<https://peckford42.wordpress.com/2021/09/18/the-dangers-of-covid-19-booster-shots-and-vaccines-boosting-blood-clots-and-leaky-vesselsnew-discoveries-in-the-immunology-of-sars-cov-2-and-covid-19-vaccines/>

Los peligros de Covid-19 Booster Shots and Vaccines: Impulsando colots de sangre y vasos de fugasNuevos descubrimientos en la inmunología de las vacunas SARS-CoV-2 y COVID-19

18 de septiembre de 2021 / [brianpeckford](#)

1. 0Resumen: Las vacunas COVID y las vacunas de refuerzo son seguras y necesarias? Nuevos descubrimientos en inmunidad SARS-CoV-2 e interacciones vacunales-inmunes.
2. En Pleno: Explicación de nuevos hallazgos sobre la inmunología del COVID-19 y sus vacunas: Cómo y por qué las vacunas Covi-19 incitan a ataques inmunológicos a las paredes de los vasos sanguíneos. Qué hay de malo con los disparos de refuerzo?
3. Imábancica para médicos y pacientes.
4. Resumen: COVID Boooster dispara y vacunas se a salvo y es necesario? Nuevos descubrimientos en interacciones SARS-CoV-2 Inmunidad y vacunas-inmunes A estas alturas, la mayoría de las personas han oído que las vacunas COVID-19 pueden causar coagulación y sangrado de sangre. Algunos lectores pueden incluso ser conscientes de que los informes de muerte tras la vacunación COVID-19 superan a los de todas las vacunas combinadas desde que comenzaron los registros, hace 31 años, en la base de datos oficial estadounidense VAERS [1,2].

Con muchos pacientes habiendo recibido ahora su primera y segunda dosis de vacunas COVID-19, se están implementando inyecciones adicionales de refuerzo en muchos países. Dado que no se han realizado ensayos clínicos con más de dos inyecciones de ninguna vacuna, es importante que los médicos y pacientes entiendan cómo las vacunas interactúan con el sistema inmunitario, y las implicaciones para las inyecciones de refuerzo. Hasta ahora, los médicos y pacientes que se enfrentan a información sobre los efectos secundarios de la vacuna COVID suelen estar seguros de que los beneficios de la vacunación COVID-19 superan los riesgos. Los gobiernos, la industria farmacéutica, los reguladores y los medios de comunicación aconsejan a las poblaciones que la mayoría de los acontecimientos adversos son leves y transitorios, con complicaciones graves en sólo una pequeña minoría de receptores de vacunas. La mayoría de los pacientes, sin embargo, desconocen que entre los expertos científicos relevantes tal opinión no se compartan tan fácilmente. Eminentes científicos e investigadores independientes en los campos de la inmunología y la microbiología han estado escribiendo a los reguladores médicos desde principios de 2021 [3], advirtiendo de la coagulación y sangrado relacionado con la vacuna, incluyendo que los datos oficiales sobre anomalías sanguíneas post-vacunación probablemente representan la punta de un enorme iceberg [4]. Aquellos científicos advierten que las suspensiones de vacunas pre-datedadas en todo el mundo se deben a enfermedades agudas de la coagulación de la sangre aberrante después de la vacunación. Las advertencias se basaron en la ciencia inmunológica establecida, aplicada al novedoso mecanismo de acción de las vacunas COVID-19 basadas en genes. Ahora, más de seis meses después, los nuevos descubrimientos en la inmunología del SARS-CoV-2 [5] se han puesto al día con el calendario de vacunación apresurado, confirmando y ampliando las advertencias previas de los expertos. La buena noticia es que estamos más ampliamente protegidos contra COVID-19 por nuestra propia inmunidad preexistente de lo que se entendía anteriormente. Por otra parte, esta inmunidad preexistente agrava el riesgo de que las vacunas COVID-19 induzcan a la coagulación de la sangre y/o vasos sanguíneos con fugas. Es de esperar que este riesgo se intensifique con cada revacunación. Es poco probable que el daño inducido por la vacuna a nuestros vasos sanguíneos sea raro.

Tal vez el hallazgo más pertinente es que, debido al descubrimiento de una respuesta generalizada de anticuerpos de tipo memoria al SARS-CoV-2, se puede esperar que los anticuerpos inducidos por las vacunas COVID-19 activen el llamado sistema de complementos. Esto puede provocar la destrucción de

cualquier célula que fabrique la proteína de pico SARS-CoV-2, particularmente en la circulación. Si eso le sucede a la endotelia, es decir, la capa celular que bordea las superficies internas de nuestros vasos sanguíneos, entonces esos vasos pueden comenzar a filtrarse [6] y se formarán coágulos. Dado que la investigación de 2021 mostró que la proteína de pico para entrar en el torrente sanguíneo poco después de la vacunación [5], esta peligrosa participación endotelial en la producción de picos es muy probable, y se debe esperar que ocurra. Por más cruda que sean estas realidades médicas, el aspecto positivo es que el mismo perfil de anticuerpos, junto con la inmunidad de células T previamente documentada [7o11], protege alrededor del 99% de la población contra infecciones SARS-CoV-2 que amenazan la vida. Esto se une al hecho conocido de que más del 99% de las personas están a salvo de la muerte con COVID-19 [12-14]. Las implicaciones para los médicos y pacientes son las siguientes:

