

Consecuencias indeseadas de las vacunas de ARNm

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

✓ Datos comprobados

HISTORIA EN BREVE

- › El artículo titulado "Worse Than the Disease: Reviewing Some Possible Unintended Consequences of mRNA Vaccines Against COVID-19", de la Dra. Stephanie Seneff y el Dr. Greg Nigh, es una de las descripciones más completas de las posibles consecuencias indeseadas de la tecnología de transferencia de genes de ARNm, denominadas de forma incorrecta como "vacunas antiCOVID"
- › Al 3 de diciembre de 2021, el Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos registró 19 886 muertes relacionadas con la vacuna antiCOVID. La vacuna de Pfizer es responsable de 13 268 de estas muertes
- › Los cálculos sugieren que los reportes relacionados con el VAERS y el COVID se subestimaron por un factor de 41. Eso significa que la cantidad real de muertes solo en los Estados Unidos podría ser de casi 374 576. Incluir las muertes internacionales reportadas al VAERS situaría la cantidad de muertes en 815 326
- › Los efectos secundarios que ahora se reportan en cantidades muy grandes incluyen abortos espontáneos, ataques cardíacos, miopericarditis, trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas), herpes zóster, parálisis de Bell y una variedad de discapacidades permanentes, muchas de las cuales involucran disfunción neurológica
- › Los efectos secundarios que ahora se reportan eran completamente predecibles, de acuerdo con lo que se detalló en el artículo de la Dra. Seneff y el Dr. Nigh

El artículo de Stephanie Seneff, científica del MIT,¹ titulado "**Worse Than the Disease: Reviewing Some Possible Unintended Consequences of mRNA Vaccines Against COVID-19**", se publicó en el *International Journal of Vaccine Theory, Practice and Research* en colaboración con el Dr. Greg Nigh, y es una de los mejores y más completas descripciones de las posibles consecuencias indeseadas de las tecnologías de transferencia de genes de ARNm, a las que se les denomina de forma incorrecta como "vacunas antiCOVID".

El 9 de diciembre de 2021, su artículo se reimprimió en la revista *Townsend Letter, the Examiner of Alternative Medicine*.² La Dra. Seneff es una investigadora científica sénior del MIT que ha realizado investigaciones durante más de cinco décadas y que además se ha dedicado a investigar los peligros y mecanismos de acción del glifosato durante gran parte de su carrera.

Su interés se centró en la ciencia de las tecnologías de transferencia de genes de ARNm a principios de 2020, cuando se anunció la Operación Warp Speed.

Un proceso muy imprudente

Entrevisté a Seneff en mayo de 2021 y dijo lo siguiente:

"Haber desarrollado esta tecnología nueva tan rápido y omitir tantos pasos en el proceso para evaluar su seguridad, es un acto demasiado imprudente. Mi instinto me dijo que esto estaba mal y necesitaba descubrir la verdad.

Entonces, investigué sobre las personas que desarrollaron estas vacunas, y luego en la literatura de investigación más extensa sobre esos temas. Y hasta la fecha sigo sin entender cómo estas vacunas pueden hacer algo bueno".

En ese momento, apenas cinco meses después de que inició la campaña de vacunación, Seneff sospechaba que las vacunas antiCOVID matarían a muchas más personas que la propia infección. Hoy, un año después, las estadísticas son desalentadoras y demuestran que su predicción es real.

Las vacunas de ARNm son muy peligrosas

Al 3 de diciembre de 2021, el Sistema de Notificación de Reacciones Adversas a las Vacunas (VAERS) de Estados Unidos registró la asombrosa cantidad de 927 738 eventos adversos relacionados con la vacuna antiCOVID, incluyendo 19 886 muertes.³ El VAERS puede recibir reportes de los fabricantes de vacunas y de otras fuentes internacionales. Si excluimos los datos internacionales, la cantidad de muertes reportadas en los territorios de Estados Unidos solo es de 9136.⁴

Del total de reportes de muertes, la vacuna de Pfizer es responsable de 13 268 de estas muertes, en comparación con 4894 de Moderna, 1651 de Janssen y 73 para una marca desconocida.

