4 no tiene ninguna función efectora conocida. Asimismo, la IgG4 parece estar inversamente correlacionada con la anafilaxia. Aquí, en el artículo sobre IgG4, con respecto a los vacunados con COVID, la IgG4 aumenta considerablemente, más de 38 veces, después de una tercera vacuna con ARNm. Obsérvese que la escala del eje y es logarítmica, lo que sitúa las IgG4 bastante arriba.



Al mismo tiempo, tanto las vacunas triples como las dobles pierden una cantidad considerable de sus anticuerpos IgG3, descubiertos en los laboratorios de seguimiento de 180 y 210 días, respectivamente. Obsérvese de nuevo la escala logarítmica, que muestra una caída vertiginosa de los anticuerpos IgG3, con un aumento vertiginoso de los anticuerpos IgG4. Esto es de la Figura 1 del artículo sobre IgG4:



A veces se piensa que la subclase IgG3, incluso por parte de los autores de IgG4, es proinflamatoria, uno de los muchos ataques inmunitarios contra patógenos invasores. Aunque también hay evidencia de lo contrario. Así pues, a veces se supone que la IgG3, incluidos los autores de la IgG4 y los periodistas interesados, neutraliza los antígenos o lucha eficazmente contra ellos.

Sin embargo, hay poco apoyo, aparte de la correlación de títulos, para la afirmación de que los anticuerpos IgG3 pueden ser guerreros eficaces contra los patógenos. Los autores del estudio IgG4 reconocen una observación anterior de "respuestas IgG3 correlacionadas con una protección parcial frente al VIH", y solo un aumento de los anticuerpos IgG3 tras una infección natural con el SARS-CoV-2, como el que se informa aquí, sin mecanismo de su protección.

Una posible pista sobre las observaciones de los autores del estudio de IgG4 de IgG3 baja es la glicosilación de IgG3 como impacto en la gravedad de la infección por SARS-CoV-2. (Las inmunoglobulinas son moléculas proteicas glicosiladas en general, pero la hiperglicosilación parece ser un problema. La glicosilación es generalmente perjudicial para su función óptima; la glicosilación notoria ha devastado más que simplemente los anticuerpos, en nuestra cultura amante de la comida basura).

Los anticuerpos IgG3 son una proporción muy pequeña de los anticuerpos IgG y aún no han sido bien estudiados. Tanto los anticuerpos IgG3 como los IgG4 son generalmente una pequeña proporción de todas nuestras células B, 3 por ciento y 4 por ciento respectivamente.

Un nivel bajo de anticuerpos IgG3 no está necesariamente correlacionado con una gravedad baja de la enfermedad. Por ejemplo, en la EPOC, vemos esta correlación de niveles bajos de IgG3 con exacerbaciones potencialmente mortales de la EPOC. Todos los anticuerpos, incluidos los IgG3 e IgG4, suelen aumentar y luego disminuir en caso de infección natural. A continuación explicaré por qué no estoy tan seguro de que el vector causa-efecto vaya como se supone actualmente, de una proporción baja de IgG3 / IgG4 a una disfunción inmunitaria generalizada. Más bien, sospecho que es más probable que sea un efecto de otros mecanismos, descritos a continuación.

Hay mucho más en la función inmunitaria que solo anticuerpos

El primer problema con la fascinación actual por las IgG es la suposición de que solo porque los anticuerpos consumen mucha atención, y son proteínas fácilmente medibles en un laboratorio de sangre, que entonces son necesariamente impactantes en la vasta complejidad del resto del sistema inmune. Metafóricamente, al asumir que aquello que podemos ver es necesariamente decisivo, estamos mirando la piel, por así decirlo, y asumiendo que por tanto conocemos las funciones de los órganos internos y que la piel es la causa dominante de los efectos internos. Evidentemente, no es así.

Partamos de la base de que la sangre, muy móvil y ubicua, contiene muchas de las células de nuestro sistema inmunitario y es, en su conjunto y por partes, clave para una función inmunitaria óptima. He aquí la proporción de anticuerpos inmunoglobulinas IgG con respecto al resto del sistema inmunitario:

Las inmunoglobulinas están presentes en la superficie de los linfocitos B, donde actúan como receptores de antígenos. El número de linfocitos B fluctúa, pero representan una media del 5.2 por ciento de todos los glóbulos blancos. Los glóbulos blancos son el 0.1 por ciento de todas las células de la sangre. Por lo tanto, las células B son aproximadamente el 0.00005 por ciento o 5 de cada 100,000 células en la sangre.

Lo explico con más detalle aquí.

