



La prueba de RT-PCR de la COVID-19: Cómo engañar a toda la Humanidad. Utilizando una «prueba» para encerrar a la sociedad

Por: [Dr Pascal Sacré](#)

Globalización, 02 de diciembre 2020

Región: [Mundo](#)

Tema: [Desinformación](#), [Salud](#)

Introducción: Utilizar una técnica para encerrar a la sociedad

Toda la propaganda alrededor de la pandemia de la COVID-19 se basa en una suposición que se considera obvia, verdadera y que ya no se cuestiona:

La prueba de RT-PCR positiva significa estar enfermo con COVID. Pero esta suposición es engañosa.

Muy pocas personas, incluidos los médicos, comprenden cómo funciona una prueba de PCR.

RT-PCR significa Reacción en Cadena de la Polimerasa.

En francés, significa: Réaction de Polymérisation en Chaîne en Temps Réel.

En medicina, utilizamos esta herramienta para diagnosticar una infección viral.

Partiendo de una situación clínica con la presencia o ausencia de síntomas particulares en un paciente, consideramos diferentes diagnósticos basados en pruebas.

En el caso de determinadas infecciones, especialmente las virales, utilizamos la técnica de RT-PCR para confirmar una hipótesis diagnóstica sugerida por un cuadro clínico.

¡No realizamos RT-PCR de forma rutinaria en ningún paciente que tenga calentura, esté tosiendo o tenga un síndrome inflamatorio!

Es una técnica de laboratorio de biología molecular de amplificación de genes porque busca rastros de genes (ADN o ARN), amplificándolos.

Además de la medicina, otros campos de aplicación son la genética, la investigación, la industria y la medicina forense.

La técnica se realiza en un laboratorio especializado, no se puede realizar en ningún laboratorio, ni siquiera en un hospital. Esto conlleva cierto costo y un retraso de varios días, entre la obtención de la muestra y el resultado.

Hoy, desde la aparición de la nueva enfermedad denominada COVID-19, se utiliza la técnica diagnóstica de RT-PCR para definir casos positivos, confirmados como SARS-CoV-2 (coronavirus responsable del nuevo síndrome de dificultad respiratoria aguda llamado COVID-19).

Estos casos positivos se asimilan a los casos de COVID-19, algunos de los cuales son hospitalizados o incluso ingresados en unidades de cuidados intensivos.

De acuerdo con el postulado oficial de nuestros gestores: casos positivos de RT-PCR = pacientes COVID-19. [1]

Este es el postulado de partida, la premisa de toda la propaganda oficial, que justifica todas las medidas gubernamentales restrictivas: aislamiento, confinamiento, cuarentena, mascarillas obligatorias, semáforos de colores por país y prohibiciones de viaje, rastreo, distancias sociales en empresas, comercios y más importante todavía, cierre de escuelas [2].

Este mal uso de la técnica de RT-PCR es utilizado como estrategia implacable e intencionada de algunos gobiernos, apoyados por consejos científicos de seguridad y por los medios de comunicación dominantes, para justificar medidas excesivas como la vulneración de un gran número de derechos constitucionales, la destrucción de la economía a través de la quiebra de sectores enteros de la sociedad, la degradación de las condiciones de vida de un gran número de ciudadanos, bajo el pretexto de una pandemia fundamentada en una serie de pruebas de RT-PCR positivas, y no en un número real de pacientes.

Aspectos técnicos: Para comprender mejor y evitar la manipulación

La técnica de PCR fue desarrollada por el químico Kary B. Mullis en 1986. Kary Mullis recibió el Premio Nobel de Química en 1993.

Aunque se discute al respecto [3], se dice que el propio Kary Mullis criticó la prueba de PCR como herramienta de diagnóstico para una infección, especialmente una viral.

Afirmó que, si bien la prueba de PCR era una buena herramienta para la investigación, era una herramienta muy mala en la medicina, en la clínica [4].

Mullis se refería al virus del SIDA (retrovirus VIH o VIH) [5], antes de la pandemia de la COVID-19, pero esta opinión sobre los límites de la técnica en infecciones virales [6], de su creador, no puede descartarse de tajo ¡Hay que tomarla en cuenta!

La prueba de PCR se perfeccionó en 1992.

