

Advertencia: las vacunas antiCOVID se están administrando de forma incorrecta

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

✓ Datos comprobados

HISTORIA EN BREVE

- › Investigaciones recientes sugieren que no aspirar la jeringa para asegurarse de que el contenido no ingrese al torrente sanguíneo podría causar daños
- › Los ratones que recibieron una vacuna de ARNm por vía intravenosa desarrollaron miopericarditis, inflamación del corazón y del saco cardíaco circundante
- › Administrar la “vacuna” de ARNm por vía intravenosa indujo la degeneración visible y la muerte de las células del músculo cardíaco. Dado que las células del corazón no se regeneran, este daño podría ser permanente. El tejido cardíaco dañado o perdido se reemplaza con tejido cicatricial, lo que inhibe la contracción muscular
- › La inyección por vía intravenosa también provocó depósitos de calcio en la capa interna (visceral) del pericardio, un problema de salud que puede provocar pericarditis restrictiva e insuficiencia cardíaca diastólica
- › Los ratones que recibieron la vacuna antiCOVID por vía intravenosa también presentaron daños importantes en las células hepáticas

El Dr. John Campbell habla a continuación sobre la investigación¹ que demuestra que administrar la vacuna antiCOVID de ARNm por vía intravenosa, puede inducir la miopericarditis aguda en ratones. Resulta que la mayoría del personal de salud en el Reino Unido y los Estados Unidos han administrado de forma incorrecta las vacunas antiCOVID, lo que incrementa el riesgo de efectos secundarios graves, como inflamación cardíaca.

Las vacunas antiCOVID se administran de forma incorrecta

Como explicó Campbell, al administrar una inyección por vía intramuscular, se supone que debe entrar por el músculo y no por la vena o vaso sanguíneo. Para asegurarse de que llegue al vaso sanguíneo, se debe aspirar un poco la jeringa antes de inyectar el líquido, esto para asegurarse de que la aguja no esté en un vaso sanguíneo.

“ No aspirar la jeringa para asegurarse de que la inyección no ingrese al torrente sanguíneo podría causar lesiones graves. ”

Si sale sangre al aspirar, significa que algo anda mal, ya que la aguja está en un vaso sanguíneo. En ese caso, se debe sacar la aguja y buscar otra área para inyectar. Pero no lo están haciendo. No aspirar la jeringa para asegurarse de que la inyección no ingrese al torrente sanguíneo podría causar lesiones graves. Deben "hacer algo al respecto", dijo Campbell.

Inyectar por vía intravenosa puede inducir miopericarditis

Campbell menciona un estudio revisado por pares² que se publicó a mediados de agosto de 2021 en la revista *Clinical Infectious Diseases*, en el que los investigadores reconocieron que la miocarditis y la pericarditis son efectos secundarios conocidos de las vacunas antiCOVID de ARNm, por lo que querían determinar si el método de inyección podría estar detrás de todo esto.

Para descubrirlo, administraron una “vacuna” de ARNm por vía intravenosa a un grupo de ratones y por vía intramuscular a otro. Un tercer y cuarto grupo recibieron inyecciones de solución salina normal (placebo) por vía intravenosa e intramuscular.

Después, compararon las manifestaciones clínicas, los signos de enfermedad en varios tejidos, la expresión del ARNm en los tejidos y los niveles de citoquina y troponina. Las

citoquinas participan en el proceso inflamatorio, además, son importantes moléculas de señalización.

Los niveles de citoquinas incrementan con la inflamación y cuando se liberan de forma descontrolada, termina con lo que se conoce como una tormenta de citoquinas, la cual puede ser mortal. Mientras que la troponina es un marcador de daño cardíaco.³ Sus niveles indican el riesgo de sufrir un ataque cardíaco.

Aunque ambos métodos se relacionaron con efectos secundarios, solo los ratones que se inyectaron por vía intravenosa desarrollaron miopericarditis, es decir, inflamación del corazón o del saco cardíaco. Según los autores:⁴

"A pesar de que se encontró una pérdida de peso significativa y niveles elevados de citoquinas/quimiocinas en el grupo IM [inyección por vía intramuscular], entre 1 y 2 días después de la inyección (dpi), solo el grupo IV [inyección por vía intravenosa] desarrolló cambios histopatológicos de miopericarditis como degeneración de cardiomiocitos, apoptosis, necrosis con infiltración de células inflamatorias adyacentes y depósitos de calcio en el pericardio visceral, pero no hubo evidencia de problemas en las arterias coronarias u otras patologías cardíacas.