La vacuna de Pfizer también es responsable de la mayoría de las hospitalizaciones posteriores a la vacuna. Por otro lado, las personas mayores de 66 años representan la mayor parte de las muertes, mientras que el grupo de edad de 25 a 50 representa la mayoría de las hospitalizaciones. Los efectos secundarios que ahora se reportan en cantidades muy grandes incluyen los siguientes:⁵

Abortos espontáneos	Problemas cardíacos como ataques cardíacos y miopericarditis
Trombocitopenia (bajo conteo de plaquetas)	Herpes
Parálisis de Bell	Una variedad de discapacidades permanentes, muchas de las cuales involucran una disfunción neurológica

La Dra. Seneff y el Dr. Nigh predijeron estas consecuencias en su artículo, lo que hace que los eventos sean aún más trágicos. Es importante destacar que el VAERS no cuenta con todos los registros, por lo que el impacto de estas vacunas en el mundo real es mucho mayor de lo que sugieren esos datos.

El tratamiento es peor que la enfermedad

Steve Kirsch, director ejecutivo del grupo *COVID-19 Early Treatment Fund*, y su equipo de estadísticos, sugieren que los reportes del VAERS relacionados con el COVID se subestimaron por un factor de 41. Esta es una estimación conservadora, respaldada por cálculos que utilizan una variedad de fuentes además del mismo VAERS.⁶

Eso significa que solo en los Estados Unidos, la cantidad real de muertes podría ser de casi 374 576. Si se incluyen las muertes internacionales que se reportan al VAERS, la cifra de muertes subiría a 815 326. Y esas son muertes que ocurrieron en unos días o semanas después de la vacuna.

Como explican la Dr. Seneff y el Dr. Nigh en su artículo, existe una razón muy obvia para sospechar que estas vacunas de transferencia de genes tendrán impactos devastadores a largo plazo, lo que causará muchas muertes durante la próxima década.

Además, está claro que la cantidad de muertes por el COVID-19 en los Estados Unidos se ha exagerado, ya que se basa en pruebas de PCR positivas e incluso en la mera sospecha de COVID en ausencia de pruebas. Muchas personas murieron por otras causas y les otorgaron a sus familiares una prueba de COVID positiva en el momento de la muerte.

El Dr. Kirsch estima que el conteo real de muertes por COVID-19 es casi el 50% de la cantidad que se reporta (que tal vez sea una cantidad moderada). Esto significa que alrededor de 380 000 personas en Estados Unidos murieron de COVID-19 (y no con COVID), mientras que es posible que las vacunas antiCOVID hayan matado a más de 374 570 personas solo en los primeros 11 meses.

“ Seneff sospecha que en los próximos 10 a 15 años veremos más enfermedades priónicas, autoinmunes y neurodegenerativas a edades más tempranas, al igual que alteraciones en la sangre como coágulos,

hemorragias, derrames cerebrales e insuficiencia cardíaca.”

Como se predijo en el título del artículo de Seneff, parece que el tratamiento podría ser peor que la enfermedad. Esto es muy cierto para los niños y adultos jóvenes que murieron o que quedaron discapacitados de forma permanente por las vacunas, a pesar de que tenían un riesgo muy bajo de morir o de que los afectara la propia infección.

Seneff sospecha que en los próximos 10 a 15 años veremos más enfermedades priónicas, autoinmunes y neurodegenerativas a edades más tempranas, al igual que alteraciones en la sangre como coágulos, hemorragias, derrames cerebrales e insuficiencia cardíaca.

La proteína Spike es la parte más peligrosa del SARS-CoV-2

La razón por la que vemos todos estos problemas con las vacunas antiCOVID es porque programan sus células para producir de manera continua la proteína Spike del SARS-CoV-2, que ahora sabemos que es la parte más peligrosa del virus. Muchos expertos descubrieron esto desde el principio y se preguntaban qué podrían pensar los desarrolladores de vacunas, al seleccionar esto como el antígeno para sus vacunas.

Aunque las vacunas de ARNm pueden causar daño de muchas formas diferentes, un problema básico es que pueden estimular en exceso el sistema inmunológico hasta el punto de fallar. En resumen, a medida que sus células comienzan a producir la proteína Spike viral, sus células inmunes se unen para absorber las proteínas y dejarlas en su sistema linfático. Esta es la razón por la que muchas personas reportan ganglios linfáticos inflamados debajo de los brazos.

La respuesta de anticuerpos forma parte de su inmunidad humoral, también tiene inmunidad celular, que es parte de su sistema inmunológico innato. Su sistema inmunológico innato es muy poderoso. Si está sano, puede eliminar los virus sin producir ni un solo anticuerpo. De hecho, los anticuerpos son un efecto de respaldo para cuando falla su sistema inmunológico innato.

