

Sale a la luz la verdad sobre las muertes por COVID

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

✓ Datos comprobados

HISTORIA EN BREVE

- › Los datos demuestran que las muertes por COVID-19 se manipularon al contar a las personas que murieron por otras enfermedades pero que dieron positivo en la prueba de COVID, esto con el fin de exagerar las estadísticas
- › Los datos del Reino Unido que se hicieron públicos, en respuesta a una solicitud de la Ley por la Libertad de la Información, demuestran que en Inglaterra y Gales la cantidad de muertes por COVID como única causa entre enero de 2020 y finales de septiembre de 2021, en realidad fue de 17 371 y no de 137 133 como se informó en primera instancia
- › De las 17 371 personas que murieron por COVID-19 como única causa, 13 597 tenían de 65 años en adelante. En el Reino Unido, la edad promedio de muerte por COVID en 2021 fue de 82.5 años
- › Se estima que, en los últimos 18 meses, hubo unas 50 000 muertes adicionales por cáncer, una cifra que no solía verse en el pasado, lo que podría deberse al retraso en el diagnóstico y la falta de tratamiento adecuado debido a las restricciones por COVID.

Desde el principio de la pandemia, había sospechas de que se manipulaban las estadísticas de mortalidad, y ahora la evidencia demuestra que esas sospechas no estaban muy alejadas de la realidad. Para empezar, se instruyó e incentivó a los hospitales para que registraran como muerte por COVID a cualquier paciente que tuviera una prueba positiva y muriera dentro de cierto periodo de tiempo.

También se sabía que la prueba PCR no era confiable y que producía muchos falsos positivos. Pero después de tanto tiempo, al fin, la verdad comienza a salir a la luz. Como

se sospechaba desde un principio, el número real de muertes es mucho menor de lo que nos hicieron creer.

Las muertes por COVID se manipularon para exagerar las estadísticas

El Dr. John Campbell analiza los datos que publicó hace poco el gobierno del Reino Unido, en respuesta a una solicitud de la Ley por la Libertad de la Información (FOIA, por sus siglas en inglés), que demuestran que durante el 2020 en Inglaterra y Gales, el número de muertes por COVID-19 como causa única fue de 9400, y de esta cifra, 7851 tenían de 65 años en adelante. La edad promedio de muerte fue de 81.5 años.

Durante el primer trimestre de 2021, hubo 6483 muertes en las que el COVID-19 fue la única causa, una vez más, la mayoría, 4923, eran personas mayores de 65 años.

Durante el segundo trimestre de 2021, murieron un total de 346 personas por COVID-19 como única causa, mientras que en el tercer trimestre esta cifra fue de 1142. Repito, esta cifra es de personas que no tenían condiciones subyacentes que pudieran haber causado su muerte.

Entonces, durante los 21 meses que abarcan de enero de 2020 hasta septiembre de 2021, en Inglaterra y Gales, el número total de muertes por COVID-19 fue de 17 371, una cifra mucho menor de la que se informó en primera instancia. A finales de septiembre de 2021, el gobierno de Reino Unido informó que hubo 137 133 muertes dentro de un periodo de 28 días a partir de una prueba positiva y, como consecuencia, todas estas muertes se registraron como "muertes por COVID".

Durante una conferencia de prensa que se realizó el 19 de enero de 2022, Sajid Javid, secretario de salud de Reino Unido, admitió que las cifras diarias del gobierno son poco confiables, ya que las personas murieron y aún mueren a causa de otras enfermedades, pero se incluyen en el recuento de muertes por COVID-19 porque tenían una prueba positiva.¹

También admitió que alrededor del 40 % de los pacientes hospitalizados con COVID no ingresaron al hospital por síntomas de COVID, sino por otras enfermedades, pero dieron positivo cuando se les hizo la prueba.

