

# Lo que necesita saber sobre la vacuna antiCOVID

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

✓ Datos comprobados

## HISTORIA EN BREVE

- › Las vacunas antiCOVID se basan en la proteína Spike del SARS-CoV-2, que es la parte más patógena del virus y la responsable de los peores síntomas de COVID-19, así como también es responsable de la coagulación sanguínea anormal que se observa en pacientes muy enfermos
- › Las vacunas de ARNm de Pfizer y Moderna, al igual que la de ADN vectorial de Janssen, inyectan material genético en su cuerpo que programa a sus células para producir la proteína Spike. Son tecnologías de transferencia de genes que le ordenan a su cuerpo producir una proteína peligrosa dentro de sus propios tejidos
- › Un estudio de biodistribución de Pfizer, demostró que tanto el ARNm, como la proteína Spike, se distribuyen en todo el cuerpo. En particular, se acumula en los ovarios. A pesar de eso, se eliminaron los estudios de toxicología reproductiva muy rápido
- › Los casos de miocarditis aumentan después de la segunda dosis y afectan de manera desproporcionada a los niños; el 90 % de los reportes de miocarditis posvacuna corresponden a hombres y el 85 % ocurrieron después de recibir la segunda dosis. Los casos también se correlacionan de forma inversa con la edad, y los niños más pequeños corren un riesgo mayor. La incidencia estimada de eventos cardíacos adversos, posteriores a la vacuna, es de 162 por millón para los niños de 12 a 15 años y de 94 por millón para los niños de 16 a 17 años

El Dr. Peter McCullough, un cardiólogo, internista, epidemiólogo y uno de los médicos principales que lidera la lucha para brindar sabiduría clínica de sentido común sobre los tratamientos para el COVID, explica lo que es la proteína Spike del SARS-CoV-2 y cómo

daña la biología de los humanos, ya sea que provenga de una infección natural por SARS-CoV-2 o de la vacuna antiCOVID.

Comienza por abordar la necesidad de seguridad cada vez que se crea un nuevo producto biológico. La seguridad no es algo que podamos ignorar, sin importar qué más esté en juego. Debemos exigir que todo lo que nos den cumpla con algún tipo de estándar de seguridad.

Las alertas comenzaron a sonar para el Dr. McCullough en el verano de 2020, mucho antes de que empezaran a aplicar las vacunas antiCOVID. "Le dije a los legisladores que teníamos un problema", dice el Dr. McCullough, porque recortaban partes que podrían causar un producto peligroso. Por ejemplo, los estudios de seguridad se truncaron a solo dos meses, lo que no permite una evaluación adecuada.

## **¿Por qué utilizaron la proteína Spike?**

También estaba preocupado por el programa de desarrollo. Las vacunas se basaron en la proteína Spike del SARS-CoV-2, que para entonces ya sabíamos que era la parte más patógena del virus y responsable de los peores síntomas del COVID-19, como de la coagulación sanguínea anormal que se observa en pacientes muy enfermos.

Como explicó el Dr. McCullough, el virus se puede ilustrar como una bola con protuberancias que tiene púas en su superficie. Esas púas son las que causan los problemas.

*"Se modificaron de forma genética y se diseñaron en un laboratorio en Wuhan, China" dice el Dr. McCullough: "son muy infecciosas y peligrosas cuando ingresan al cuerpo humano.*

*Lo último que desea en su cuerpo es una de esas [proteínas Spike], y mucho menos miles de millones de ellas, ya que dañan el cerebro, corazón, médula ósea y además pueden romper las plaquetas y los glóbulos rojos. Lo más grave es que la proteína Spike daña los vasos sanguíneos y provoca la coagulación de la sangre".*

Las vacunas de ARNm de Pfizer y Moderna, al igual que la de ADN vectorial de Janssen, inyectan material genético en su cuerpo que programa a sus células para producir la proteína Spike. Son tecnologías de transferencia de genes.