El problema es que su sistema inmunológico innato no se activará y tal vez no lo protegerá si recibe una vacuna antiCOVID-19, ya que evita todas las áreas donde su sistema inmunológico innato actuaría.

Por lo general, usted inhala el virus y estimula la producción de anticuerpos IgA secretores que protegen su sistema respiratorio. Cuando se ignora esa ruta de exposición debido a una vacuna en el brazo, no se producen anticuerpos IgA secretores, lo que lo deja susceptible a la infección.

Como lo explicó Ronald Kostoff en un excelente artículo, publicado en el portal *Trial Site News*, el 8 de diciembre de 2021, titulado: "COVID-19 'Vaccines': The Wrong Bomb Over the Wrong Target at the Wrong Time":⁷

"Una vacuna efectiva se centraría en la inmunidad celular en el tracto respiratorio e intestinal, en el que los IgA secretores se producen por los linfocitos que se encuentran justo debajo de las membranas mucosas que recubren el tracto respiratorio e intestinal.

Los anticuerpos que se producen por estos linfocitos se expulsan a través y hacia la superficie de los revestimientos. Por lo tanto, estos anticuerpos están en el sitio correcto para encontrarse con virus presentes en el aire y podrían prevenir la unión viral y la infección de las células.

Por desgracia, los principales inoculantes que se utilizan para el COVID-19 se centran en los anticuerpos (IgG e IgA circulante) que se encuentran en el torrente sanguíneo. Estos anticuerpos protegen los órganos internos del cuerpo contra agentes infecciosos que intentan propagarse a través del torrente sanguíneo".

Cuando le aplican la vacuna antiCOVID, su cuerpo solo inducirá IgG e IgA circulante, no IgA secretora, y estos tipos de anticuerpos no protegen de forma efectiva sus membranas mucosas de la infección por SARS-CoV-2. Entonces, como señaló Kostoff, el repunte de infecciones que vemos ahora "confirman las fallas de diseño fundamentales" de esta tecnología de transferencia de genes.

"En la mayoría de las personas, una infección natural con SARS-CoV-2 (coronavirus) permanecerá localizada en el tracto respiratorio", escribe Kostoff.⁸ "Las vacunas que se utilizan hoy en día hacen que las células del interior de nuestro cuerpo expresen la proteína Spike viral, algo que la naturaleza nunca tuvo la intención de hacer.

Cualquier célula que exprese este antígeno extraño en su superficie será atacada por el sistema inmunológico, que involucrará tanto a los anticuerpos IgG como a los linfocitos T citotóxicos. Esto podría suceder en cualquier órgano, pero el daño será más grave en los órganos vitales.

Hoy en día vemos que los problemas de corazón son muy comunes en las personas jóvenes, lo que provoca una miocarditis o incluso un paro cardíaco repentino y la muerte. En otras palabras, ¡lanzamos la bomba equivocada sobre el objetivo equivocado en el momento equivocado!"

Al final, su cuerpo creerá que su sistema inmunológico innato falló, lo que significa que debe traer la caballería de respaldo. En esencia, su cuerpo ahora reacciona de forma exagerada a algo que no es cierto. En realidad, no está infectado con ningún virus y su sistema inmunológico innato tampoco falló, pero su cuerpo se ve obligado a responder como si ambos fueran ciertos.

Efectos que tal vez persistan a largo plazo

Además, el ARN sintético en las vacunas de ARNm contiene un nucleótido llamado metil-pseudouridina, que el cuerpo no puede descomponer, mientras que el ARN está programado para activar la producción máxima de proteínas. Entonces, esto es una manipulación del ARN nunca antes vista.

Es muy importante mencionar que se trata de un ARNm transgénico para la proteína Spike. No es idéntico al ARNm de la proteína Spike que produce el SARS-Cov-2, debido a que se alteró con el fin de evitar que su cuerpo lo metabolice.