1. La vacunación contra COVID-19 es innecesaria. Las poblaciones están protegidas por sus sistemas inmunológicos contra el COVID-19. Esto se aplica a SARS-CoV-2 en todas sus variantes.
2. Las inyecciones de refuerzo son exclusivamente peligrosas, de una manera que no tiene precedentes en la historia de las vacunas. Esto se debe a que el impulso repetidamente de la respuesta inmune aumentará repetidamente la intensidad del auto-ataque. Una consideración importante para los pacientes es que aquellos que ya han sido vacunados contra COVID-19, y cuya salud permanece intacta, pueden protegerse contra daños graves al detenerse ahora.
Para una explicación detallada de la ciencia detrás de estas interacciones vacunales-inmunes, por favor lea la Parte II. Las implicaciones para médicos y pacientes se consideran en la Parte III.
3. En su totalidad: Explicación de nuevos hallazamientos sobre la inmunología de SARS-CoV-2 y COVID-19
Vaccines
2.1. 2.1. Cómo y por qué las vacunas COVID-19 incitan a un ataque inmunológico a las paredes de los vasos sanguíneos. Qué hay de malo con los disparos de refuerzo? Hasta hace poco, el perfil inmunitario de las vacunas COVID-19 y COVID-19 no estaba completamente caracterizado. Aunque hemos sabido desde mediados de 2020 que existe una inmunidad de células T de la memoria robusta y duradera a SARS-CoV-2 [7o11], la imagen del anticuerpo ha sido menos clara. Ahora, sin embargo, una convergencia de la evidencia de estudios revisados por pares publicados en 2021 revela que la inmunidad preexistente al SARS-CoV-2 involucra no sólo células T sino también anticuerpos de memoria, en el 99% de las personas estudiadas. Dos publicaciones de 2020 alertan a la probabilidad de que la respuesta inmune a la vacuna también implique un componente importante y potente llamado sistema de complemento. Esto tiene profundas consecuencias para el análisis de riesgo-beneficio de las vacunas.
Los documentos clave de estos acontecimientos recientes son:
4. Ogata y otros [15] que muestra que la proteína de pico SARS-CoV-2 circula en el torrente sanguíneo poco después de la vacunación con la vacuna contra el ARNm. Esto constituye una evidencia convincente de que las moléculas de proteínas de pico son producidas por células que están en contacto con el torrente sanguíneo. Las células endoteliales que recubren paredes de vasos sanguíneos representan naturalmente los principales candidatos.
5. Amanat et al. [16], Ogata et al. [15], y Wisniewski et al. [17], que encontró que los anticuerpos IgG e IgA específicos de SARS-CoV-2- circulaban en detectables dentro de 1-2 semanas después de la vacunación contra ARNm. Esta respuesta temprana indica que la memoria inmunológica sólo se puede obtener a través de la re-estimulación de células inmunes preexistentes.
6. Gallais y otros [18], que proporcionó datos consistentes con una respuesta de anticuerpos de tipo memoria en más del 99% de las personas estudiadas después del primer contacto con el virus SARS-CoV-2.
7. Wisniewski et al. [17], que reportó un aumento muy rápido de anticuerpos de proteínas de pico después de la segunda inyección de vacunas contra el ARNm. Este hallado subraya los peligros inmediatos de la revacunación.
8. Magro et al. [19,20] mostrando que después de la entrada en el torrente sanguíneo, la proteína de pico dirige el ataque de complemento al revestimiento del vaso interior, causando daños y fuga de los vasos sanguíneos
A continuación se explica la inmunología subyacente para los laicos.
2.2. Perfil inmunitario actualizado de COVID-19 y sus vacunas
Es importante destacar la vacunación COVID-19, los descubrimientos de 2021 revelan que el

virus SARS-CoV-2 responsable de COVID-19 no es realmente nuevo en nuestros sistemas inmunológicos. El hallazgo de que la abrumadora mayoría de las personas muestran un perfil de anticuerpos de tipo memoria a las vacunas COVID-19 prueba que nuestros sistemas inmunológicos han visto virus similares al SARS-CoV-2 antes. Como resultado, nuestros cuerpos han almacenado una memoria inmune de esa familia de virus, equipándonos para luchar más rápida y poderosamente la próxima vez que nos volvamos a encontrar un virus similar. Como SARS-Cov-2 es de la familia de los coronavirus, esto indica que poseemos una inmunidad cruzada duradera de la exposición previa a otros coronavirus, como los coronavirus fríos comunes, que están en amplia circulación a nivel mundial. En pocas palabras, casi cualquiera que esté fundamentalmente sano o "inmunocompetente" está naturalmente suficientemente protegido contra COVID-19.