Como el análisis se puede realizar en tiempo real, de forma continua, se vuelve RT ('Real-Time') - PCR, todavía más eficiente.

Se puede hacer a partir de cualquier molécula, incluidas las de los vivos, los ácidos nucleicos que componen los genes:

- ADN (ácido desoxirribonucleico)
- ARN (ácido ribonucleico)

Estrictamente, los virus no se consideran seres "vivos", son paquetes de información (ADN o ARN) que forman un genoma.

Es a través de una técnica de amplificación (multiplicación) que se resalta la molécula buscada y este punto es muy importante.

RT-PCR es una técnica de amplificación [7].

Si hay ADN o ARN del elemento deseado en una muestra, no se puede identificar como tal.

Este ADN o ARN debe amplificarse (multiplicarse) un cierto número de veces, a veces un gran número de veces, antes de que pueda detectarse. De un rastro mínimo, se pueden obtener miles de millones de copias de una muestra específica, pero esto no significa que haya toda esa cantidad en el organismo que se está analizando.

En el caso de la COVID-19, el elemento a buscar por la prueba de RT-PCR es el SARS-CoV-2, un virus de ARN [8].

Hay virus de ADN como los virus del herpes y la varicela.

Los virus de ARN más conocidos, además de los coronavirus, son los virus de la influenza, el sarampión, el ébola y el zika.

En el caso del virus ARN del SARS-CoV-2, se requiere un paso adicional en concreto, una transcripción del ARN en ADN por medio de una enzima, la transcriptasa inversa.

Este paso precede a la fase de amplificación.

No es el virus completo lo que se identifica, sino las secuencias de su genoma viral.

Esto no significa que esta secuencia genética, un fragmento del virus, no sea específico del virus que se está buscando, pero es un matiz importante, sin embargo:

La prueba de RT-PCR no revela ningún virus, sino solo partes, secuencias genéticas específicas del virus.

A principios de año se secuenció el genoma del SARS-CoV-2.

Consta de unos 30,000 pares de bases. El ácido nucleico (ADN-ARN), el componente de los genes, es una secuencia de bases. Mientras el genoma humano tiene más de 3,000 millones de pares de bases.

Los equipos están monitoreando continuamente la evolución del genoma viral del SARS-CoV-2 a medida que evoluciona [9-10-11], a través de las mutaciones que sufre. Hoy en día, existen muchas variantes [12].

Al tomar algunos genes específicos del genoma del SARS-CoV-2, es posible iniciar la prueba de RT-PCR en una muestra del tracto respiratorio.

Para la enfermedad de la COVID-19, que tiene un punto de entrada nasofaríngeo (nariz) y orofaríngeo (boca), la muestra debe tomarse del tracto respiratorio superior lo más profundamente posible para evitar la contaminación por saliva.

Todas las personas a las que se les aplicó la prueba dijeron que es muy doloroso [13].

El 'Gold Standard' (el preferido para el muestreo) es el abordaje nasofaríngeo (nasal), la vía más dolorosa.

Si existe una contraindicación para el abordaje nasal, o preferiblemente para el individuo

que se está examinando, dependiendo de los organismos oficiales, el abordaje orofaríngeo (a través de la boca) también se acepta. La prueba puede desencadenar un reflejo de náuseas / vómitos en la persona que se somete a la prueba.

Normalmente, para que el resultado de una prueba de RT-PCR se considere confiable, **se requiere la amplificación de 3 genes diferentes (cebadores) del virus en investigación.**

“Los cebadores son secuencias de ADN monocatenarias específicas del virus. Garantizan la especificidad de la reacción de amplificación”. [14]

“La primera prueba desarrollada en La Charité en Berlín por el Dr. Victor Corman y sus asociados en enero de 2020 permite revelar las secuencias de ARN presentes en 3 genes del virus llamado E, y N RdRp. Para saber si las secuencias de estos genes están presentes en las muestras de ARN recolectadas, es necesario amplificar las secuencias de estos 3 genes con el fin de obtener una señal para su detección y cuantificación». [15]

La noción esencial de Ciclo de tiempo o Umbral de ciclo o Umbral de positividad de Ct [16].

