

# Si tiene su esquema de vacunación completo, ponga mucha atención a estos síntomas

Análisis escrito por [Dr. Joseph Mercola](#)

✓ Datos comprobados

## HISTORIA EN BREVE

- › Los investigadores utilizaron la prueba cardíaca PULS y descubrieron que las vacunas antiCOVID de ARNm de Pfizer y Moderna incrementan de forma significativa los biomarcadores que se relacionan con la trombosis, la miocardiopatía y otros eventos vasculares que aparecen tras recibir la vacuna
- › Se evaluaron las pruebas PULS de 566 pacientes antes y después de recibir la vacuna y, en promedio, los resultados demostraron que la vacuna provocó un incremento en su puntuación, del 11 % al 25 % en el riesgo de síndrome coronario agudo (SCA) en un periodo de cinco años
- › Así que las personas que recibieron esta vacuna por temor a que el COVID-19 pudiera dañar su salud cardíaca, ahora se enfrentan a la triste realidad de que su riesgo es mayor a lo que era antes de recibirla
- › Otro artículo detalla cómo la vacuna de ARNm puede causar trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas) a través de un mecanismo que involucra la activación plaquetaria por anticuerpos contra la proteína Spike (anticuerpos anti-spike)
- › Pero aún hay una pregunta sin respuesta: ¿Por qué solo ciertas personas con anticuerpos contra la proteína Spike (anticuerpos anti-spike) desarrollan síntomas de activación plaquetaria y trombocitopenia? Una hipótesis es que solo un subconjunto de los anticuerpos anti-spike que se forman tras recibir la vacuna puede activar las plaquetas y causar trombocitopenia

En un tweet del 21 de noviembre de 2021, el Dr. Aseem Malhotra escribió:<sup>1</sup>

*"Extraordinario, desconcertante y perturbador. Ahora tenemos evidencia de un mecanismo biológico plausible por el que la vacuna de ARNm podría contribuir con el incremento actual en el número de eventos cardíacos. El resumen se publicó en una de las revistas de cardiología más respetables, así que debemos tomarnos estos hallazgos muy en serio".*

El 16 de noviembre de 2021, la revista *Circulation* publicó este resumen que se titula: "mRNA COVID Vaccines Dramatically Increase Endothelial Inflammatory Markers and ACS Risk as Measured by the PULS Cardiac Test: A Warning".<sup>2</sup> (ACS es el acrónimo en inglés de síndrome coronario agudo).

## **Alerta de riesgo cardíaco**

La prueba cardíaca PULS (Protein Inestable Lesion Signature)<sup>3</sup> es un análisis de sangre que detecta la ruptura de una lesión cardíaca inestable, una de las principales causas de ataques cardíacos. Como señalaron los autores de ese artículo, esta es "una medida con validación clínica de múltiples biomarcadores de proteínas", que incluyen los siguientes:

- IL-16, una citoquina proinflamatoria
- Fas soluble, un inductor de apoptosis
- Factor de crecimiento de hepatocitos (HGF), un marcador de la quimiotaxis de las células T en el epitelio y en el tejido cardíaco

Estas y muchas otras proteínas son una señal de que su sistema inmunológico ha respondido a las lesiones arteriales que pueden causar lesiones cardíacas. Estas lesiones pueden volverse inestables y, si se rompen, pueden provocar un ataque cardíaco.

**“ Concluimos que las vacunas de ARNm incrementan de forma significativa la inflamación en el endotelio y**

**la infiltración de células T del músculo cardíaco, lo que podría explicar el incremento en los casos de trombosis, miocardiopatía y otros eventos vasculares después de la vacunación. ~ Circulation noviembre 16, 2021”**

Entonces, según los niveles de estos biomarcadores, la prueba le da una puntuación que predice su riesgo a 5 años, como un porcentaje de probabilidad de desarrollar síndrome coronario agudo (SCA). Los niveles elevados incrementan su puntuación PULS, mientras que los niveles por debajo de lo normal la reducen.