Cell Count and % of white blood cells per milliliter (ml) of blood, adult human

Innate immune system			Adaptive immune system		
Cell type	% of all white blood cells ³	Count per ml of blood	Cell type	% of all white blood cells	Count per ml of blood
Neutrophils	53.8%	2,690,000	T-cells	22.5%	1,125,000
Monocytes	8.4%	420,000	B-cells	5.2%	260,000
Natural killer cells	4.4%	220,000			
Eosinophils	3.2%	160,000			
Basophils	1.0%	50,000			
Dendritic cells	1.0%	50,000			
TOTAL INNATE	71.8%	3,590,000	TOTAL ADAPTIVE	27.7%	1,385,000

There are 5 billion red blood cells per milliliter of blood. There are 5 million white blood cells per milliliter of blood. Some would argue that red blood cells are also an important component of the innate immune system, because they can produce cytokines and can increase the numbers of and influence activity of other immune cells, such as neutrophils, macrophages and monocytes, and because they carry oxygen to tissues. We have 20 to 25 trillion red blood cells in the body. This is roughly 1000 times the number of neutrophils and 2,000 or 3,000 times the number of lymphocytes, and it is about 10,000 to 20,000 times the number of B-cells, which are the target cell of vaccine activity.

Esta proporción de células B con respecto a otras células de la sangre es insignificante. Si usted puede ver la línea roja muy delgada en el extremo izquierdo de la banda de abajo, que es la proporción de todas las células B en comparación con el gran resto de las células en la sangre. (En realidad, la delgada línea roja tendría que ser un poco más delgada para ser fiel a la escala).

Veamos ahora otros aspectos de la función inmunitaria que son potentes luchadores contra el cáncer, pero que se han asociado con una carga viral elevada y/o una proteína de espiga alta, como la que se espera que se produzca tras la vacunación COVID. Estos investigadores descubrieron que dos de nuestras

células más importantes para combatir el cáncer, las células asesinas naturales (NK) y las células T CD8+, se reducían significativamente en estas circunstancias. La reducción de las células NK se observa en los tumores más agresivos.

Pero el principal problema con las vacunas COVID de ARNm y el riesgo de cáncer se mostró en abril de este año, en el artículo de Seneff y Nigh.

La pre-ocupación de la comunidad científica con el sistema inmune adaptativo relativamente más pequeño, sobre todo su parte humoral, y la falta de familiaridad o el desinterés en el sistema inmune innato mucho más importante y más fuerte ha desviado la atención de este documento seminal. Tengo que recomendar no solo la lectura, sino el estudio a fondo del artículo de Seneff y Nigh para la mejor comprensión hasta la fecha del efecto de las vacunas COVID en la tumorigénesis, el fracaso inmunológico con respecto al cáncer y los eventos metastásicos.

Lo que Seneff et al descubrieron es que la amenaza más profunda para la función inmunitaria por parte de las vacunas de ARNm es la interferencia con las vías de señalización del interferón de tipo I. Esto, a su vez, debilita la vigilancia del sistema inmunitario. Esto, a su vez, debilita las capacidades de vigilancia del sistema inmunitario en la detección del cáncer. Como resultado, vemos tanto nuevos tumores como metástasis de cánceres existentes en los vacunados con COVID. Vemos lo que ahora se denomina turbo cánceres. He aquí cómo Seneff et al apoyan esta hipótesis. Su artículo es enormemente detallado, y mi resumen a continuación es bastante breve.

Ivanova, et al encontraron que las personas que fueron infectadas naturalmente con SARS-CoV-2 han sido capaces de aumentar dramáticamente nuestra citoquina más crucial, el interferón tipo I, como se ve en sus células dendríticas periféricas, mientras que las personas vacunadas con ARNm no han mostrado esta capacidad, ni tal aumento, ni células progenitoras para el mismo. A partir de estos diversos hallazgos, es evidente que las vacunas COVID suprimen la señalización del interferón de tipo I. Los resultados son un colapso devastador de muchas funciones inmunitarias posteriores, creando una nueva vulnerabilidad no solo a las enfermedades víricas, sino también al cáncer. La necesidad de interferones para la guerra del cuerpo contra el cáncer se ve además en el uso clínico productivo durante décadas del interferón como agente terapéutico para pacientes con cáncer.

Los mecanismos más apreciados del interferón de tipo I contra el cáncer incluyen la regulación al alza del gen supresor de tumores p53, así como de los inhibidores de quinasas, y la consiguiente detención de la reproducción celular del cáncer. Quizás aún más crucial es que el interferón-alfa, un tipo de interferón I, hace que el cáncer sea reconocible, o en cierto modo visible para otras células inmunitarias para su destrucción. Otros dos efectos importantes de los interferones de tipo I, concretamente del interferón alfa, son la diferenciación celular y la apoptosis, que son dos de los principales acontecimientos importantes para una victoria natural sobre el cáncer. El interferón de tipo I también activa las células esenciales que combaten el cáncer mencionadas anteriormente, las células CD8+ y NK. Existen otros efectos genéticos de los interferones de tipo I, cada uno de los cuales tiende a suprimir los tumores, en particular a través de los genes IRF-7. Estos genes tienen un impacto en los cánceres de la glándula tiroidea. Estos genes influyen en los cánceres de mama, próstata, útero, ovarios y páncreas. Pero éstos y los oncogenes en general parecen desregularse por las vacunas de ARNm.