Este estatus inmunológico concuerda con la realidad bien documentada de que la tasa de mortalidad por infección para COVID-19 es de 0.15-0.2% en todo el mundo [12-14]. Como es bien sabido, la infección COVID-19 es un curso fatal sólo en aquellos que están debilitados por la edad y la comorbilidad significativa. Dicho de otra manera, una vez infectado, COVID-19 no es letal al 99,8% de la población mundial. Esta misma cifra es superior al 99,9% en los jóvenes y de mediana edad. Estas estadísticas reflejan el hecho de que la inmunidad cruzada protectora es la norma mundial.

2.3. Una palabra sobre los casos. Pero qué hay de la segunda y tercera oleada de "casos", incluso de Delta y otras variantes, en todo el mundo?

Es importante entender que un COVID-19, tal como se define actualmente, no corresponde a estar enfermo. En una medida sin precedentes en la historia clínica, en lugar de referirse a la enfermedad real, el término "caso" se ha confundido con nada más que un resultado positivo de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Si bien las pruebas de PCR son útiles en la investigación de laboratorio y como herramientas de diagnóstico cuando se realizan cuidadosamente, no son confiables o apropiadas cuando se utilizan de forma aislada, ni se establecen en sensibilidades extremadamente altas, ni en manos mal entrenadas, como ha sido el caso abrumadoramente para COVID-19.

Durante mucho tiempo se ha sabido que la dependencia de las pruebas de PCR por sí sola para definir los casos médicos y las causas de muerte resulta en el sobrediagnóstico, sobretreatmento y aumento de los costos de atención médica. [21]. Si la PCR se usara solo para diagnosticar una infección con el patógeno diarreico *Clostridium difficile* (CD), por ejemplo, aparecería inmediatamente una epidemia de EC. Encontraríamos, en base a los resultados de la PCR, que el 50% de las personas a largo plazo, y el 15% de las hospitalizadas por cualquier motivo, son CD-cases [22]. Si mueren por cualquier causa.

Después de una prueba de PCR positiva para CD, se registrarían como "diing con CD". Esa cifra podría acercarse al 100% si se realizaran pruebas de PCR en las altas sensibilidades, o umbrales de ciclo, empleados rutinariamente cuando se sometían a pruebas para COVID-19, en las que la sensibilidad de la prueba se ha marcado hasta extremos sin sentido [23]. Además, incluso si aceptamos PCR por sí solo como una herramienta diagnósticamente apropiada y, por lo tanto, el alto número de "casos" que genera, seguiríamos inferiendo necesariamente una tasa de fatalidad por infección muy baja para COVID-19. Esto apoya en lugar de contradecir la realidad de que el SARS-CoV-2 no representa una amenaza significativa para el inmunocompetente. En resumen, gracias a la inmunidad de la población, para la gran mayoría de nosotros, un caso no equivale a una enfermedad grave.

2.4. Cuatro problemas inmunológicos con vacunas COVID-19
Si bien la inmunidad cruzada generalizada ahora claramente establecida contra el SARS-CoV-2 implica que la mayoría de nosotros estamos a salvo de la enfermedad COVID-19 severa, también significa que somos vulnerables a los daños de las vacunas basadas en genes. Debido a la recuperación de la inmunidad contra el virus, la vacunación hará que nuestros sistemas inmunológicos luchen agresivamente no sólo contra la proteína SARS-CoV-2, sino contra nosotros mismos. Es de esperar que este ataque autoinmune deleitario se intensifique con cada inyección repetida. La interacción de la tecnología de vacunas COVID-19 con el sistema inmunitario crea los siguientes cuatro problemas específicos:

1. Volar bajo el radar del sistema inmunitario con el código genético de la vacuna
2. Entregando la proteína de pico en el torrente sanguíneo
2. Inducir ataque inmunitario al revestimiento de los vasos sanguíneos

3. Mejora de la gravedad de la infección natural
 - 2.4.1. Volar bajo el radar del sistema inmunitario con el Código Genético de Vacunación

Para entender por qué la tecnología de vacunas COVID-19 es peligrosa, es necesario primero entender cómo las vacunas basadas en genes se diferencian de los métodos tradicionales de vacunación. Una vacuna viral convencional puede ser una cepa del virus vivo derivada del virus patógeno que ha sido atenuada a través de una o más mutaciones genéticas, o puede consistir en partículas de virus químicamente inactivadas que ya no son capaces de infectar ninguna célula. En ambos casos, los antígenos proteicos se exirán en la superficie de las partículas de la vacuna, que pueden ser reconocidas por anticuerpos una vez que se han formado. Las vacunas COVID-19, por otro lado, no son antígenos de proteínas sino el modelo genético del antígeno de proteínas SARS-CoV-2. Ese plan viene en forma de ARNm o ADN, que, después de la vacunación, entra en nuestras células del cuerpo e instruye a esas células para fabricar la proteína de pico. La proteína de pico sobresale de la célula e induce la formación de anticuerpos. En respuesta, el sistema inmunitario reaccionará no sólo con la proteína de pico, sino que atacará e intentará destruir toda la célula. Si se nos inyecta una vacuna tradicional contra el virus vivo a la que no tenemos inmunidad, entonces estas partículas del virus de la vacuna también infectarán algunas de nuestras células corporales y se propagarán dentro de ellas. A continuación se producirán dos tipos de reacciones inmunitarias:

 4. Los linfocitos T citotóxicos (células T asesinas) (ver sección 2.4.3.1) que reconocen fragmentos de proteínas virales asociados con las células infectadas proliferarán, atacarán y destruirán las células infectadas.
 5. Los linfocitos B que reconocen las proteínas virales (ver sección 2.4.3.2) proliferarán y comenzarán a producir anticuerpos moléculas de proteínas que pueden reconocer y neutralizar las partículas del virus.