Una prueba de RT-PCR es negativa (sin rastros del elemento deseado) o positiva (presencia de rastros del elemento deseado).

Sin embargo, incluso si el elemento deseado está presente en una cantidad insignificante, el principio de la prueba de RT-PCR es poder finalmente resaltarlos continuando los ciclos de amplificación tanto como sea necesario.

La prueba de RT-PCR puede impulsar hasta 60 ciclos de amplificación, ¡O incluso más!

Así es como funciona:

Ciclo 1: objetivo x 2 (2 copias)

Ciclo 2: objetivo x 4 (4 copias)

Ciclo 3: objetivo x 8 (8 copias)

Ciclo 4: objetivo x 16 (16 copias)

Ciclo 5; objetivo x 32 (32 copias)

¡Exponencialmente hasta 40 a 60 ciclos!

Cuando decimos que el Ct (Ciclo de tiempo o Umbral de ciclo o Umbral de positividad de RT-PCR) es igual a 40, significa que el laboratorio ha utilizado 40 ciclos de amplificación, es decir, ha obtenido 2^{40} copias copias.

Esto es lo que subyace a la sensibilidad de la prueba de RT-PCR.

Si bien es cierto que en medicina nos gusta tener una alta especificidad y sensibilidad de las pruebas para evitar falsos positivos y falsos negativos, en el caso de la enfermedad de la COVID-19, esta hipersensibilidad de la prueba de RT-PCR provocada por el número de ciclos

de amplificación utilizado ha resultado un fracaso.

¡Esta hipersensibilidad de la prueba de RT-PCR es perjudicial y engañosa!

Nos aleja de la realidad médica que debe sustentarse en el estado clínico real de la persona:
¿Está enferma, tiene síntomas?

¡Es lo más importante!

Como señalaba al principio del artículo, en medicina siempre partimos de la persona: la examinamos, recogemos sus síntomas (quejas-anamnesis) y signos clínicos objetivos (exploración) y con base en una reflexión clínica en la que intervienen el conocimiento científico y la experiencia, formulamos hipótesis diagnósticas.

Solo entonces prescribimos las pruebas más adecuadas, basándonos en la reflexión clínica.

Constantemente comparamos los resultados de la prueba con la condición clínica del paciente (síntomas y señales), que tiene prioridad sobre todo lo demás cuando se trata de nuestras decisiones y tratamientos.

Hoy nuestros gobiernos, apoyados en sus consejos científicos de seguridad, nos obligan a hacer lo contrario y poner el test por delante, seguido de una reflexión clínica necesariamente influida por este test, cuyas debilidades acabamos de revisar, en particular su hipersensibilidad.

Ninguno de mis colegas clínicos puede contradecirme.

Aparte de casos muy especiales como el cribado genético para determinadas categorías de poblaciones (grupos de edad, sexo) y determinados cánceres o enfermedades genéticas familiares, siempre trabajamos en esta dirección: desde la persona (síntomas, signos) hasta las pruebas oportunas, nunca al revés.

Esta es la conclusión de un artículo en el Swiss Medical Journal publicado en 2007, escrito por los doctores Katia Jaton y Gilbert Greub, microbiólogos de la Universidad de Lausana:

La prueba de PCR en microbiología: Desde la amplificación del ADN hasta la interpretación de los resultados:

“Para interpretar el resultado de una PCR, es fundamental que los médicos y microbiólogos compartan sus experiencias, de modo que se puedan combinar los niveles analítico y clínico de interpretación”.

Sería indefendible darles a todos un electrocardiograma para evaluar a todos los que puedan tener un ataque cardíaco algún día.

Por otro lado, en determinados contextos clínicos o con base en síntomas evocadores específicos, sí claro, un electrocardiograma puede resultar beneficioso.

Volvamos a la prueba RT-PCR y Ct (Ciclo de tiempo o Umbral de ciclo).

En el caso de una enfermedad infecciosa, especialmente viral, el concepto de contagio es otro elemento importante.

Dado que algunos círculos científicos consideran que una persona asintomática puede transmitir el virus, creen que es importante realizar pruebas de presencia del virus, incluso si la persona es asintomática, extendiendo así la indicación de la prueba de RT-PCR a todos.