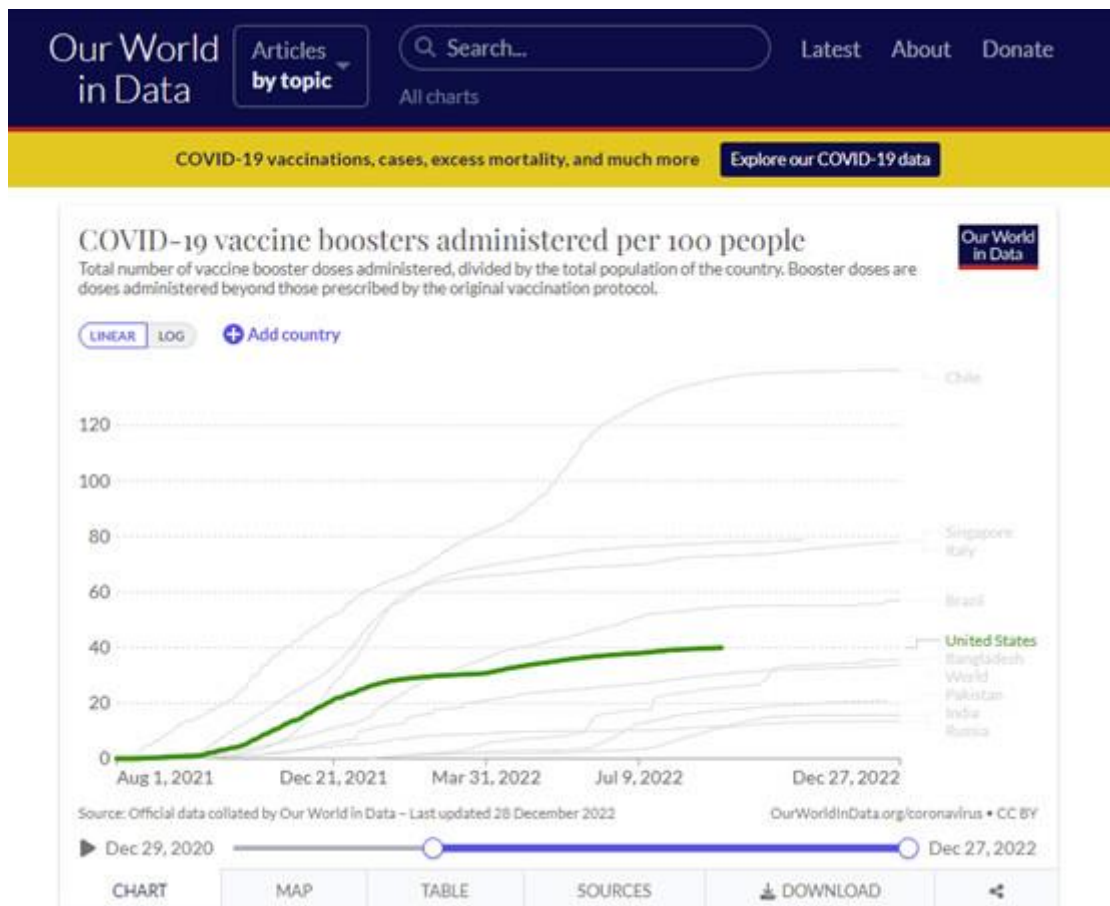
Fay et al analizan la formación de cuadruplex G en el ARN y su papel en la expresión de protooncogenes. Esto, a su vez, puede conducir a la progresión del cáncer.

Incidencia del cáncer

Incluso antes de que los refuerzos se distribuyeran al público, el Sistema de Notificación de Efectos Adversos de Vacunas (VAERS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) mostró un número mucho mayor de cánceres tras las vacunas COVID que para todas las demás vacunas durante los 30 años de historia del VAERS. Estos nuevos cánceres tras las vacunas COVID representaron el 98 por ciento de los cánceres notificados. Aquí de nuevo de Seneff et al:

Seneff, Nigh et al <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9012513/>

Cabe señalar que la notificación de estos cánceres de 2021 se produjo en gran parte antes de la (tibia) aceptación por el público de EE.UU. incluso de los primeros refuerzos de COVID ARNm (inyección # 3 en el otoño de 2021) como se muestra aquí en Our World in Data.



Esa 3ª inyección es después de la cual los autores del artículo IgG4 vieron la mayor diferencia en las proporciones IgG3/IgG4, pero no necesariamente el mayor aumento en los casos de cáncer.

Consideremos que todo el sistema inmunitario, y no solo las inmunoglobulinas, es necesario para protegerse de los estragos del cáncer. Las células inmunitarias y las citocinas, y sus funciones exquisitamente coordinadas y sinérgicas, deben protegerse de los acontecimientos destructivos iniciados por las inyecciones experimentales irreversibles de productos novedosos, como las vacunas de ARNm.

Republicado del Substack del autor

Las opiniones expresadas en este artículo son las del autor y no reflejan necesariamente los puntos de vista de The Epoch Times.

Únase a nuestro canal de Telegram para recibir las últimas noticias al instante haciendo click aquí

© The Epoch Times en español. Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción sin un permiso expreso. Fuente: The Epoch Times en español