La proteína Spike que su cuerpo produce en respuesta al ARNm de la vacuna antiCOVID-19 se bloquea en su receptor ACE2. Esto se debe a que la nueva proteína Spike modificada de forma genética tiene insertadas prolinas adicionales que evitan que los receptores se cierren de forma correcta, lo que hace que regule descendentemente la ACE2. Así es cómo termina con problemas como hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca ventricular y derrame cerebral.^{9,10}

Como se indica en un documento de 2020,¹¹ existe una "relación fundamental" entre la deficiencia de ACE2 y la infección por SARS-CoV-2. Las personas con deficiencia de ACE2 tienden a ser más propensas a tener COVID-19 grave. La proteína Spike suprime la enzima ACE2¹² y empeora la deficiencia. De acuerdo con Seneff, las vacunas de transferencia de genes hacen justo lo mismo y todavía no sabemos cuánto duran los efectos.

En un principio, los fabricantes supusieron que el ARN sintético podría sobrevivir en el cuerpo humano durante unos seis meses. Una investigación más reciente descubrió que la proteína Spike persistió en pacientes que se recuperaron de COVID durante 15 meses.¹³

Esto plantea la sospecha de que el ARNm sintético y más persistente en las vacunas antiCOVID podría hacer que se produzca la proteína Spike durante al menos el mismo tiempo, y tal vez más.¹⁴ Es más, la cantidad de proteína Spike que se produce por las vacunas es mucho mayor que la que se experimenta cuando existe una infección natural.

Como lo explicó el Dr. Peter McCullough,¹⁵ esto significa que después de recibir la primera dosis empezará a producir la proteína Spike durante al menos 15 meses. Pero, cuando recibe la segunda dosis semanas después, esa vacuna hará que la producción de proteínas aumente durante 15 meses o más. La tercera dosis produce proteína Spike durante otros 15 meses.

Debido a que ahora existen los refuerzos regulares, es posible que nunca elimine la proteína Spike. Algo que seguro causará estragos en su biología. El Dr. McCullough lo compara con "una instalación permanente de una proteína inflamatoria en el cuerpo

humano", y la inflamación es la base de casi todas las enfermedades crónicas. No existe forma de que estas vacunas de transferencia de genes mejoren la salud pública. Al contrario, la van a dañar.

Se espera un daño neurológico a largo plazo

Seneff describe varias características clave de la proteína Spike del SARS-CoV-2 que sugieren que actúa como un prión.¹⁶ Esto podría ayudar a explicar por qué vemos tantos efectos neurológicos de las vacunas.

La conclusión es que las vacunas antiCOVID-19 son conjuntos de instrucciones para que su cuerpo produzca una proteína tóxica que en algún momento terminará concentrada en su bazo, desde donde el prión enviará instrucciones similares a las de las proteínas, lo que aumentará su riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas.

Las enfermedades pulmonares, cardíacas y cerebrales son consecuencias predecibles

Seneff también describe con gran detalle cómo la proteína Spike actúa como un veneno metabólico. De hecho, le recomiendo leer completo [el artículo de Seneff](#). Extraje algunas secciones clave, por ejemplo, cómo la proteína Spike puede causar daño patológico que provoca el daño pulmonar y enfermedades cardíacas y cerebrales:¹⁷

"Ahora surge la idea de que el SARS-CoV-2 tiene efectos graves en la vasculatura de múltiples órganos, incluyendo la vasculatura cerebral. En varios artículos, Yuichiro Suzuki, en colaboración con otros autores, presentó un argumento de que la proteína Spike por sí sola puede provocar una respuesta de señalización en la vasculatura con graves consecuencias.

Estos autores observaron que, en casos graves de COVID-19, el SARS-CoV-2 provoca cambios morfológicos en la vasculatura pulmonar. Además, demostraron que la exposición de células de músculo liso de la arteria

pulmonar humana, cultivadas a la subunidad S1 de la proteína de Spike del SARS-CoV-2, fue suficiente para promover la señalización celular sin el resto de los componentes del virus.

Los artículos posteriores demostraron que la subunidad S1 de la proteína Spike suprime la ACE2, lo que causa una afección similar a la hipertensión arterial pulmonar (HAP), una enfermedad pulmonar grave con una mortalidad muy alta. Los 'estudios in vivo' a los que se referían, demostraron que el coronavirus del SARS causa lesión pulmonar debido a que se inhibe la ACE2 por la proteína Spike del SARS-CoV, lo que provocó un gran aumento de la angiotensina-II.

Suzuki et al. (2021) demostraron de forma experimental que el componente S1 del virus SARS-CoV-2, a baja concentración, activaba la vía de señalización MEK/ERK/MAPK para promover el crecimiento celular. Consideran que estos efectos no se limitarían a la vasculatura pulmonar.