## **Los pacientes con vacuna antiCOVID tiene el doble de riesgo de ACS**

Según los autores del reporte de *Circulation*:<sup>4</sup>

*"La puntuación se midió cada 3 a 6 meses en nuestra población de pacientes durante 8 años. Pero hace poco, el lanzamiento de las vacunas antiCOVID de ARNm (vac) de Moderna y Pfizer produjo cambios dramáticos en la puntuación PULS en la mayoría de los pacientes. Este reporte resume los resultados.*

*Un total de 566 [pacientes], de 28 a 97 años, H:M a una proporción de 1:1, que acudieron a una consulta de cardiología preventiva, se sometieron a una nueva prueba PULS en un periodo de 2 a 10 semanas después de recibir la segunda dosis de la vacuna antiCOVID y sus resultados se compararon con la puntuación que obtuvieron de 3 a 5 meses antes de vacunarse.*

*Después de la vacunación, el nivel de IL-16 inicial incrementó de 35  $\pm$  20 por encima de lo normal a 82  $\pm$  75 por encima de lo normal; mientras que la sFas incrementó de 22  $\pm$  15 por encima de lo normal a 46  $\pm$  24 por encima de lo normal. Igualmente, el HGF incrementó de 42  $\pm$  12 por encima de lo normal a 86  $\pm$  31 por encima de lo normal.*

*Estos cambios provocaron un incremento en la puntuación PULS del 11 % al 25 % en el riesgo de SCA en un periodo de cinco años. Al momento de este reporte, los cambios se mantuvieron durante al menos 2.5 meses después de recibir la segunda dosis de la vacuna.*

*Concluimos que las vacunas de ARNm incrementan de forma significativa la inflamación en el endotelio y la infiltración de células T del músculo cardíaco, lo que podría explicar el incremento en los casos de trombosis, miocardiopatía y otros eventos vasculares después de la vacunación".*

Como señaló Malhotra, esto es algo bastante perturbador. Los pacientes que recibieron ambas dosis de la vacuna de ARNm tuvieron más del doble de riesgo de SCA en un periodo de cinco años, lo que representa un incremento promedio del 11 % al 25 %. Imagínese el caos en nuestro sistema médico y en la sociedad en general si 1 de cada 4 personas que recibieron su esquema de vacunación completo desarrolla insuficiencia cardíaca aguda.

## **¡Preste mucha atención a estos signos y síntomas!**

El SCA es un término genérico que no solo incluye a los ataques cardíacos, sino también a otros problemas de salud que implican una reducción repentina del flujo sanguíneo al corazón. Los signos y síntomas del SCA suelen comenzar de manera muy repentina e incluyen:<sup>5</sup>

Dolor o malestar en el pecho, que suele describirse como dolor, presión, opresión o sensación de ardor	Dolor que va desde el pecho a los hombros, brazos, parte superior del abdomen, espalda, cuello o mandíbula
Náuseas o vómito	Indigestión
Dificultad para respirar	Sudoración intensa repentina
Aturdimiento, mareos y desmayos	Fatiga inusual o inexplicable

Si sospecha que tiene este problema, no maneje hasta el hospital. Mejor llame a una ambulancia, ya que se trata de una condición grave que puede requerir atención médica inmediata. Los factores de riesgo conocidos del SCA incluyen: edad avanzada, presión arterial alta, tabaquismo, falta de ejercicio, dieta poco saludable, exceso de peso corporal y diabetes.

Hace poco, se agregó la infección por SARS-CoV-2 a esa lista, pero parece que ahora también debemos agregar la vacuna antiCOVID. Así que las personas que recibieron esta vacuna por temor a que el COVID-19 pudiera dañar su salud cardíaca, ahora se enfrentan a la triste realidad de que su riesgo es mayor a lo que era antes de recibirla.