En resumen, las vacunas le indican a su cuerpo que produzca una proteína peligrosa dentro de sus propios tejidos. “Nunca antes habíamos hecho eso en la historia de la medicina”, dice el Dr. McCullough, ya que es una mala idea. “Es casi como una historia de ciencia ficción que sale mal”, dice.

La idea es que al hacer que su cuerpo produzca esta proteína dañina llamada Spike, su cuerpo reaccionará y la combatirá, lo que creará inmunidad. Sin embargo, en el proceso, la proteína Spike puede causar un daño casi incomprensible. La proteína Spike es letal para algunas personas.

## **Producción incontrolada de la proteína Spike**

Además, tenemos una producción incontrolada de proteína Spike, tanto en términos de cantidad como de tiempo. El documento de mayo de 2021 titulado:<sup>1</sup> “Circulating SARS-CoV-2 Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients”, demostró que la proteína Spike circulaba en el torrente sanguíneo durante un promedio de 15 días después de recibir la vacuna. El periodo más largo fue de 29 días.

Esto desmintió la afirmación de que la vacuna de ARNm permanecía en el brazo y no circulaba fuera del lugar de la inyección. Por lógica esa afirmación no tiene mucho sentido, por lo tanto, desde el principio el gobierno japonés le exigió a Pfizer que hiciera un estudio para demostrar en qué lugar se debe aplicar la vacuna de ARNm.

Pfizer hizo ese estudio de biodistribución,<sup>2</sup> que demostró que tanto la vacuna de ARNm como la proteína de Spike estaban en los cuerpos de los animales. En especial se descubrió que se acumulaba en los ovarios. A pesar de eso, el paquete de datos de biodistribución de Pfizer revela que los estudios de toxicología reproductiva se eliminaron muy rápido.

El 25 de junio de 2021, se publicó un documento en el servidor de preimpresión BioRxiv, que demuestra que la porción S1 de la proteína Spike permanece detectable hasta 15 meses después de que se recupera del COVID-19.

*"No es de extrañar que las personas tengan secuelas del COVID", dice el Dr. McCullough. "El cuerpo trata de eliminar esta proteína Spike que se supone que no debe estar allí, 15 meses después de haber tenido la infección".*

El Dr. McCullough señala que Bruce Patterson, el científico de Stanford que dirigió ese estudio, sigue encontrando proteína Spike entera, tanto los segmentos S1 como S2, en pacientes que recibieron la vacuna antiCOVID meses después.

Por lo tanto, no sabemos cuándo terminará la producción de la proteína Spike. Lo que sí sabemos con certeza, es que la proteína Spike daña el cuerpo humano y contribuye a enfermedades y afecciones, tanto agudas como crónicas.

Australia ya compró 14 dosis de la vacuna antiCOVID para cada persona. Esto está destinado a cubrirlos durante siete años, con una dosis cada seis meses. Como señaló el Dr. McCullough, algunas personas no van a sobrevivir a ese tipo de ataque continuo y cada vez mayor de la proteína Spike.

## **Preguntas urgentes sobre la seguridad de las vacunas**

Las señales claras de peligro fueron evidentes en abril de 2021, por lo que el 24 de mayo de 2021, el Dr. McCullough publicó un artículo junto con otros 56 científicos internacionales en la revista *Authorea*.<sup>3</sup>

El documento titulado: "SARS-CoV-2 Mass Vaccination: Urgent Questions on Vaccine Safety that Demand Answers from International Health Agencies, Regulatory Authorities, Governments and Vaccine Developers", exigía que las vacunas se retiraran del mercado hasta que se abordaran los problemas de seguridad. Las preocupaciones clínicas planteadas incluyen las siguientes:

Los mecanismos de acción peligrosos de las vacunas que provocan daños en las células, tejidos y órganos.

---

La presencia de la proteína Spike dañina en la sangre donada.

---

La falta de estudios de genotoxicidad, teratogenicidad y oncogenicidad.

---

Los efectos de la bioacumulación en los ovarios de las mujeres.

---

El potencial de reducir la fertilidad.

---

La falta de una junta de monitoreo de datos y seguridad (DSMB) para supervisar los ensayos clínicos y la vigilancia posterior a la comercialización.