La mayoría de las personas que mueren por COVID son de edad avanzada

Campbell también señala que de las 17 371 personas que tenían COVID-19 como única causa de muerte, 13 597 tenían de 65 años en adelante. En el Reino Unido, la edad promedio de muerte por COVID en 2021 fue de 82.5 años. Mientras que la esperanza de vida proyectada es de 79 años para los hombres y 82.9 para las mujeres.² Así que como puede ver, no representa la amenaza que le hicieron creer y mucho menos para las personas sanas en edad escolar y laboral.

Campbell también analiza los datos sobre las muertes adicionales por cáncer. Se estima que, en los últimos 18 meses, hubo unas 50 000 muertes adicionales por cáncer, una cifra que no solía verse en el pasado, lo que podría deberse al retraso en el diagnóstico y la falta de tratamiento adecuado debido a las restricciones por COVID.

Como señaló Campbell, cuando observamos el número adicional de muertes, debemos considerar factores como la edad al momento de la muerte. Al parecer, la mayoría de las muertes por COVID-19 fueron de personas de edad avanzada, así que, si comparamos su edad con la esperanza de vida promedio, entonces era algo que ya se esperaba.

Pero lo que no se esperaba es que personas de 30, 40 y 50 años murieran de cáncer u otras enfermedades crónicas debido a la falta de tratamiento por las restricciones del COVID.

Los CDC hacen énfasis en las comorbilidades de las personas que mueren por las vacunas

En los Estados Unidos, los datos sugieren un patrón similar en las estadísticas de muertes por COVID. Hace poco, la Dra. Rochelle Walensky, directora de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, citó una investigación³ que demuestra que el 77.8 % de las personas que habían recibido la vacuna antiCOVID y que habían muerto por o con COVID también tenían un promedio de cuatro comorbilidades.^{4,5}

"Por lo que, desde antes, estas personas estaban mal de salud", dijo Walensky. Pero mientras Walensky señala este estudio como evidencia de que la vacuna antiCOVID hace maravillas para reducir el riesgo de muerte, se ha observado este mismo patrón en las personas sin vacunar. Cuando se trata de COVID, las personas sin comorbilidades tienen muy poco de qué preocuparse.

“ El COVID solo representa una amenaza mortal para las personas que tienen alguna enfermedad, sin importar si tiene la vacuna o no. ”

Por ejemplo, un estudio de 2020⁶ encontró que, en la ciudad de Nueva York, el 88 % de los pacientes hospitalizados con COVID tenían dos o más comorbilidades, mientras que el 6.3 % tenía un problema de salud subyacente y el 6.1 % no tenía ninguno. En ese momento, todavía no estaban disponibles las vacunas antiCOVID.

A finales de agosto de 2020, los CDC publicaron datos que demostraban que solo el 6 % del recuento total de muertes tenía al COVID-19 como la única causa. El otro 94 % tenía un promedio de 2.6 comorbilidades o enfermedades preexistentes que contribuyeron con su muerte.⁷ Entonces, como dijo Walensky, el COVID solo representa una amenaza mortal para las personas que tienen alguna enfermedad, sin importar si tiene la vacuna o no.

La mayoría de las muertes por COVID podrían relacionarse con el mal uso de la ventilación

Además de la cuestión de si las personas mueren "por COVID" o "con una prueba positiva de SARS-CoV-2", existe otra cuestión importante: el papel del tratamiento en las muertes de los pacientes que tienen COVID. A principios de abril de 2020, los médicos advirtieron que poner a los pacientes con COVID-19 bajo ventilación mecánica incrementaba su riesgo de muerte.^{8,9}

Una investigación demostró que, en la ciudad de Nueva York, hasta el 80 % de los pacientes con COVID-19, que recibieron ventilación, murieron,¹⁰ por lo que algunos médicos comenzaron a cuestionar su uso. Los datos del Reino Unido presentan una cifra del 66 % y un pequeño estudio en Wuhan encontró que el 86 % de los pacientes que recibieron ventilación también murieron.¹¹ En un artículo del 8 de abril de 2020, el portal STAT News informó:¹²

"Muchos pacientes tienen niveles de oxígeno tan bajos que deberían estar muertos. Pero no jadean por falta de aire, sus corazones no tienen la frecuencia adecuada y sus cerebros no muestran signos de parpadeo por falta de oxígeno.