## **Trombocitopenia inducida por vacunas**

En otros temas relacionados, la revista *Blood Advances* publicó un artículo que revisa el estudio titulado: "SARS-CoV-2 Spike-Dependent Platelet Activation in COVID-19 Vaccine-Induced Thrombocytopenia",<sup>6</sup> la trombocitopenia es el término médico para el recuento bajo de plaquetas.

Los autores señalan que tras el lanzamiento de las vacunas antiCOVID de ARNm y ADN, se han reportado más de 150 casos de trombocitopenia. La referencia para esa estadística es un artículo que se publicó el 9 de marzo de 2021 en el *American Journal of Hematology*,<sup>7</sup> pero las tasas de lesiones siguen en aumento.

Hasta el 12 de noviembre de 2021, el Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) había recibido 4387 reportes de casos de trombocitopenia,<sup>8</sup> así que la cifra es mucho mayor de lo que afirman. (También hay 9332 reportes de ataques cardíacos, lo que se acaba de mencionar, y 13 237 reportes de miopericarditis, es decir, inflamación del corazón o del saco cardíaco<sup>9</sup>).

Según los autores, identificar el mecanismo por el que las vacunas provocan trombocitopenia facilitaría el desarrollo de una prueba diagnóstica. La trombocitopenia inducida por heparina se diagnostica con un ensayo de liberación de serotonina (SRA).

Los resultados del SRA demostraron que un subconjunto de pacientes con COVID-19 en estado crítico dio positivo en la prueba de complejos inmunes que activan las plaquetas que pueden causar trombosis. Otros investigadores también demostraron que los anticuerpos IgG de pacientes con enfermedad grave por COVID-19 pueden activar las plaquetas, lo que provoca un evento trombótico.

En este caso, utilizaron un SRA modificado para descubrir que una paciente con trombocitopenia inducida por la vacuna tenía complejos inmunes que activan las plaquetas dependientes de la proteína Spike, lo que sugiere que la proteína spike es el factor causal. Además, explicaron lo siguiente:<sup>10</sup>

*"Nuestra paciente era una mujer de 25 años que acudió al hospital con fatiga, petequias y púrpura húmeda, 10 días después de recibir la vacuna antiCOVID de ARNm de Moderna. Su recuento inicial de plaquetas fue de 1000 por milímetro cúbico sin evidencia de esquistocitos en el frotis de sangre.*

*Los estudios sobre coagulación estaban dentro del rango normal. Esto probablemente también excluye la presencia de un anticoagulante lúpico, dado el uso de un reactivo sensible al lupus para la prueba de PTT. No se detectaron anticuerpos anti factor planetario 4/heparina y la prueba de SRA, con o sin heparina, o PF4 exógeno, dio negativo.*

*Los ensayos para la trombocitopenia inmunitaria inducida por medicamentos con plaquetas lavadas del donante, también resultaron negativos para la unión de plaquetas con la vacuna, PEG2000 o la proteína Spike del SARS-CoV-2. La paciente se trató con dexametasona e inmunoglobulina intravenosa (IgIV) por una supuesta púrpura trombocitopénica inmunitaria. El recuento de plaquetas se normalizó al séptimo día de tratamiento.*

*Se realizaron pruebas adicionales que identificaron anticuerpos de la proteína Spike del SARS-CoV-2 de las clases IgG, IgA e IgM. No se encontraron anticuerpos contra la proteína nucleocápside del SARS-CoV-2, lo que confirma anticuerpos inducidos por la vacuna sin infección previa.*

*Para investigar más a fondo el mecanismo de la trombocitopenia, analizamos el suero del paciente al utilizar un SRA modificado junto con la proteína Spike del SARS-CoV-2 recombinante (Spike-SRA). Con el aumento de la proteína Spike se detectó activación plaquetaria dependiente de la dosis.*