A través de la inmunotinción se llegó a encontrar expresión del antígeno Spike de SARS-CoV-2 en células inmunológicas infiltrantes en el corazón o en el sitio de inyección, en los cardiomiocitos y en las células endoteliales vasculares intracardíacas, pero no en los miocitos esqueléticos.

Tras recibir la primera dosis por vía intravenosa, persistieron los cambios histológicos de la miopericarditis durante 2 semanas y se agravaron de manera notable con una segunda dosis de refuerzo por vía intramuscular o intravenosa.

La expresión del ARNm en el tejido cardíaco de IL-1 β , IFN- β , IL-6 y TNF- α incrementó de forma significativa de 1 ppp a 2 ppp en el grupo IV, pero no en el grupo IM, lo que coincidió con la presencia de miopericarditis en el grupo IV. El grupo IV presentó de manera constante degeneración en globo de los hepatocitos".

Patología muy visible en el corazón

Como señaló Campbell, administrar la “vacuna” de ARNm por vía intravenosa indujo una “patología muy visible en el corazón”, que incluyó degeneración visible, apoptosis y necrosis (muerte celular) de las células del músculo cardíaco.

Por supuesto que, si las células cardíacas están dañadas, su corazón no podrá contraerse de manera adecuada y este daño será permanente, ya que, a diferencia de muchos otros tejidos, las células del corazón no se regeneran.⁵

Además, el tejido cardíaco dañado o perdido se reemplaza con tejido cicatricial, lo que inhibe la contracción muscular de forma permanente. Administrar la “vacuna” de ARNm por vía intravenosa también provocó depósitos de calcio en la capa interna (visceral) del pericardio.

Cuando un tejido se lesiona, puede calcificarse y la calcificación del pericardio visceral es una prueba más de daño cardíaco. Dado que el pericardio rodea su corazón, el cual necesita expandirse y contraerse para seguir con vida, la calcificación (endurecimiento) de este saco protector puede tener un efecto devastador en su salud. Cuando esto ocurre, puede desarrollar pericarditis restrictiva, que a su vez puede provocar insuficiencia cardíaca diastólica.

Evidencia de inflamación cardíaca

Los investigadores también encontraron el antígeno Spike del COVID en el interior de:

1. Células inmunológicas que se encuentran en el corazón
2. Cardiomiocitos
3. Células endoteliales vasculares intracardíacas

Como lo explicó Campbell:

“Esto significa que, debido a que la vacuna se administró por vía intravenosa, el ARN que produce la proteína de Spike pasó a través de su torrente sanguíneo y

entró a las células del miocardio. Las células del miocardio producen la proteína Spike y la expresan en su superficie celular.

Es obvio que la proteína Spike es una proteína extraña, por lo que las células inmunológicas del cuerpo dicen: '¡Oh mira, una proteína extraña!' y la atacan, atacan la célula, y eso es lo que causa la inflamación, los miocitos en el miocardio".

Así que también se encontró el antígeno Spike y, por lo tanto, inflamación en las células endoteliales vasculares intracardíacas, es decir, las células que recubren los vasos sanguíneos del corazón. Este daño es lo que provoca los coágulos sanguíneos.

Campbell también sospecha de otros efectos secundarios graves, como la púrpura trombocitopenia trombótica inmunológica inducida por la vacuna (VITT⁶) que podría deberse al error de administrar las vacunas antiCOVID en el torrente sanguíneo.

El daño empeora tras recibir la segunda dosis

Después de administrar por vía intravenosa la primera dosis de la "vacuna" de ARNm, los cambios relacionados con la miocarditis persistieron durante dos semanas. El daño se "agravó de forma notable" tras recibir la segunda dosis, ya sea por vía intravenosa o intramuscular.

En otras palabras, si la primera dosis se administra de forma incorrecta en el torrente sanguíneo, incluso si la segunda dosis se administra de forma correcta en el músculo, el daño cardíaco incrementa de manera significativa después de recibir la segunda dosis.

"Y claro que esto es exactamente lo que estamos viendo", dijo Campbell. "Hay más miopericarditis después de recibir la segunda dosis de refuerzo que después de la primera. Eso es justo lo que sucedió en este estudio, necesitamos hacer algo al respecto".

Los investigadores también descubrieron citoquinas en el tejido cardíaco de los animales que se inyectaron por vía intravenosa, que incluyeron la interleucina (IL) -1 beta, IL-6, interferón beta y factor de necrosis tumoral (TNF) alfa. Todas estas citoquinas causan inflamación y es obvio que la inflamación cardíaca representa un riesgo grave para la salud.

Aunque es importante señalar que los ratones que recibieron inyecciones por vía intramuscular tenían mayores niveles de citoquinas que los del grupo IV, lo que significa que había inflamación sin importar el método de inyección.