---

La falta de un comité de ética humana para supervisar los ensayos clínicos.

---

La falta de restricciones sobre grupos exentos de los ensayos controlados aleatorios (ECA) como mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil, sobrevivientes de COVID (previamente inmunes).

---

La falta de estratificar el riesgo de hospitalización y muerte en los ensayos clínicos.

---

La falta de transparencia de los datos.

---

La falta para mitigar el riesgo público (opciones de tratamiento temprano y en el hogar).

---

El documento se envió a todas las agencias reguladoras y de salud del mundo. Estamos a principios de 2022 y puede ver cuál fue la respuesta. Ha sido inexistente.

## **Una evaluación crítica al VAERS**

En octubre de 2021, la Dra. Jessica Rose, quien hace parte del *Institute for Pure and Applied Knowledge* de Israel, publicó un informe en la revista *Science, Public Health Policy and the Law*.<sup>4</sup> El informe titulado: "Critical Appraisal of VAERS Pharmacovigilance: Is the US Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) a Functioning Pharmacovigilance System?", explica los tres problemas principales que descubrió:

1. Reportes de eventos adversos relacionados con lesiones por la vacuna antiCOVID que se eliminaron.
2. Registro retrasado de reportes.
3. Recodificación de términos del Diccionario médico para actividades reguladoras (MeDRA) de severo a leve.

También incluye gráficos de barras que demuestran la diferencia extrema entre las vacunas antiCOVID en comparación con todas las demás vacunas en el mercado. Si las vacunas fueran seguras, la cantidad de reportes del VAERS se mantendría estable, sin variar mucho con respecto a años anteriores, pero lo que vemos es un aumento asombroso en las lesiones por vacunas reportadas en 2021.

La cantidad promedio de reportes de eventos adversos después de la vacuna, durante los últimos 10 años, ha sido de casi 39 000 al año, con un promedio de 155 muertes. Eso es para todas las vacunas disponibles combinadas.

Las vacunas antiCOVID ahora representan 701 126 eventos adversos en territorios de Estados Unidos al 17 de diciembre de 2021, incluyendo 9476 muertes. Si incluye reportes internacionales que ingresan al sistema del VAERS, veríamos 983 756 reportes de eventos adversos y 20 622 muertes.<sup>5</sup>

Por alarmantes que sean estas cantidades, son solo la punta del iceberg. Cuando agrega el factor de subregistro, que se cree que está entre cinco y 40, las cantidades son inimaginables.

El VAERS es un sistema de alerta temprana y se supone que debe alertar a nuestro gobierno sobre las vacunas peligrosas una vez que se hayan implementado. El mensaje

del VAERS es tan claro que no hay duda de que tenemos un problema de seguridad en nuestras manos.

## **¿Las vacunas antiCOVID pueden causar la muerte?**

Como señaló el Dr. McCullough, existe una temporalidad muy ajustada de las vacunas en la mayoría de las muertes. La mitad ocurrió dentro de las 48 horas posteriores a la vacuna y el 80 % murió a la semana (ya sea después de la primera, segunda o tercera dosis).<sup>6</sup>

La temporalidad es uno de los 10 criterios de Bradford Hill que se utilizan para establecer una relación causal. Para ser causal, un evento debe ocurrir antes que otro, y cuanto menor sea la duración entre los dos eventos, mayor será la probabilidad de un efecto causal.

En junio de 2021, el Dr. Scott McLachlan, de la Universidad de Londres, publicó un análisis<sup>7</sup> de los reportes de muertes en el VAERS, que concluyen que el 86 % de las muertes posteriores a la vacuna podrían atribuirse a la misma. No hubo otra explicación para las muertes. McLachlan también encontró que quienes mueren a causa de la vacuna son nuestros adultos mayores.

En septiembre de 2021, el Dr. Ronald Kostoff publicó un informe<sup>8</sup> que también demostró que las personas mayores morían a causa de la vacuna a tasas mucho más altas que otros grupos de edad. Como señaló el Dr. McCullough, esto tiene mucho sentido, ya que las personas mueren de COVID-19 debido al efecto de la proteína Spike. ¿Por qué alguien asumiría que sobrevivirá si se produce en sus propios cuerpos?