*El bloqueador Fc $\gamma$ R11a y la IVIg inhibieron esta reacción, lo que confirma la activación plaquetaria dependiente de Fc $\gamma$ R11a. La activación plaquetaria también se encontró en menor grado con la vacuna de Moderna y el excipiente PEG2000.*

*Además, no se detectó activación plaquetaria en una muestra de control de un paciente que había recibido la vacuna de Moderna y que no había desarrollado trombocitopenia.*

*La proteína Spike circulante se detectó en el suero de nuestro paciente a través de pruebas de inmunoensayo enzimático. Juntos, estos resultados sugieren que la trombocitopenia en esta paciente fue secundaria a la activación plaquetaria mediada por Fc $\gamma$ R11a y por los complejos inmunes de la proteína Spike del SARS-CoV-2".*

## **Se identificó el posible mecanismo**

Si lo que acabo de citar le parece demasiado complejo, permítame ponerlo en otras palabras: la vacuna de ARNm podría ser la causa del nivel demasiado bajo de plaquetas, lo que se produce a través de un mecanismo que involucra a los anticuerpos contra la proteína Spike (anticuerpos anti-spike) que activan las plaquetas y que es lo que acaba con ellas.

Las plaquetas son células especializadas que detienen el sangrado y tienen receptores ACE2, que es a lo que se une la proteína Spike del SARS-CoV-2. Cuando la proteína Spike se une al receptor ACE2 en las plaquetas, las activa.

Esta activación plaquetaria puede provocar una coagulación intravascular diseminada, es decir, una sobreestimulación patológica de su sistema de coagulación, lo que a su

vez puede causar una coagulación sanguínea anormal y potencialmente mortal, así como trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas) y hemorragia.

El 28 de febrero de 2021, los médicos de *COVID Ethics* describieron este mecanismo en una carta<sup>11</sup> que enviaron a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). En esa carta, advirtieron que, con base en este mecanismo, es probable que las vacunas antiCOVID que utilizan la proteína Spike causen coágulos de sangre, trombosis de las venas cerebrales y muerte súbita, que es precisamente lo que hemos visto desde que comenzó la campaña de vacunación.

En pocas palabras, termina con tantos coágulos de sangre en todo el sistema vascular que su sistema de coagulación se agota, de ahí el bajo recuento de plaquetas. Mientras que el bajo recuento de plaquetas es lo que causa la hemorragia (sangrado anormal).

## **Aún hay preguntas sin respuesta**

Pero aún hay una pregunta sin respuesta: ¿Por qué solo ciertas personas con anticuerpos contra la proteína Spike (anticuerpos anti-spike) desarrollan síntomas de activación plaquetaria y trombocitopenia? ¿Por qué no todas? "Una hipótesis es que la activación plaquetaria depende de epítomos únicos de la proteína Spike que solo son reconocidos por una minoría de ciertos anticuerpos", sugirieron los autores.<sup>12</sup> Para terminar, afirmaron:

*"Nuestro caso destaca la aplicabilidad del SRA para detectar trastornos de activación plaquetaria además de la HIT [trombocitopenia inducida por heparina]. Aunque suele hacerse en presencia de heparina, se puede modificar para incluir varios antígenos con el fin de provocar la formación de complejos inmunes e identificar la activación plaquetaria.*

*Es muy importante estudiar más a fondo la proteína Spike del SARS-CoV-2 con respecto a la activación plaquetaria, así como el papel de la activación plaquetaria dependiente de la vacuna y del PEG. Creemos que un pequeño subconjunto de anticuerpos contra la proteína Spike, que se forman después de la vacunación, puede activar las plaquetas y causar trombocitopenia.*

*La prevalencia de este fenómeno aún no se ha determinado de forma clínica. Sin embargo, el SRA modificado que se presenta aquí puede ser una prueba diagnóstica útil mientras surgen más casos de trombocitopenia inducida por vacunas".*

## **Algo es seguro: los riesgos de estas vacunas superan por mucho sus posibles beneficios**

Desde mucho antes de que las vacunas antiCOVID estuvieran disponibles, científicos y médicos activaron las alarmas, al señalar una serie de posibles mecanismos por los que pueden causar daños. Ahora, casi un año después, muchos de estos temores se hicieron realidad. Estas vacunas han causado daños cardiovasculares muy graves, trastornos sanguíneos y disfunción reproductiva.