¿Son las pruebas de RT-PCR buenas pruebas de contagio? [17]

Esta pregunta nos regresa a la noción de carga viral y, por tanto, Ct.

La relación entre contagio y carga viral es cuestionada por algunas personas [18] y, hasta la fecha, ninguna prueba formal nos permite tomar una decisión.

Sin embargo, el sentido común da crédito obvio a la noción de que cuanto más virus tiene una persona en su interior, especialmente en las vías respiratorias superiores (orofaringe y nasofaringe), con síntomas como tos y estornudos, mayor es el riesgo de contagio, proporcional a la carga viral y la importancia de los síntomas de la persona.

Esto se llama sentido común, y aunque la medicina moderna se ha beneficiado enormemente de la contribución de la ciencia a través de la estadística y la medicina basada en evidencia, todavía se basa principalmente en el sentido común, la experiencia y el empirismo.

La medicina es el arte de curar.

¡Ninguna prueba mide la cantidad de virus en la muestra!

La RT-PCR es cualitativa: Positiva (presencia del virus) o negativa (ausencia del virus).

Esta noción de cantidad, de carga viral, puede estimarse indirectamente por el número de ciclos de amplificación (Ct) utilizados para resaltar el virus buscado.

Cuanto menor sea el Ct utilizado para detectar el fragmento de virus, mayor será la carga viral considerada (alta).

Cuanto mayor sea el Ct utilizado para detectar el fragmento de virus, menor se considerará (baja) la carga viral.

Por lo tanto, el Centro de Referencia Nacional Francesa (CNR), en la fase aguda de la pandemia, estimó que el pico de la excreción del virus se produjo al inicio de presentar los síntomas, con una cantidad de virus que corresponde a aproximadamente 10^8 (100 millones) de copias de SARS -RNA viral CoV-2 en promedio (datos de la cohorte francesa COVID-19) con una duración variable de eliminación en las vías respiratorias superiores (de 5 días a más de 5 semanas) [19].

Este número de 10^8 (100 millones) copias / μl corresponde a un Ct muy bajo.

Un Ct de 32 corresponde a 10-15 copias / μl .

Un Ct de 35 corresponde a aproximadamente 1 copia / μl .

Por encima de Ct 35, resulta imposible aislar una secuencia completa del virus y cultivarla.

En Francia y en la mayoría de los países, los niveles de Ct por encima de 35, incluso 40, ¿Se

siguen utilizando hoy en día!

La Sociedad Francesa de Microbiología (SFM) emitió un dictamen el 25 de septiembre de 2020 en el que no recomienda resultados cuantitativos, y recomienda dar positivo hasta un Ct de 37 para un solo gen [20].

Con 1 copia / μl de muestra (Ct 35), sin tos, sin síntomas, se puede entender por qué todos estos médicos y científicos dicen que una prueba de RT-PCR positiva no significa nada, ¡Nada en absoluto en términos de medicina y clínica!

¡Las pruebas de RT-PCR positivas, sin ninguna mención de Ct o su relación con la presencia o ausencia de síntomas, son utilizadas por nuestros gobiernos como argumento exclusivo para aplicar y justificar su política de severidad, austeridad, aislamiento y agresión a nuestras libertades, con la imposibilidad de viajar, de encontrarse, de vivir con normalidad!

¡No hay justificación médica para estas decisiones gubernamentales!

En un artículo publicado en el sitio web del New York Times (NYT) el sábado 29 de agosto, los expertos estadounidenses de la Universidad de Harvard se sorprenden de que las pruebas de RT-PCR, tal como se practican, puedan servir como pruebas de contagio, más aún como evidencia de la progresión de la pandemia en el caso de la infección por SARS-CoV-2 [21].

Las pruebas: El “talón de Aquiles” del castillo de naipes de la COVID-19

Según ellos, el umbral (Ct) considerado, da como resultado diagnósticos positivos en personas que no representan ningún riesgo de transmisión del virus.

La respuesta binaria “sí / no” es insuficiente, según este epidemiólogo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

“Es la cantidad de virus lo que debe dictar el curso de acción para cada paciente examinado”.

¡La cantidad de virus (carga viral); pero también y sobre todo, el estado clínico, sintomático o no de la persona!