Kostoff utilizó el análisis de costo-beneficio del mejor escenario y estima que las personas de 65 años o más tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir por la vacuna antiCOVID que por el propio COVID-19.

Si recibe la vacuna, se le garantiza que estará expuesto a sus riesgos, en cambio, si no recibe la vacuna, nada le garantiza contraer COVID-19. Podría estar expuesto o no. Y no

todo el mundo desarrolla una infección grave, incluso cuando se expone de forma directa.

## **Los casos de miocarditis en niños se relacionan con la vacuna antiCOVID**

A principios de septiembre de 2021, Tracy Beth Hoeg y sus colegas publicaron un análisis<sup>9</sup> de los datos del VAERS en el servidor de preimpresión medRxiv, que demuestra que más del 86 % de los niños de entre 12 y 17 años reportaron síntomas de miocarditis tan graves como para requerir hospitalización.

También concluyeron que los niños sanos tienen una probabilidad "mayor" de ingresar al hospital con miocarditis después de recibir la vacuna que de requerir hospitalización por el COVID-19.

De acuerdo con el Dr. McCullough, la FDA escuchó estos datos dos veces en 2021 y nunca los cuestionó. Sin embargo, empezaron a recomendar la aplicación de la vacuna antiCOVID a cualquier persona mayor de 5 años. De verdad es algo impactante. La regla que existe desde hace años es que nunca hemos administrado medicamentos a personas cuando es más probable que causen daño en lugar de beneficio.

Lo que Hoeg et. al.<sup>10</sup> demostró es que los casos de miocarditis aumentan después de la segunda dosis y afectan de manera desproporcionada a los niños. Un 90 % de los reportes de miocarditis después de la vacuna corresponden a hombres y el 85 % se produjeron después de la segunda dosis. De acuerdo con Hoeg et. al.:<sup>11</sup>

*“La incidencia estimada de eventos adversos cardíacos [CAE, por sus siglas en inglés] en los niños de 12 a 15 años, después de la segunda dosis, fue de 162 por millón; mientras que la incidencia en los niños de 16 a 17 años fue de 94 por millón. La incidencia estimada de CAE en las niñas fue de 13 por millón en ambos grupos de edad.*



*La incidencia de CAE fue menor después de la primera dosis en todos los grupos de edad y sexo. El promedio máximo de troponina fue de 5.2 ng/ml en los niños de 12 a 15 años, 11.6 ng/ml en los niños de 16 a 17 años, 0.8 ng/ml en las niñas de 12 a 15 años y 7.3 ng/ml en las niñas de 16 a 17 años."*

## **Los niveles de troponina demuestran un gran daño cardíaco**

La troponina es una proteína que ayuda a regular las contracciones del corazón y de los músculos esqueléticos. Es un biomarcador de daño cardíaco, ya que su corazón libera troponina en respuesta a una lesión. Por ejemplo, el nivel de troponina alto se utiliza para evaluar si ya tuvo algún un ataque cardíaco.

Los niveles normales de troponina son casi indetectables, por lo que incluso pequeños aumentos pueden indicar daño cardíaco. Un nivel por encima de 0.4 ng/ml suele ser indicativo de un ataque cardíaco, mientras que cualquier valor entre 0.04 ng/ml y 0.4 ng/ml indica que existe algún tipo de problema con el corazón.<sup>12</sup>

Por lo tanto, los niveles tan altos de troponina en estos adolescentes, después de recibir la vacuna, no son intrascendentes. Pueden ser mortales. La miocarditis puede causar muerte súbita, como se ilustra en un informe de caso de octubre de 2021<sup>13</sup> realizado en Corea, donde la muerte de un hombre de 22 años por miocarditis aguda se relacionó con la vacuna de Pfizer.