Eso ha ocasionado que los médicos de cuidados intensivos sospechen que en el caso del COVID-19, ha sido un error basarse en el enfoque de tratamiento de asistencia respiratoria que han utilizado durante décadas en pacientes con neumonía y síndrome de dificultad respiratoria aguda.

Y cada vez están más preocupados por el uso de la intubación y de los ventiladores mecánicos, por lo que argumentan que la mayoría de los pacientes podría recibir asistencia respiratoria no invasiva, como la mascarilla que se utiliza en la apnea del sueño, al menos al principio y tal vez durante el transcurso de la enfermedad".

En ese momento, el Dr. Cameron Kyle-Sidell, médico de sala de emergencias, dijo que los síntomas de los pacientes se parecían más a los del mal de montaña que a los de la neumonía.¹³ Del mismo modo, un artículo¹⁴ de los Dres. Luciano Gattinoni y John J. Marini describió dos tipos diferentes de manifestaciones del COVID-19, a los que se refieren como Tipo L y Tipo H. En los que uno se beneficia de la ventilación mecánica, mientras que el otro no.

A pesar de eso, hasta el día de hoy, poner a los pacientes con COVID bajo ventilación mecánica es el "estándar de atención" en los Estados Unidos. Pero sin duda, la mayoría de los primeros pacientes con COVID murieron por el mal uso del ventilador y los pacientes continúan muriendo, no por COVID sino por no implementar los tratamientos correctos.

Mejores alternativas a la ventilación

La ventilación mecánica puede dañar con facilidad los pulmones, ya que empuja con fuerza el aire hacia los pulmones. El tratamiento con oxígeno hiperbárico (TOHB) podría ser una mejor alternativa, ya que le permite al cuerpo absorber un mayor porcentaje de oxígeno sin forzar la entrada de aire a los pulmones. El TOHB también mejora la función mitocondrial y ayuda a desintoxicar, inhibir y controlar la inflamación, así como a optimizar la capacidad natural del cuerpo para curarse.

Los médicos también han obtenido excelentes resultados al usar cánulas nasales de alto flujo en lugar de ventiladores. Como lo señalaron los médicos de *UChicago Medicine* durante un comunicado de prensa en abril de 2020:¹⁵

"Las cánulas nasales de alto flujo (HFNC, por sus siglas en inglés), son cánulas nasales no invasivas que se colocan debajo de las fosas nasales y expulsan grandes volúmenes de oxígeno tibio y humidificado hacia la nariz y los pulmones.

Un equipo de la sala de emergencias de UChicago Medicine tomó a 24 pacientes con COVID-19 que tenían dificultad respiratoria y les colocaron HFNC en lugar de ponerlos en ventiladores. Todos los pacientes tuvieron excelentes resultados y solo uno de ellos requirió intubación después de 10 días.

Las HFNC suele combinarse con una posición de decúbito prono, una técnica en la que los pacientes se acuestan boca abajo para mejorar la respiración. Todo esto ayudó a los médicos de UChicago Medicine a evitar docenas de intubaciones y redujo las posibilidades de malos resultados para los pacientes

con COVID-19, dijo el Dr. Thomas Spiegel, director médico del Departamento de Emergencias de UChicago Medicine.

Combinar la posición de decúbito prono y las cánulas nasales de alto flujo ayudó a incrementar los niveles de oxígeno de los pacientes, de casi el 40 % al 80 % y 90 %".

Cómo realizar la posición de decúbito prono en casa

Si tiene problemas para toser o respirar, también puede implementar la posición de decúbito prono en casa. Pero si tiene dificultades para respirar, busque atención médica de emergencia. Para los casos leves de tos o falta de aire que se pueden tratar en casa, evite pasar mucho tiempo acostado boca arriba.