Esta reacción inmune se parecerá en principio a la infección con el correspondiente virus de tipo silvestre. Será más suave, ya que la cepa vacunal del virus ha sido atenuada; sin embargo, algunas células serán destruidas en el proceso, lo que a veces puede causar daño funcional a los órganos. Por lo tanto, las vacunas contra el virus vivos tienden a ser más propensas a las reacciones adversas que las vacunas contra el virus inactivados. Ahora, un punto clave a tener en cuenta es que si inyectamos una vacuna tradicional viva en una persona que ya es inmune debido a una vacunación previa, o a la infección previa con el virus de tipo silvestre correspondiente, se reducirá mucho el alcance de la destrucción celular. Tal persona ya tendrá anticuerpos contra el virus; estos reconocerán los antígenos de proteínas virales y se unirán e inactivarán la mayoría de las partículas del virus de la vacuna antes de que logren infectar una célula. Por lo tanto, aunque las células T asesinas pueden estar todo enfadados, no encontrarán muchas células infectadas para saltar. La diferencia crucial entre una vacuna convencional contra el virus vivo y una vacuna COVID basada en genes y en particular una vacuna de ARNm es que esta última no contiene ningún tipo de antígenos de proteínas; en cambio, sólo contiene el modelo para su síntesis dentro de las células infectadas. Por lo tanto, si tal vacuna se inyecta en una persona con anticuerpos e inmunidad de células T existentes, las partículas de la vacuna se irá bajo el radar de la defensa anticuerpo y llegarán a nuestras células corporales sin obstáculos. Las células producirán la proteína de pico, y posteriormente serán destruidas y atacadas por las células T asesinas. Los anticuerpos, en lugar de prevenir la carnicería, se unirán también uniéndose a la proteína de pico asociada a las células y dirigiendo el sistema de complementos (ver más tarde) y otros mecanismos inmunógenos contra estas células. En pocas palabras, la inmunidad preexistente mitiga el riesgo de vacunas convencionales, pero amplifica el riesgo de vacunas basadas en genes.

Es importante señalar que antes COVID, esta arriesgada tecnología de vacunas basada en genes nunca antes se había utilizado a gran escala contra enfermedades infecciosas y es inherentemente experimental. El programa de vacunación COVID-19 es, por tanto, el experimento humano más grande jamás realizado en la historia.

2.4.2. Entrega de la proteína Spike en el flujo sanguíneo

Un grave peligro de las vacunas COVID-19 es que las proteínas de pico producidas por innumerables células endoteliales, es decir, las células más interiores que recubren las paredes de los vasos sanguíneos, se exportarán a la superficie celular y sobresaldrán directamente en el torrente sanguíneo. Además, una fracción de estas espigas se cortará durante su paso al mundo exterior. Se caerán de las células en el torrente sanguíneo y luego se unirán a sus receptores en otras células endoteliales en sitios distantes. Mientras que al comienzo de la campaña de vacunación en 2020 se desconocía hasta qué punto las

vacunas COVID entraron en el torrente sanguíneo, los datos humanos de 2021 revelan que la proteína de pico aparece dentro de la circulación el mismo día de la inyección [15]. Del mismo modo, los estudios en animales presentados por Pfizer al gobierno japonés [24] encontraron que la vacuna aparece en la circulación dentro de los 15 minutos de inyección intramuscular, alcanzando la concentración plasmática máxima en apenas dos horas. Posteriormente se han registrado niveles muy altos en el hígado, el bazo, las glándulas suprarrenales y los ovarios. También se han observado componentes de vacuna en el sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal), aunque en concentraciones más bajas. Tal distribución generalizada por todo el cuerpo a través del torrente sanguíneo es una hazaña que el virus SARS-CoV-2 no suele lograr.

2.4.2.1. Preguntas abiertas en el experimento en curso
Pero cómo entran en circulación las partículas de la vacuna COVID-19 en primer lugar? La vacuna se inyecta por vía intramuscular, y las partículas de la vacuna son demasiado grandes para difundir pasivamente a través de las paredes de los vasos sanguíneos. Lo más obvio es que las vacunas seguirán el camino convencional, relativamente lento, que las lleva a través de los ganglios linfáticos drenantes a la circulación sanguínea. Pero además, dos posibilidades para una entrada muy rápida

en el torrente sanguíneo debe ser hecho caso. La primera es mediante captación directa por vasos que se dañan durante la inserción de la aguja. En segundo lugar, es posible que las partículas de la vacuna se sometan a la transcitosis, un proceso que permite transportar grandes moléculas a través de capas celulares intactas. Sea cual sea el caso, aunque Pfizer sabía antes del inicio de los ensayos clínicos que su vacuna llegó rápidamente al torrente sanguíneo, o no presentaron estos hallazgos ante reguladores médicos en Europa, EE.UU. y otros países occidentales, o los reguladores no actuaron sobre los hallazgos [25].