La cascada de señalización en la vasculatura del corazón causaría enfermedad de las arterias coronarias y la activación en el cerebro podría provocar un derrame cerebral. También predeciría la hipertensión sistémica. Plantearon la hipótesis de que la capacidad de la proteína Spike para promover la hipertensión arterial pulmonar podría predisponer a los pacientes que se recuperan del SARS-CoV-2 a desarrollar insuficiencia cardíaca del ventrículo derecho.

Además, sugirieron que podría ocurrir un efecto similar como respuesta a las vacunas de ARNm, y advirtieron sobre posibles consecuencias a largo plazo tanto para niños como para adultos que recibieron las vacunas del COVID-19 basadas en la proteína Spike.

Un interesante estudio de Lei et. at. (2021) descubrió que los pseudovirus (esferas decoradas con la proteína SARS-CoV-2 S1 pero que carecen de ADN viral en su núcleo) causaban inflamación y daño tanto en las arterias como en los pulmones de los ratones expuestos por vía intratraqueal.

Luego expusieron células endoteliales humanas sanas a las mismas partículas de pseudovirus. Cuando unieron estas partículas a los receptores ACE2 endoteliales provocó daño mitocondrial y fragmentación en esas células endoteliales, lo que causó cambios patológicos característicos en el tejido relacionado.

Este estudio deja en claro que la proteína Spike que no está involucrada con el resto del genoma viral, es suficiente para causar el daño endotelial relacionado con el COVID-19. Los efectos de las vacunas destinadas a hacer que las células fabriquen la proteína Spike son claros y son un motivo de preocupación".

Las vacunas antiCOVID activan virus latentes

Como se mencionó antes, un efecto secundario muy común de la vacuna antiCOVID es la infección por herpes zóster, al igual que el daño neurológico, vascular y cardíaco que presenciamos, de hecho, también se predijo que se activarían infecciones virales latentes.

Una de las razones por las que aparecen las infecciones virales latentes en respuesta a las vacunas es porque las vacunas desactivan la vía del interferón tipo I. Una segunda razón es porque su sistema inmunológico está abrumado al tratar de lidiar con las proteínas inflamatorias que fluyen. Algo tiene que ceder, por lo que los virus latentes pueden abrirse paso.

Sin embargo, ese no es el final de sus posibles problemas, ya que estas coinfecciones podrían empeorar o acelerar otras afecciones, como la parálisis de Bell, encefalomiелitis miálgica y el síndrome de fatiga crónica.

Los virus del herpes, por ejemplo, se han implicado como causantes de ambos tipos de SIDA¹⁸ y síndrome de fatiga crónica.¹⁹ Algunas investigaciones sugieren que estas enfermedades no aparecen hasta que los virus de diferentes familias se asocian y se desactiva la vía del interferón tipo 1.

Al juntar toda esta información, parece inevitable que, a largo plazo, la campaña de vacunación masiva de COVID cause muchas enfermedades crónicas debilitantes.

Fuentes y Referencias

- ¹ [International Journal of Vaccine Theory, Practice and Research May 10, 2021; 2\(1\): 38-79](#)
- ² [Townsend Letter December 9, 2021](#)
- ³ [OpenVAERS data as of December 3, 2021](#)
- ⁴ [OpenVAERS data as of December 3, 2021. For US only data, flip the selection switch at top](#)
- ⁵ [OpenVAERS Adverse Event Reports Breakdown](#)
- ⁶ [SKirsch.io/vaccine-resources](#)
- ^{7, 8} [Trial Site News December 8, 2021](#)
- ⁹ [European Heart Journal July 20, 2020: ehaa534](#)
- ^{10, 12} [Circulation Research 2021; 128: 1323-1326](#)
- ¹¹ [European Journal of Internal Medicine June 2020; 76:14-20](#)
- ¹³ [bioRxiv June 25, 2021 DOI: 10.1101/2021.06.25.449905](#)
- ^{14, 15} [New American November 8, 2021, video at circa 8 minutes](#)
- ^{16, 17} [International Journal of Vaccine Theory, Practice and Research May 10, 2021; 2\(1\): 402-444](#)
- ¹⁸ [Journal of Antimicrobial Chemotherapy 1996 37. Suppl B, 87-95](#)
- ¹⁹ [ImmunoHorizons April 1, 2020](#)