Esto cuestiona el uso del resultado binario de esta prueba de RT-PCR para determinar si una persona es contagiosa y seguir estrictas medidas de aislamiento.

Médicos de todo el mundo plantean estas preguntas, no solo en Estados Unidos sino también en Francia, Bélgica (los expertos en salud de Bélgica exigen una investigación de la OMS por una pandemia “falsa” de coronavirus), Alemania, Italia, el Reino Unido, España...

Según ellos: “Vamos a poner a decenas de miles de personas en confinamiento, en aislamiento, por nada” [22] ¡E infligir sufrimiento, angustia, dramas económicos y psicológicos a miles!

La mayoría de las pruebas de RT-PCR establecen el Ct en 40, según el NYT. Algunos lo fijan en 37.

“Las pruebas con umbrales tan altos (Ct) pueden no solo detectar virus vivos, sino también fragmentos de genes, remanentes de una vieja infección que no representan ningún peligro en particular”, señalaron expertos.

Un virólogo de la Universidad de California admite que una prueba de RT-PCR con un Ct superior a 35 es demasiado sensible. “Un umbral más razonable estaría entre 30 y 35”, agrega.

Casi ningún laboratorio especifica el Ct (número de ciclos de amplificación realizados) o el número de copias de ARN viral por μ l de muestra.

A continuación, se muestra un ejemplo de resultado de laboratorio (aprobado por Sciensano, el Centro nacional de referencia de Bélgica) en un paciente que dio negativo a la prueba de RT-PCR:



Sin mención de Ct.

En el NYT, los expertos compilaron junto con funcionarios de los estados de Massachusetts, Nueva York y Nevada tres conjuntos de datos que los mencionan.

¿Conclusión?

“Hasta un 90% de las personas que dieron positivo en las pruebas no portaban un virus”.

El Wadsworth Center, un laboratorio del estado de Nueva York, analizó los resultados de sus pruebas de julio a pedido del NYT: 794 pruebas positivas con un Ct de 40.

“Con un umbral de Ct de 35, aproximadamente la mitad de estas pruebas de PCR ya no se considerarían positivas”, dijo el NYT.

“¡Y alrededor de un 70% ya no se consideraría positivo con un Ct de 30!»

En Massachusetts, entre un 85 y un 90% de las personas que dieron positivo en julio con un Ct de 40 se habrían considerado negativas con un Ct de 30, agrega el NYT. Y, sin embargo, todas estas personas tuvieron que aislarse, con todas las dramáticas consecuencias psicológicas y económicas, aunque no estaban enfermas ni contagiaban.

En Francia, el Centre National de Référence (CNR) y la Sociedad Francesa de Microbiología (SFM) continúan impulsando el Ct a 37 y recomiendan a los laboratorios que utilicen solo un gen del virus como cebador.

Les recuerdo que a partir de Ct 32 se hace muy difícil cultivar el virus o extraer una secuencia completa, lo que demuestra la naturaleza completamente artificial de esta positividad de la prueba, con niveles de Ct tan altos, por encima de 30.

Investigadores de la Agencia de Salud Pública del Reino Unido informaron resultados similares en un artículo publicado el 13 de agosto en Eurosurveillance: «La probabilidad de cultivar el virus cae a un 8% en muestras con niveles de Ct por encima de 35». [23]

Además, en la actualidad, el Centro Nacional de Referencia en Francia solamente evalúa la sensibilidad de los kits de reactivos disponibles comercialmente, no su especificidad:

persisten serias dudas sobre la posibilidad de reactividad cruzada con virus distintos del SARS-CoV-2, como otros resfriados benignos. coronavirus. [20]

Es la misma situación en otros países, incluida Bélgica.

Del mismo modo, las mutaciones en el virus pueden haber invalidado ciertos cebadores (genes) utilizados para detectar el SARS-CoV-2: los fabricantes no ofrecen garantías al respecto, y si los periodistas de la AFP le dicen lo contrario, pruebe su buena fe solicitando estas garantías, estas pruebas.

Si no tienen nada que ocultar y si lo que digo es falso, esta garantía se les proporcionará y demostrarán su buena fe.

Debemos exigir que se devuelvan los resultados de la RT-PCR mencionando el Ct utilizado porque más allá del Ct 30, una prueba de RT-PCR positiva no significa nada.