Se trata de una supervisión crítica en lo que se refiere a la seguridad de los pacientes. Dado que las vacunas basadas en genes inducen a las células del cuerpo a convertirse en dianas inmunitarias, donde en el cuerpo esto tiene lugar es motivo de preocupación crítica. Si bien la muerte celular inmune nunca es favorable, es particularmente perjudicial y peligrosa si aflige a las paredes de los vasos sanguíneos.

2.4.3. Atacar a los muros del buque: Camoteo y machaceros
Si bien todas las vacunas buscan estimular una respuesta inmunitaria, no todas las respuestas inmunitarias se crean iguales. Algunos están seguros y bien modulados, mientras que otros pueden ser mal dirigidos y fuera de control. Las respuestas inmunes son problemáticas cuando atacan a sí mismas, como en las condiciones autoinmunes, y/o cuando son excesivamente intensas y severas. Las vacunas COVID-19 incurrir en inmunidad problemática de ambas maneras clave. En primer lugar, se puede esperar que movilicen una respuesta inmune a sí mismo contra las células endoteliales que recubren las paredes de los vasos sanguíneos. En segundo lugar, al aumentar la inmunidad SARS-CoV-2, se puede esperar que inciten a una respuesta cada vez más agresiva con cada administración de la vacuna. Para entender las realidades de estos procesos es necesario comprender primero los fundamentos de la respuesta inmune subyacente. Hay tres componentes clave del sistema inmunitario relevantes para los riesgos de las vacunas COVID-19: células T, anticuerpos y la cascada de complemento.

2.4.3.1. Camas
Una vez que las células del cuerpo se han infectado con un virus, las células inmunitarias conocidas como células T citotóxicas o células asesinas T atacan y destruyen las células infectadas. Esto evita que las células infectadas reproduzcan el virus y se propaguen la infección por todo el cuerpo. Después de la batalla inicial con un cierto patógeno, algunas de las células T específicamente adaptadas entran en un estado de inactividad para convertirse en memoria T-celulares T. En caso de que el mismo virus se encuentre de nuevo, estas células T latentes pueden ser rápidamente despertadas y propagadas para montar una respuesta más rápida y vigorosa la próxima vez. Conocido como una respuesta secundaria o de tipo memoria, también ocurrirá con virus que no son exactamente los mismos que el encontrado inicialmente pero lo suficientemente similar para ser reconocido. Este último fenómeno se conoce como inmunidad cruzada.

Desde mediados de 2020 se ha sabido que estamos protegidos contra el SARS-CoV-2 por la memoria reactiva cruzada de células T [7011]. Al igual que con los anticuerpos, esto se basa en encuentros previos con coronavirus comunes del resfriado, y con el virus SARS en un pequeño número de personas. Se ha encontrado que esa experiencia previa confiere a COVID-19 una experiencia previa de la celular T [7] y duradera. Se sabe que la memoria de células T para el virus SARS dura al menos 17 años [7], pero es probable que dure toda la vida.

2.4.3.2. Anticuerpos
Antes de los nuevos descubrimientos de 2021, las preocupaciones de los científicos sobre la coagulación y el sangrado se basaban principalmente en la predicción de que las células T asesinas atacarían las células endotelias productoras de pico, causando lesiones en

forres de vasos y la promoción de coágulos de sangre. Si bien este mecanismo sigue siendo válido, ahora sabemos que una respuesta de anticuerpos de tipo memoria se unirá al ataque en las paredes del vaso también.

Mientras que las células T asesinas atacan a sus dianas célula a célula, los anticuerpos son proteínas que ejercen su efecto al unirse a estructuras de firma en la superficie de los patógenos, conocidas como epítomos. En lugar de destruir células directamente, una vez unidas a un epítomo, los anticuerpos ayudan a derrotar a los invasores al "extinga la caballería" en las células infectadas. Esto conduce al segundo proceso por el cual las células recubiertas de picos virales se encontrarán inadvertidamente bajo ataque inmunitario. "Llamar la caballería" significa que los anticuerpos unidos a los picos creados de forma antinatural desencadenarán la activación del sistema de complementos, que entonces entonces montará un ataque masivo en las células endoteliales. Es importante destacar el descirutamiento de los recientes descubrimientos sobre la inmunidad SARS-CoV-2, la primera vez que el sistema inmunitario se encuentra con un nuevo patógeno, se deben formar nuevos anticuerpos en forma capaces de unirse a los epítomos de patógenos (por células inmunes conocidas como células B). La producción de anticuerpos por primera vez es lenta, tardando aproximadamente cuatro semanas. Si el mismo patógeno o familia de patógenos invade de nuevo, sin embargo, los anticuerpos de tipo memoria se fabrican más rápidamente, en un plazo de una o dos semanas. Esta es una señal cardinales de que el sistema inmunitario ha visto ese patógeno antes. Otra característica definitoria de una respuesta de anticuerpos de memoria se refiere al orden en que se producen subtipos de anticuerpos. Si un patógeno es nuevo, IgM es el primer tipo de anticuerpo en llegar a la escena. Le siguen IgG e IgA. La próxima vez que llegue el patógeno, sin embargo, IgG e IgA serán los primeros en llegar, lo que indica que el virus, o sus familiares, han invadido antes. Es importante señalar que esto es precisamente lo que vemos con el COVID-19. Varios grupos de investigación encontraron en 2021 que al exponerse por primera vez al SARS-CoV-2, y después de la vacunación COVID-19, la respuesta de anticuerpos fue característica del tipo de memoria, debido tanto al tiempo como a la naturaleza de los anticuerpos medidos. [xv-xvii] Como resultado, ahora sabemos que nuestros sistemas inmunológicos reconocen SARS-CoV-2 a primera vista, incluso en el más mínimo desafío viral [5]. En otras palabras, SARS-CoV-2 no es un coronavirus novedoso después de todo.