Las inyecciones por vía intravenosa también causan daño hepático

Los ratones que recibieron la inyección por vía intravenosa también tenían "degeneración en globo de los hepatocitos", que son células hepáticas que también sufrieron daños importantes. Aunque todos los demás órganos "parecían normales" en todos los grupos. Todos estos hallazgos hicieron que los investigadores concluyeran lo siguiente:

"Administrar las vacunas antiCOVID de ARNm por vía intravenosa puede inducir miopericarditis. Aspirar un poco la jeringa antes de inyectar podría ser una forma de reducir este riesgo".

Como señaló Campbell, "tanto Pfizer/BioNTech como Moderna dejaron claro que sus vacunas solo deben administrarse por vía intramuscular, no intravenosa", entonces, ¿por qué las autoridades sanitarias no se aseguran de que las vacunas se administren de forma correcta? Es algo totalmente inaceptable", dijo.

De manera sorprendente, el Reino Unido, los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud especifican que NO se debe aspirar la aguja, ya que eso ayudará a minimizar el dolor relacionado con la inyección. "Es increíble", dijo Campbell, ya que estas directrices están causando lesiones que podrían prevenirse.

Relación entre las vacunas de adenovirus y la trombosis

Según Campbell, las vacunas antiCOVID de adenovirus también deben administrarse por vía intramuscular y no por vía intravenosa. En este caso, el mayor riesgo parece ser la trombocitopenia (bajo recuento de plaquetas, lo que provoca una hemorragia descontrolada).

Campbell menciona un artículo de 2007⁷ que analizó la trombocitopenia inducida por el adenovirus y llegaron a la conclusión de que al inyectar los vectores de transferencia de genes adenovirales, en la vena de la cola de los ratones, se produce trombocitopenia.

Se deben actualizar las directrices lo antes posible

Ahora Campbell recomienda a sus espectadores que se pongan en contacto con sus representantes políticos y les exijan que actualicen las directrices de las vacunas antiCOVID. Campbell ya ha mandado varias cartas, una terminó en el escritorio de Nadhim Zahawi, el ministro británico para el despliegue de la vacuna antiCOVID. En una respuesta por escrito, Zahawi rechaza las preocupaciones de Campbell y le dice que no hay nada de qué preocuparse:

"Al analizar los reportes de trombosis mayor con trombocitopenia concurrente, no hemos podido encontrar evidencia que los relacione con errores en la administración en los casos del Reino Unido.

Se cree que esta rara condición de coagulación que se reportó tras recibir la vacuna antiCOVID-19 de la Universidad de Oxford/AstraZeneca se debe más a un mecanismo inmunológico, que a la forma en que se administra la vacuna.

La guía que publicó Public Health England (PHE) establece que: "no es necesario halar el émbolo (aspirar) antes de presionarlo para liberar la vacuna en el músculo, ya que no hay vasos sanguíneos grandes en los lugares recomendados para inyectar".

Como señaló Campbell, por supuesto que no han podido identificar evidencia de la relación entre la trombocitopenia y la administración incorrecta de la vacuna, porque cuando lo hacen mal, ni siquiera se dan cuenta, solo podrían saberlo si aspiran antes de inyectar. "Entonces, lo que me escribió Zahawi, es una tontearía", dijo Campbell.

También señala que Zahawi no aporta pruebas de que el trastorno de coagulación de la sangre en realidad se deba a un mecanismo inmunológico y que no tenga nada que ver con el método de administración de la vacuna. Campbell sospecha que, aunque puede haber un mecanismo inmunológico involucrado, administrar la vacuna por vía intravenosa también puede ser parte del problema o podría agravarlo.

Además, Campbell también dice que es una ridiculez que afirmen que no hay vasos sanguíneos importantes en el deltoides. Si el tejido no tiene un suministro de sangre adecuado, morirá y se caerá a los pocos días. Por supuesto que hay muchos vasos sanguíneos en su deltoides. "Si tiene el poder de hacer un cambio, no espere más", dijo Campbell. Él lo intentó, pero queda claro que la élite política no está dispuesta a escuchar y siempre subestimaré las preocupaciones de los médicos de verdad.

Fuentes y Referencias

- [1, 2 Clinical Infectious Diseases August 18, 2021; ciab707](#)
- [3 CMAJ November 8, 2005; 173\(10\): 1191–1202](#)
- [4 Clinical Infectious Diseases August 18, 2021; ciab707, Results](#)
- [5 UCLA Health Cardiac Repair and Regeneration](#)
- [6 StatPearls July 18, 2021](#)
- [7 Blood 2007; 109\(7\): 2832-2839](#)