Las directrices del Hospital Elmhurst sugieren que "recostarse boca abajo y en diferentes posiciones ayudará a que su cuerpo lleve aire a todas las áreas de su pulmón" y recomiendan cambiar a las siguientes posiciones en periodos de 30 minutos y dos horas:¹⁶

- Acostarse boca abajo
- Acostarse sobre el lado derecho
- Sentarse
- Acostarse sobre el lado izquierdo

Esta es una forma sencilla que podría ayudar a aliviar la dificultad leve para respirar desde casa. Aunque también puede implementar esta técnica si está en el hospital.

Los incentivos hospitalarios están detrás del gran número de muertes por COVID

Tal vez se pregunte por qué los médicos y administradores de hospitales insisten en utilizar tratamientos que se sabe son poco efectivos o mortales, mientras se niegan de

forma rotunda a administrar cualquier cosa que se haya demostrado ser efectiva, ya sea vitamina C por vía intravenosa, hidroxiclороquina y zinc, ivermectina o corticosteroides.

La respuesta más obvia es que buscan proteger su interés económico. En los Estados Unidos, si los hospitales administran este tipo de tratamientos no solo corren el riesgo de perder los fondos federales, sino que también obtienen varios incentivos por implementar tratamientos poco efectivos. Los hospitales reciben remuneración económica por lo siguiente:¹⁷

Cada prueba de COVID	Cada diagnóstico de COVID
Cada ingreso de un "paciente con COVID"	Utilizar remdesivir
Utilizar ventilación mecánica	Cada muerte por COVID-19

Para empeorar las cosas, hay evidencia de que ciertos sistemas hospitalarios obligan a los pacientes a renunciar a sus derechos, lo que convierte a cualquier persona que se diagnostica con COVID en un prisionero del hospital, sin capacidad para ejercer el consentimiento informado. En pocas palabras, los hospitales hacen lo que quieren con los pacientes y reciben varios incentivos por administrar los tratamientos poco efectivos que recomiendan los Institutos Nacionales de Salud.

Según el portal *Citizens Journal*,¹⁸ el gobierno estadounidense les da una "bonificación" a los hospitales si utilizan remdesivir, un medicamento que ha demostrado causar daños graves en los órganos. Incluso, los médicos forenses reciben bonificaciones por cada muerte por COVID-19.

Su vida tiene un precio

Citizens Journal hace la siguiente pregunta: ¿Qué significa todo esto para la salud y seguridad de los pacientes en los hospitales?¹⁹ Sin rodeos, significa que su salud está en grave peligro. *Citizen Journal* compara los tratamientos que recomienda el gobierno

contra el COVID con ponerle un precio a su vida, donde se remunera por la enfermedad y no por la salud.

"En el caso del Remdesivir, los estudios demuestran que entre el 71 % y el 75 % de los pacientes que lo utilizan sufrieron algún efecto secundario y, en la mayoría de los casos, se tuvo que suspender su uso después de cinco a 10 días debido a los efectos que causa, que incluyen daño renal, hepático y muerte", señaló Citizen Journal.

"En 2018, durante el brote de ébola en África Occidental se suspendieron los ensayos de remdesivir²⁰ porque la tasa de mortalidad superó el 50 %. Pero en 2020, Anthony Fauci ordenó que el Remdesivir fuera el medicamento que utilizarían los hospitales para tratar el COVID-19, incluso cuando en los ensayos clínicos del Remdesivir contra el COVID hubo efectos adversos similares.

La tasa de mortalidad entre los pacientes bajo ventilación es impresionante. [El abogado Thomas] Renz anunció en una conferencia de prensa de Truth for Health Foundation que los datos de CMS demostraron que, en los hospitales de Texas, el 84.9 % de los pacientes que recibieron ventilación murieron después de 96 horas de iniciar el tratamiento.