Con respecto a las variantes y la necesidad de inyecciones de refuerzo, las células B de la memoria, como las células T de memoria, pueden reconocer no sólo un virus específico, sino toda una familia de virus que llevan epítomos relacionados. No es sorprendente, por lo tanto, que las células B de la memoria reconozcan el SARS-CoV-2 del frío común. Con la inmunidad cruzada, estos parientes robustos y cercanos de SARS-CoV-2 en forma de variantes no representarán ningún obstáculo para nuestra respuesta de anticuerpos. Por lo tanto, es que el aumento de los casos, hospitalizaciones y muertes atribuidas al Delta y otras variantes son, por lo tanto, casi con toda seguridad, impulsadas por los falsos resultados positivos de la PCR y la clasificación errónea que por un verdadero aumento de la enfermedad COVID-19. De hecho, según datos de Salud Pública de Inglaterra, la variante Delta no es letal en los menores de 50 años, y menos de la mitad de las cepas más letales en grupos de edad avanzada [26]. Pero por qué no se han detectado anticuerpos circulantes contra el SARS-CoV-2 antes en poblaciones? La respuesta es que ni los anticuerpos ni las células T asociadas a una respuesta de tipo memoria circulan en el torrente sanguíneo. Una vez que ya no son necesarios, se vuelven latentes, existiendo solos como memoria. A menos que se reexigiera a un virus, permanecen invisibles en el torrente sanguíneo. Los anticuerpos latentes, sin embargo, estarán listos y esperando a reactivar y llamar a la caballería sobre la proteína de pico, en forma de cascada de complemento.

2.4.3.3.

Complemento

Los hallazgos recientes indican que la activación del complemento es una seria preocupación con respecto a las interacciones vacunales-inmunes COVID-19. A la luz de la respuesta de anticuerpos recientemente caracterizada al SARS-CoV-2, cuando los anticuerpos se adhieren a las células endoteliales productoras de pico en las paredes de los recipientes después de la administración de la vacuna, cabe esperar proteínas de complemento activadas a las células endoteliales, y perforar sus membranas celulares [27,28]. La muerte subsiguiente de las células endoteliales expondrá el tejido debajo del epitelio, que iniciará dos eventos significativos. Inducirá la coagulación de la sangre, y hará que las paredes de los vasos se escapen [6]. Este mecanismo patógeno se ha documentado en biopsias tomadas de pacientes infectados por SARS-CoV-2- [19,29]. Esos estudios han descrito un síndrome de lesión microvascular catastrófica mediado por la activación del complemento [29] como parte de la respuesta inmune a las proteínas de pico SARS-CoV-2. Es precisamente esta respuesta inmune la que las vacunas COVID-19 buscan inducir. Tales interacciones vacunales-inmunes son consistentes con eventos adversos que implican ruptura

capilar visible bajo la piel que han sido documentados y notificados después de la vacunación COVID-19 [30-33].

2.4.3.4. Buques fugaces. La promesa de los brotes de abducción. Dado que las inyecciones de refuerzo aumentan repetidamente la respuesta inmune a la proteína de pico, impulsarán progresivamente el ataque inmunológico auto-a-auto-auto-inmune, incluyendo el aumento del daño complementado a las paredes de los vasos. Clínicamente, cuanto mayor sea la fuga y coagulación de los vasos que se produce posteriormente, más probable es que los órganos suministrados por el flujo sanguíneo afectado sufran daños. Desde un accidente cerebrovascular hasta un ataque cardíaco y la trombosis de la vena cerebral, los síntomas pueden ir desde la muerte hasta dolores de cabeza, náuseas y vómitos, todo lo cual pobla las reacciones adversas a las vacunas COVID-19 [2].

Además de los daños causados por fugas y coagulación solos, es posible además que la vacuna en sí misma se filtre en los órganos y tejidos circundantes. En caso de que esto ocurra, las células de esos órganos comenzarán a producir proteína de pico, y serán atacados de la misma manera que las paredes de los vasos. Se puede esperar daños en órganos principales como los pulmones, los ovarios, la placenta y el corazón, con una severidad y frecuencia crecientes a medida que se activan las inyecciones de refuerzo.