"Sin duda, matará a los niños", dice el Dr. McCullough. Incluso aunque la miocarditis no sea muy letal, puede reducir su esperanza de vida. A lo largo de los años, la tasa de supervivencia de tres a cinco años para la miocarditis ha oscilado entre el 56 % y el 83 %.<sup>14</sup> Eso significa que un cierto porcentaje no pasa de los cinco años, ya que su corazón está demasiado dañado.

El Dr. McCullough y la Dra. Rose también han intentado publicar un análisis sobre este tema. Presentaron un artículo<sup>15</sup> sobre los casos de miocarditis después de la aplicación de las vacunas antiCOVID a la revista *Current Problems in Cardiology*. Pero por desgracia la revista cambió de opinión y no lo publicó.

Todavía puede [encontrar la prueba previa en el sitio web de Rose](#). Lo que demuestran es que los casos de miocarditis después de la vacunación se correlacionan de forma inversa con la edad, por lo que el riesgo aumenta cuanto más joven es. También descubrieron que existe un riesgo dependiente de la dosis, y los niños tienen un riesgo seis veces mayor de desarrollar miocarditis después de recibir la segunda dosis.

## **La mortalidad en adolescentes está en aumento**

La afirmación del Dr. McCullough de que la vacuna matará a algunos niños también comienza a aparecer en las estadísticas. Por ejemplo, los datos británicos demuestran que las muertes en los adolescentes han aumentado desde que ese grupo de edad se convirtió en elegible para las vacunas antiCOVID.<sup>16</sup>

Al final de la semana del 26 de junio y del 18 de septiembre de 2020, se reportaron 148 muertes entre jóvenes de 15 a 19 años. Durante ese mismo período en 2021, ocurrieron 217 muertes en ese grupo de edad. Eso es un aumento del 47 %, que aún no se ha explicado.

Las muertes por COVID-19 también aumentaron en los jóvenes de 15 a 19 años después de que empezaron a aplicar las vacunas. Se han planteado preocupaciones importantes sobre la posibilidad de que las vacunas antiCOVID puedan empeorar la enfermedad del COVID-19 a través de la mejora dependiente de anticuerpos (ADE).<sup>17</sup>  
¿Eso es lo que sucede aquí? De acuerdo con el portal *The Exposé*:<sup>18</sup>

*"Aunque correlación no es igual a causalidad, es muy preocupante ver que desde que este grupo de edad comenzó a recibir la vacuna antiCOVID, hubo un incremento del 47 % en su tasa de mortalidad, así como en las muertes por Covid-19, ¿demasiada coincidencia no lo cree?"*

## **Las vacunas antiCOVID provocan un riesgo doble de desarrollar síndrome coronario agudo**

Además de los niveles de troponina, los investigadores también descubrieron que las vacunas antiCOVID-19 de ARNm de Pfizer y Moderna aumentan otros biomarcadores relacionados con trombosis, miocardiopatía y otros eventos vasculares después de recibirlas.<sup>19</sup>

Los investigadores descubrieron que las personas que recibieron dos dosis de ARNm aumentaron más del doble su riesgo de desarrollar síndrome coronario agudo (SCA) a cinco años, lo que causó un promedio de 11 % a 25 %. El SCA es un término general que incluye no solo los ataques cardíacos, sino también una variedad de otras afecciones que implican una reducción repentina del flujo sanguíneo al corazón.

## **En meses, la efectividad de las vacunas se reduce a cero**

Como debería ser evidente a estas alturas, existen riesgos significativos en estas vacunas antiCOVID. Pero ¿qué pasa con los beneficios de la ecuación? Como señaló el Dr. McCullough, aunque las vacunas reducen el riesgo de muerte por COVID-19, el beneficio es muy pequeño.

Se han publicado varios artículos que calculan la reducción del riesgo absoluto de las vacunas y que demuestran que las cuatro vacunas antiCOVID disponibles en los Estados Unidos proporcionan una reducción del riesgo absoluto de únicamente el 0.7 % y el 1.3 %.<sup>20,21</sup>

El Dr. McCullough cita un estudio del *New England Journal of Medicine* del 1 de diciembre de 2021<sup>22</sup> donde se comparó la efectividad de las vacunas de Pfizer y Moderna en los adultos mayores hospitalizados. Aquí también descubrieron que las vacunas tenían una efectividad de menos del 1 % contra todos los eventos del COVID-19 en un transcurso de seis meses.