También está el número de muertes por restricciones de tratamientos efectivos para pacientes hospitalizados. Renz y un equipo de analistas de datos estiman que más de 800 000 muertes en los hospitales de Estados Unidos, en pacientes con COVID-19 y otras enfermedades, se debieron a que los enfoques no utilizan los líquidos, nutrición, antibióticos, antivirales, antiinflamatorios y dosis terapéuticas de anticoagulantes adecuadas.

Ahora, la atención médica se encuentra en el peor momento de su historia, todo gracias a que el gobierno federal se apoderó de ella e implementó estos tratamientos contra el COVID que son poco efectivos y peligrosos, pero no solo eso, también creó incentivos financieros para que los hospitales y los médicos solo utilicen sus enfoques 'aprobados' (y patrocinados).

Nuestra comunidad y personal médico en los hospitales se han convertido en unos auténticos caza recompensas, pero en este caso, su vida es el premio mayor.

Ahora, las personas deben hacer todo lo posible para evitar ir al hospital si tienen COVID y deben tomar medidas activas para planificar su tratamiento casero con anticipación, ya que esto podría salvar su vida".

Trate los síntomas de COVID de inmediato

Si consideramos toda la incertidumbre que rodea el diagnóstico, lo mejor es tratar cualquier síntoma de resfriado o gripe ante la primera aparición. Comience el tratamiento en cuanto empiece a sentir los síntomas. Tal vez sea el resfriado común o influenza regular, tal vez sea la variante ómicron que es más leve, pero como es difícil saberlo, lo mejor que puede hacer es tratar los síntomas como si fueran de COVID.

Al considerar lo contagiosa que es la variante ómicron, es muy probable que la contraiga, así que, desde este momento, compre todo lo que pueda necesitar y así podrá tenerlo a la mano en caso de que desarrolle síntomas. Y recuerde, esto aplica para todos, incluso para las personas que tienen su esquema de vacunación completo, ya que es muy probable que también se enfermen y que incluso sus síntomas sean más intensos. Los protocolos de tratamiento temprano con efectividad demostrada incluyen los siguientes:

- El protocolo de prevención y tratamiento temprano en el hogar del *Front Line COVID-19 Critical Care Alliance's* (FLCCC). También tienen un [protocolo intrahospitalario](#) y [una guía para las secuelas del COVID-19](#). Puede encontrar una lista de médicos que pueden recetar ivermectina y otros medicamentos necesarios en el [Sitio web de la FLCCC](#)
- [El protocolo AAPS](#)
- El protocolo *Tess Laurie's World Council for Health*
- El protocolo de [America's Frontline Doctors](#)

Tras revisar estos protocolos, desarrollé el siguiente resumen de los tratamientos específicos que creo son más prácticos y efectivos:



Fuentes y Referencias

- ¹ [The Telegraph January 19, 2022 \(Archived\)](#)
- ² [Gov.UK National Life Tables 2018-2020](#)
- ³ [CDC MMWR January 7, 2022; 71\(1\): 19-25](#)
- ⁴ [Delta News January 10, 2022](#)
- ⁵ [Washington Examiner January 10, 2022](#)
- ⁶ [JAMA April 22, 2020 DOI: 10.1001/jama.2020.6775 \[Epub ahead of print\]](#)
- ⁷ [CDC.gov August 26, 2020, Comorbidities Table 3, updated October 14, 2020](#)
- ⁸ [Medscape April 6, 2020](#)
- ⁹ [Daily Mail April 9, 2020](#)
- ¹⁰ [Business Insider April 9, 2020](#)
- ¹¹ [The Associated Press April 8, 2020](#)
- ^{12, 13} [STAT News April 8, 2020](#)
- ¹⁴ [JAMA Insights April 24, 2020 DOI: 10.1001/jama.2020.6825](#)
- ¹⁵ [Newswise April 23, 2020](#)
- ¹⁶ [Elmhurst Hospital Self-Prone Positioning Guide](#)
- ^{17, 18, 19} [Citizens Journal December 20, 2021](#)
- ²⁰ [The Daily Jot November 2, 2021](#)