2.4.4. Mejora de la severidad de la infección del coronavirus silvestre. Por último, al igual que con el virus del dengue y varios otros virus [34], los anticuerpos contra los coronavirus pueden en última instancia agravarse en lugar de mitigar enfermedades. Esto se llama anticuerpo-dependiente de la enfermedad. Los mecanismos subyacentes siguen siendo aclarados, pero ya está claro que los efectos netos son gravemente perjudiciales. Los intentos de desarrollar vacunas al virus SARS original, que está estrechamente relacionado con el SARS-CoV-2, fracasó repetidamente debido a la mejora de la enfermedad dependiente de anticuerpos [35-37]. Las vacunas indujeron anticuerpos, pero cuando los animales vacunados se infectaban posteriormente con el virus de tipo salvaje, se enfermaron más que los animales no vacunados, en algunos casos mortalmente [38].

3. Imágenes para médicos y pacientes. Aunque los fabricantes y reguladores de vacunas son conscientes de los riesgos de la mejora de la enfermedad en los anticuerpos, esta posibilidad no se abordó adecuadamente en los ensayos clínicos sobre ninguna de las vacunas COVID-19. El

La FDA señaló que Pfizer, la enfermedad mejorada asociada a la vacuna, incluida la enfermedad respiratoria mejorada asociada a la vacuna, como un riesgo potencial importante. La EMA reconoció igualmente que la enfermedad respiratoria mejorada asociada a la vacuna era un riesgo potencial importante... que puede ser específico para la vacunación para COVID-19. Por qué ninguno de los dos reguladores trató de excluir tales peligros antes de la autorización de uso de emergencia es una pregunta abierta que todos los médicos y pacientes tienen derecho a hacer. Por qué los reguladores médicos no investigaron el hallazgo de que las grandes partículas de la vacuna cruzan las paredes de los vasos sanguíneos, entrando en el torrente sanguíneo y planteando riesgos de coagulación de sangre y vasos con fugas es otra pregunta abierta de nuevo. El hecho de que el despliegue de vacunas comenzara antes del perfil inmunitario de las vacunas SARS-CoV-2 y COVID-19 había sido debidamente delineado es sintomático de un enfoque apresurado y altamente politizado de la aprobación y regulación de las vacunas COVID-19. Al igual que la falta de ensayos clínicos que investiguen la seguridad de las inyecciones de refuerzo COVID-19. En este contexto, corresponde a los médicos y pacientes mantener el contrato social de la relación médico-paciente, y tomar en sus propias manos la prudencia médica y la seguridad del paciente. La Asociación Médica Mundial, Declaración de Ginebra, Médicos Pledge [39]: La salud y el bienestar de mi paciente será mi primera consideración. Mantendré el máximo respeto por la vida humana. Yo practicaré mi profesión con conciencia y dignidad y de acuerdo con la buena práctica médica. Respetaré la autonomía y la dignidad de mi paciente. No usaré mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades civiles, incluso bajo amenaza.

Referencias

1. Abra VAERS, (2021) VAERS Datos de la vacuna COVID.
2. Abierto VAERS, (2021) Todas las muertes reportadas a VAERS por año
3. Doctores por ética de vívidos, (2021) Médicos para COVID Etica: cartas.
4. Médicos de ética de Covid (2021) Carta de refutación a la Agencia Europea de Medicamentos de los médicos para Covid Ethics, 1 de abril de 2021.