Hay que escuchar a los científicos y médicos, especialistas, virólogos que recomiendan el uso de Ct adaptado, inferior, a los 30. Una alternativa es obtener el número de copias de ARN viral / μ l o / ml de muestra. [23]

Necesitamos volver al paciente, a la persona, a su estado clínico (presencia o ausencia de síntomas) y desde allí juzgar la idoneidad de las pruebas y la mejor forma de interpretar el resultado.

Hasta que exista una mejor justificación para el cribado por la prueba de PCR, con un umbral de Ct conocido y apropiado, una persona asintomática no debería someterse a la prueba bajo ninguna circunstancia.

Incluso una persona sintomática no debería someterse a la prueba automáticamente, siempre y cuando pueda aislarse durante 7 días.

Detengamos este libertinaje de las pruebas de RT-PCR a niveles demasiado altos de Ct y regresemos a la medicina clínica de calidad.

Una vez que entendemos cómo funcionan las pruebas de RT-PCR, se vuelve imposible dejar que continúe la actual estrategia de detección del gobierno, inexplicablemente apoyada por los virólogos en los consejos de seguridad.

Mi esperanza es que, finalmente, debidamente informados, cada vez más personas demanden que se detenga esta estrategia, porque somos todos, iluminados, guiados por la verdadera benevolencia y el sentido común, los que debemos decidir nuestros destinos colectivos e individuales.

Nadie más debería hacerlo por nosotros, especialmente cuando nos damos cuenta de que quienes deciden ya no son razonables ni racionales.

Resumen de puntos importantes:

- La prueba de RT-PCR es una técnica de diagnóstico de laboratorio que no se adapta a la medicina clínica.
- Es una técnica diagnóstica binaria y cualitativa que confirma (prueba positiva) o no (prueba negativa) la presencia de un elemento en el medio donde se analiza.

En el caso del SARS-CoV-2, el elemento es un fragmento del genoma viral, no el virus en sí mismo.

- En medicina, incluso en una situación epidémica o pandémica, es peligroso colocar pruebas, exámenes, técnicas por encima de la evaluación clínica (síntomas, señales). Es lo contrario lo que justamente garantiza una medicina de calidad.
- La principal limitación (debilidad) de la prueba de RT-PCR, en la actual situación de la pandemia, es su extrema sensibilidad (falso positivo) si no se elige un Umbral de positividad adecuado (Ct). Hoy en día, los expertos recomiendan utilizar un Umbral máximo Ct de 30.
- Este umbral de Ct debe ser informado con el resultado positivo de RT-PCR para que el médico sepa interpretar este resultado positivo, especialmente en una persona asintomática, para evitar un aislamiento innecesario, cuarentena, trauma psicológico.
- Además de mencionar el Ct utilizado, los laboratorios deben continuar asegurando la especificidad de sus kits de detección del SARS-CoV-2, teniendo en cuenta sus mutaciones más recientes, y deben continuar utilizando tres genes del genoma viral en estudio como cebadores o, si no, mencionarlo.

Conclusión general

¿Se debe la obstinación de los gobiernos el utilizar esta desastrosa estrategia actual, el cribado sistemático mediante la prueba de RT-PCR, o más bien es por desconocimiento?

¿Es por estupidez?

¿Es una especie de trampa cognitiva que atrapa su ego?

En cualquier caso, deberíamos poder cuestionarlos, y si entre los lectores de este artículo todavía hay periodistas honestos, o políticos ingenuos, o personas que tienen la posibilidad de cuestionar a nuestros gobernantes, entonces háganlo, utilizando argumentos científicos claros.

Es más incomprensible todavía que nuestros gobernantes se hayan rodeado de varios de los especialistas con más experiencia en estos asuntos.

Si he podido recopilar esta información, ahora compartida, les recuerdo, ha sido por personas competentes bajo sospecha de conspiración, como Hélène Banoun, Pierre Sonigo, Jean-François Toussaint, Christophe De Brouwer, cuya inteligencia, honestidad intelectual y legitimidad no se puede cuestionar; los asesores científicos belgas, franceses, quebequenses, etc., lo saben también.

¿Entonces?

¿Qué está pasando?