A finales de octubre de 2021, teníamos 22 estudios que demostraban que la efectividad de las vacunas contra todas las variantes disminuía muy rápido en el transcurso de tres a seis meses, y al final llegaba a cero.

Por ejemplo, un estudio sueco<sup>23</sup> publicado el 25 de octubre de 2021, analizó datos de 842 974 pares, donde cada persona que recibió dos vacunas antiCOVID se juntó y se comparó con una persona sin vacunar, con el fin de conocer si los vacunados tenían menos casos sintomáticos y hospitalizaciones.

Al principio, las personas con dos vacunas parecían tener una protección adecuada, pero eso cambió muy rápido. La efectividad de la vacuna de Pfizer pasó de tener un 92 % del día 15 al 30, a un 47 % del día 121 al 180, y de cero a partir del día 201 en adelante. La vacuna de Moderna tuvo una trayectoria similar y se estimó en un 59 % desde el día 181 en adelante.

**“ ¡Las vacunas no son viables si no pueden durar un año! Los criterios mínimos para aceptar una vacuna... es una cobertura del 50 % y deben durar un año. Estas [vacunas antiCOVID] no son suficientes. ~ Dr. Peter McCullough ”**

La vacuna de AstraZeneca tuvo una baja eficacia desde el principio, ya que disminuyó más rápido que las vacunas de ARNm y no tuvo ninguna efectividad detectable a partir del día 121. Mientras tanto, millones de personas en Estados Unidos ya tuvieron COVID<sup>24</sup> y tienen la inmunidad natural que no se debilita de esta manera.

*"¡Las vacunas no son viables si no pueden durar un año!" exclama el Dr. McCullough. "Los criterios mínimos para aceptar una vacuna... es una cobertura del 50 % y deben durar un año. Estas [vacunas antiCOVID] no son suficientes. Ninguna es viable para ser productos comerciales".*

**Las personas vacunadas pueden transmitir el virus al igual que las personas sin vacunar**

Los mandatos de vacunación antiCOVID son aún más irracionales cuando se tiene en cuenta el hecho de que no evitan que se infecte. Igualmente, los estudios han demostrado que cuando está infectado, tiene la misma carga viral o una mayor que las personas sin vacunar. Eso significa que es tan contagioso como una persona sin vacunar.

Además, como se indica en una carta<sup>25</sup> para el editor de la revista *The New England Journal of Medicine*, las vacunas también tienen una influencia menor en la eliminación viral. Si recibe la vacuna antiCOVID y contrae COVID, es posible que esté enfermo durante un día o dos menos que alguien sin vacunar.

## **Debemos tratar a los pacientes ante los primeros síntomas de COVID**

El Dr. McCullough repasa el importantísimo tema del tratamiento a tiempo. Debe tratar el COVID de manera temprana y enérgica. También necesita atacar el virus desde varios puntos. Ningún medicamento puede tratar de forma efectiva todos los aspectos de esta infección (aunque la variante Ómicron no parece tener ninguno de los problemas de coagulación sanguínea y de bajo nivel de oxígeno que se relacionan con las primeras cepas).

Es posible evitar que las personas mueran a causa del COVID, siempre y cuando reciban el tratamiento adecuado y a tiempo. Es un delito que nuestras autoridades sanitarias hasta el día de hoy se nieguen a reconocer los protocolos de tratamiento exitosos.