Lo peor de todo es que a nuestras autoridades sanitarias les preocupa más proteger las ganancias de terceros que la salud pública. Además de eso, los médicos y las enfermeras que se atreven a hablar sobre el daño colateral del que han sido testigos, se vuelven víctimas de censura y objeto de ataques por parte de las juntas médicas y las autoridades gubernamentales.

Pero eso no les fue suficiente, ahora están inyectando este veneno a niños de hasta 5 años, así que dudo mucho que todo esto tenga un final feliz. Como sociedad nos esperan tiempos muy oscuros, a medida que las muertes y lesiones, sobre todo entre los niños, sigan en aumento.

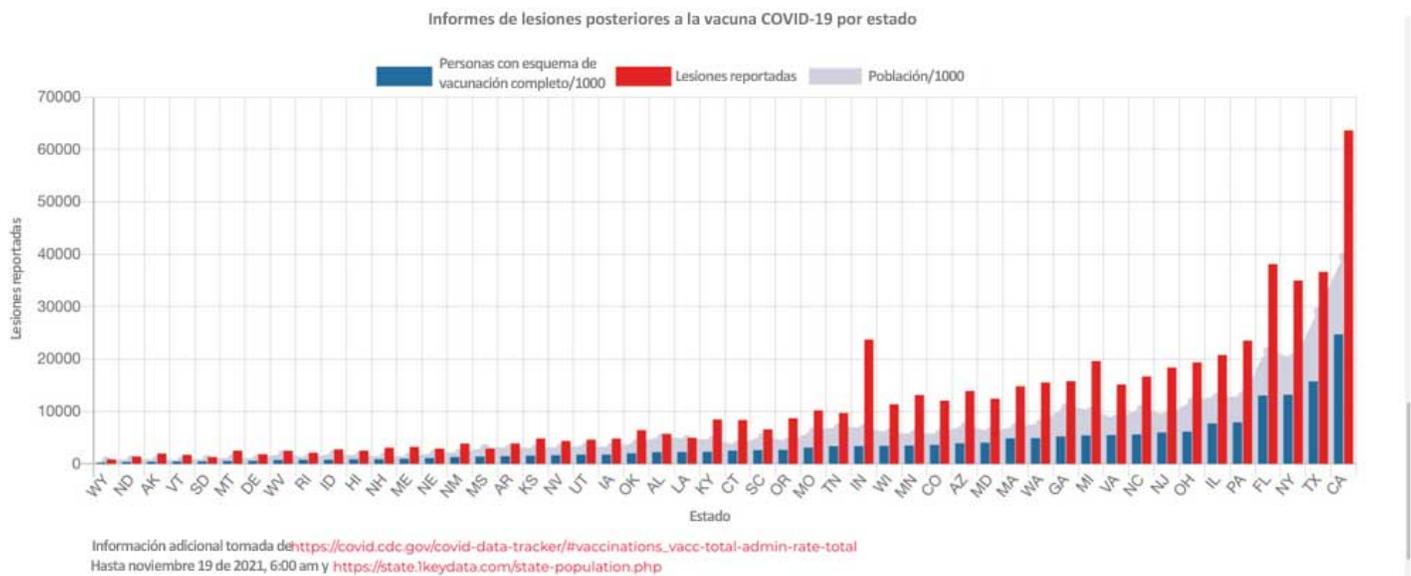
Para recordarle dónde comenzó este artículo, las personas que han recibido dos dosis de la vacuna de ARNm tienen más del doble de riesgo de sufrir eventos coronarios agudos en un periodo de cinco años. Si hasta ahorita no se ha puesto la vacuna, dudo que vaya a hacerlo. Pero si ya recibió una o dos dosis, le recomiendo revisar los mecanismos de daño y analizar de forma detenida si realmente vale la pena recibir una tercera dosis.