5. Bhakdi, S. et al. (2021) Carta a los médicos: cuatro nuevos descubrimientos científicos sobre COVID-19 Inmunidad y Vacunas. Implicaciones para la Seguridad y la Eficacia.
6. Doctores para Covid Ethics, (2021) Leaky Blood Vessels: An Unknown Danger of COVID-19 Vacunación.
7. Le Bert, N. et al. (2020) Inmunidad de células T específicas SARS-CoV-2- en los casos de COVID-19 y SARS, y los controles no infectados. *Naturaleza* 584:457-462
8. Tarke, A. et al. (2021) Impacto de las variantes SARS-CoV-2 en la celda total CD4 y CD8-T reactividad en individuos infectados o vacunados. *Informes de celda. Medicina* 2:100355
9. Grifoni, A. et al. (2020) Objetivos de T celulares a SARS-CoV-2 Coronavirus en humanos con Enfermedad COVID-19 e Individuos no expuestos. *Celda* 181:1489-1501.e15
10. Mateus, J. et al. (2020) Selectivo y reactivo de células SARS-CoV-2 T epítomos de células T no expuestos humanos. *Ciencia* 370:89-94
11. Sekine, T. et al. (2020) Robusto T Cell Immunity in Convalescents Individuals con asintomática o Mild COVID-19. *Celda* 183:158-168.e14
12. Ioannidis, J.P.A. (2020) Tasa de mortalidad por infección de COVID-19 inferido de datos de seroprevalencia. *Bull. Organización Mundial de la Salud.* -:BLT.20.265892
13. Ioannidis, J.P.A. (2020) Perspectiva global de la epidemiología COVID-19 para una pandemia de ciclo completo. *Eur. J. Clin. Invierte.* 50:x-x
14. Ioannidis, J.P.A. (2021) Estimaciones de conciliación de las tasas de propagación y mortalidad por infección global de COVID-19: Una visión general de las evaluaciones sistemáticas. *Eur. J. Clin. Invierte.* 5:e133554
15. Ogata, A.F. et al. (2021) Circulando SARS-CoV-2 Vacógeno de Vaccine Detectado en el plasma de mRNA-1273 Vaccine Recipientes. *Clin. Infectado. Dis.* -:x-x
16. Amanat, F. et al. (2021) La vacunación con ARNm SARS-CoV-2 induce anticuerpos funcionalmente diversos a NTD, RBD y S2. *Celular* -:x-x
17. Wisniewski, A.V. et al. (2021) Respuestas humanas de IgG e IgA a las vacunas COVID-19 mRNA. *PLoS Uno* 16:e0249499
18. Gallais, F. et al. (2021) Exposición intrafamiliar a SARS-CoV-2 asociada con respuesta inmune celular sin seroconversión. *Emerge. Infectado. Des des.* 27:x-x
19. Magro, C.M. et al. (2020) Cotizadas con síndrome respiratorio agudo seco coronavirus 2 proteínas dentro de la microvasculatura cutánea y subcutánea y su papel en la patogénesis de la enfermedad coronavirus grave 2019. *Hum. - Tranquilo.* 106:106-116
20. Magro, C.M. et al. (2021) COVID-19 Severo: Síndrome de vasculopatía viral multifacético. *Anales de patología diagnóstica* 50:151645
21. Polage, C.R. et al. (2015) Sobrediagnóstico de Clostridium difficile Infection en la era de las pruebas moleculares. *JAMA medicina interna* 175:1792-801
22. Anonymous, (2021) Sobrediagnosis de Clostridium difficile.
23. Palmer, M. et al. (2021) Pruebas peripáldicas relativas a Comirnaty (Pfizer) COVID-19 mRNA Vacuna para niños.
24. Anónimo, (2020) SARS-CoV-2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048) 2.6.4 Resumen Declaración del estudio farmacocinético [traducción al inglés].
25. Palmer, M. y Bhakdi, S. (2021) La vacuna Pfizer mRNA: Farmacocinética y Toxicidad.
26. Public Health England, (2021) Variantes SARS-CoV-2 de preocupación y variantes bajo investigación en Inglaterra.
27. Bhakdi, S. y Tranum-Jensen, J. (1978) La naturaleza molecular de la lesión del complemento. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. - S. A.* 75:5655-5659
28. Tranum-Jensen, J. et al. (1978) Prólisis complementaria: la ultraestructura y orientación del C5b-9 complejo en membranas de eritrocitos de oveja diana. *Revista escandinava de inmunología* 7:45-6
29. Magro, C. et al. (2020) Complemento de lesión microvascular asociada y trombosis en el patogénesis de infección severa COVID-19: Un reporte de cinco casos. *Transl Res* 220:1-13

30. Greinacher, A. et al. (2021) Trombocitopenia trombótica después de ChAdOx1 nCov-19 Vaccination. *N. Engl. J. Med.* -:x-x
31. Lee, E. et al. (2021) Trombocitopenia tras la vacunación Pfizer y Moderna SARS-CoV-2. - *Sí. J. Hematol.* -:x-x
32. Malayala, S.V. et al. (2021) Rash purpúric y trombocitopenia Después del mRNA-1273 (Moderna) COVID-19 Vaccine. *Cureus* 13:e14099
33. Tarawneh, O. y Tarawneh, H. (2021) Trombocitopenia inmune en un post de 22 años de Covid-19 vacuna. - *Sí. J. Hematol.* 96:E133-E134
34. Tirado, S.M.C. y Yoon, K. (2003) Mejora de la infección por virus dependiente del anticuerpo y enfermedad. *Inmunología viral* 16:69-86
35. Tseng, C. et al. (2012) Inmunización con vacunas coronavirus SARS conduce a la pulmonar inmunopatología sobre el desafío con el virus SARS. *PLoS Uno* 7:e35421
36. Weingartl, H. et al. (2004) La inmunización con virus de vacuna modificada con vacunas recombinantes con sede en Ankara contra el síndrome respiratorio agudo grave se asocia con una hepatitis en hurones. *J. Virol.* 78:12672-6
37. Czub, M. et al. (2005) Evaluación de la vacuna SARS recombinante basada en el virus de la vacuna SARS recombinante con sede en hurones. *Vacuna* 23:2273-9
38. Bolles, M. et al. (2011) Una vacuna contra coronavirus de síndrome respiratorio agudo severo doblemente inactivada proporciona protección incompleta en ratones e induce un aumento de la respuesta pulmonar proinflamatoria eosinofílica tras el desafío. *J. Virol.* 85:12201-15
39. Asociación Médica Mundial, (2017) Declaración de Ginebra de la AMM.

Fuente: Doctores por ética de vid.