Si quiere vivir, y si quiere que su familia y amigos vivan, sería prudente ignorar la recomendación de los CDC y de la FDA de esperar hasta que no pueda respirar y luego ir al hospital, donde le darán Remdesivir tóxico y ventilación letal. En su lugar, prepárese con uno o más protocolos de tratamiento temprano y asegúrese de tener lo básico en su botiquín. Los protocolos que puede utilizar incluyen:

- [El protocolo de prevención y tratamiento temprano en el hogar](#) de la organización *Front Line COVID-19 Critical Care Alliance* (FLCCC). También tienen un [protocolo](#)

[intrahospitalario](#) y [una guía de manejo 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](#)

Revisé todos estos protocolos y creo que el protocolo de FLCCC es el más fácil y efectivo. Publiqué un resumen a continuación. Sin embargo, modifiqué algunas de las recomendaciones. En concreto, recomiendo:

---

Disminuir la dosis de zinc de 100 mg a 50 mg de zinc elemental, pero solo durante tres días, luego disminuir a 15 mg de zinc elemental.

---

Aumentar la quercetina de 250 mg a 500 mg.

---

Agregar NAC a 500 mg por día.

---

Cuando utilice vitamina C, le recomiendo vitamina C liposomal, de 1000 a 2000 mg, de cuatro a seis veces al día.

---

Cuando utilice miel, asegúrese de que sea sin procesar, no miel normal del supermercado. La miel sin procesar se puede obtener en línea o en una tienda naturista.

---

Agregue enzimas fibrinolíticas como lumbroquinasa, serrapeptidasa o nattoquinasa, de dos a cuatro tabletas, dos a tres veces al día, con el estómago vacío (una hora antes o dos horas después de una comida). Esto ayudará a descomponer los microcoágulos y se puede usar en lugar de la aspirina.

---

También agregué un par de terapias que aún no han incluido:

- **Peróxido de hidrógeno nebulizado:** nebulice 5 ml de peróxido al 0.1 % disuelto en solución salina normal al 0.9 % cada una o dos horas. Es mejor usar un nebulizador que se enchufa a la pared, ya que son más efectivos que los que funcionan con baterías.
- **Ozono por vía intravenosa por un médico especializado.**

## Fuentes y Referencias

---

- <sup>1</sup> [Clinical Infectious Diseases May 20, 2021; ciab465](#)
- <sup>2</sup> [Trial Site News June 6, 2021](#)
- <sup>3</sup> [Authorea May 24, 2021](#)
- <sup>4</sup> [Science, Public Health Policy, and the Law October 2021; 3: 100-129](#)
- <sup>5</sup> [OpenVAERS Data as of December 17, 2021](#)
- <sup>6</sup> [Dare to Seek the Truth Dr. Peter McCullough](#)
- <sup>7</sup> [ResearchGate June 2021 DOI: 10.13140/RG.2.2.26987.226402](#)
- <sup>8</sup> [Toxicology Reports September 2021; 8: 1665-1684](#)
- <sup>9, 10, 11</sup> [medRxiv September 8, 2021 DOI: 10.1101/2021.08.30.21262866](#)
- <sup>12</sup> [Medical News Today June 7, 2019](#)
- <sup>13</sup> [Journal of Korean Medical Science October 18, 2021; 36\(40\): e286](#)
- <sup>14</sup> [European Heart Journal September 2008; 29\(17\): 2073–2082](#)
- <sup>15</sup> [Journal Pre-proof, A Report on Myocarditis Adverse Events in the U.S. Vaccine Adverse Events Reporting System \(VAERS\) in Association with COVID \[...\]](#)
- <sup>16, 18</sup> [The Exposé September 30, 2021](#)
- <sup>17</sup> [Int J Clin Pract. 2020 Oct 28 : e13795](#)
- <sup>19</sup> [Circulation November 16, 2021; 144\(Suppl\\_1\)](#)
- <sup>20</sup> [Medicina 2021; 57: 199](#)
- <sup>21</sup> [The Lancet Microbe July 1, 2021; 2\(7\): E279-E280](#)
- <sup>22</sup> [NEJM December 1, 2021 DOI: 10.1056/NEJMoa2115463](#)
- <sup>23</sup> [Lancet Preprints October 25, 2021](#)
- <sup>24</sup> [Our World in Data December 15, 2021](#)
- <sup>25</sup> [NEJM December 23, 2021; 385: 26 \(PDF\)](#)