Los cambios adversos que provocan estas vacunas duran por lo menos 2.5 meses. Y eso es lo mínimo, todavía no sabemos cuánto es lo máximo. Podría ser un año o más,

pero lo que sí sabemos es que ponerse las dosis de refuerzo solo prolonga este tiempo. En el reporte *OpenVAERS* del 12 de noviembre de 2021,<sup>13</sup> agregaron una gráfica que muestra las tasas de vacunación y los reportes del VAERS por estado.

Como puede ver, existe una clara correlación entre la tasa de "esquema de vacunación completo" en un estado determinado y la cantidad de lesiones por COVID reportadas en ese estado. (Por alguna razón, Indiana, es la única excepción con un número desproporcionadamente alto de reportes sobre el número de personas con "esquema de vacunación completo").

Las zonas grises representan la población; las barras azules representan el número de personas con esquema de vacunación completo; las barras rojas representan el número de lesiones reportadas. (Todos los números se han dividido entre 1000). Así que como puede ver, esta es otra prueba de que se trata de un problema muy grave.



## ¿Se arrepiente de haberse vacunado?

Si cree que recibir la vacuna antiCOVID fue un error y desea disminuir su riesgo de complicaciones cardíacas, le recomiendo implementar las siguientes estrategias básicas.

1. Asegúrese de medir su nivel de vitamina D y tomar un suplemento (la mayoría de los adultos suelen necesitar 8,000 unidades/día) con el fin de garantizar que su nivel sea de 60 a 80 ng/ml (100 a 150 nmol/l).
2. Elimine todos los aceites vegetales (semillas) de su alimentación, lo que implica evitar casi todos los alimentos procesados y la mayoría de las comidas de restaurantes, a menos que tenga la certeza de que el chef solo utilizará mantequilla para cocinar. Evite las salsas o aderezos para ensaladas en los restaurantes, ya que contienen aceites de semillas. También evite los productos de pollo y cerdo porque tienen un alto contenido de ácido linoleico, la mayoría de las personas tienen niveles elevados de grasas omega-6, lo que promueve el estrés oxidativo que causa enfermedades cardíacas.
3. Considere tomar alrededor de 500 mg de NAC al día, ya que ayuda a prevenir los coágulos de sangre y es un precursor para que su cuerpo produzca glutatión, que es un antioxidante muy poderoso.
4. Considere tomar enzimas fibrinolíticas que digieren la fibrina que produce coágulos sanguíneos, derrames cerebrales y embolias pulmonares. La dosis suele ser dos, dos veces al día, pero debe tomarse con el estómago vacío, una o dos horas antes de una comida. De lo contrario, las enzimas digerirán su comida y no la fibrina en el coágulo de sangre.

## Fuentes y Referencias

---

- <sup>1</sup> [Twitter Aseem Malhotra November 21, 2021](#)
- <sup>2, 4</sup> [Circulation November 16, 2021; 144\(Suppl\\_1\)](#)
- <sup>3</sup> [PULS Cardiac Test](#)
- <sup>5</sup> [Mayo Clinic ACS](#)
- <sup>6, 10, 12</sup> [Blood Advances November 1, 2021 DOI: 10.1182/bloodadvances.2021005050](#)
- <sup>7</sup> [American Journal of Hematology March 9, 2021: 10.1002/ajh.26132](#)
- <sup>8, 9, 13</sup> [OpenVAERS Report as of November 12, 2021](#)
- <sup>11</sup> [Letter to EMA by Professor Sucharit Bhakdi and Colleagues February 28, 2021](#)