¿Por qué seguir en esta dirección distorsionada, cometiendo errores de manera obstinada?

No es un asunto menor volver a imponer confinamientos, toques de queda, cuarentenas, burbujas sociales reducidas, sacudir nuevamente nuestras tambaleantes economías, hundir a familias enteras en la precariedad, sembrar tanto miedo y ansiedad generando un estado

real de estrés postraumático a nivel mundial, ¡Reducir el acceso a la atención de otras patologías que, sin embargo, disminuyen la esperanza de vida mucho más que la COVID-19!
[24]

¿Existe la intención de hacer daño?

¿Existe la intención de utilizar la coartada de una pandemia para llevar a la Humanidad hacia un escenario que de otro modo nunca habría aceptado? En cualquier caso, ¡No así!

¿Es esta hipótesis, que la censura se apresurará en calificar de “conspiración”, la explicación de mayor validez frente a todo esto?

En efecto, si trazamos una línea recta a partir de los acontecimientos actuales, si se mantienen, podríamos encontrarnos nuevamente confinados con cientos, miles de seres humanos obligados a permanecer inactivos, lo cual, para los encargados del abastecimiento, el entretenimiento, las ventas, etc., se corre el riesgo catastrófico de más quiebras, desempleo, depresión, suicidios por cientos de miles. [25-26-27-28]

El impacto en la educación, en nuestros hijos, en la enseñanza, en la medicina con cuidados planificados desde hace mucho tiempo, operaciones, tratamientos a cancelar, posponer, será profundo y destructivo.

«Nos arriesgamos a una crisis alimentaria inminente si no se toman medidas rápidamente».
[29]

¡Es hora de que todos salgan de este trance negativo, de esta histeria colectiva, porque el hambre, la pobreza, el desempleo masivo matarán, arrasarán con muchas más personas que el SARS-CoV-2!

¿Tiene sentido frente a una enfermedad que está disminuyendo, y que ha sido sobre diagnosticada y mal interpretada por el mal uso de las pruebas de PCR, calibradas con demasiada sensibilidad?

Para muchos, el uso continuo de la máscara parece haberse convertido en una nueva norma.

Incluso, y aunque constantemente minimizada por algunos profesionales de la salud y periodistas que corroboran los hechos, otros médicos advierten de las consecuencias nocivas, tanto médicas como psicológicas, de esta obsesión higiénica que, mantenida permanentemente ¡Es en realidad una anomalía!

¡Es un obstáculo para las relaciones sociales, que son el verdadero fundamento de una Humanidad física y psicológicamente sana!

Algunos se atreven a encontrar todo esto normal, un precio menor que hay que pagar ante la pandemia de pruebas de PCR positivas.

Aislamiento, distanciamiento, cubrebocas en el rostro, empobrecimiento de la comunicación emocional, miedo a tocar y besar incluso dentro de las propias familias, comunidades...

Gestos de nuestra vida cotidiana ahora son impedidos y son sustituidos por gestos mecánicos y controlados...

Niños aterrorizados, mantenidos en miedo y culpa permanentes...

Todo esto tendrá un impacto profundo, largo y negativo en los cuerpos humanos, en su representación física, mental, emocional y del mundo y la sociedad.

¡Esto no es normal!

No podemos permitir que nuestros gobernantes, por el motivo que sea, sigan orillándonos a un suicidio colectivo.

Dr. Pascal Sacré

Dr. Pascal Sacré: *Médico especializado en cuidados intensivos, autor y reconocido analista de salud pública en Charleroi, Bélgica. Es investigador asociado del Centro de Investigación sobre Globalización (CIG).*

Profesionales cuyas referencias y comentarios son la base de este artículo en su vertiente científica (especialmente y principalmente en RT-PCR):

1) Hélène Banoun

https://www.researchgate.net/profile/Helene_Banoun

PhD, biólogo farmacéutico

Ex oficial de investigación del INSERM

Ex becario en los hospitales de París

2) Pierre Sonigo

Virólogo

Director de Investigación INSERM, trabajó en el Instituto Pasteur

Dirige el Laboratorio de Genética de Virus en Cochin, París.

Participó en 1985 en la secuenciación del virus del SIDA.

3) Christophe De Brouwer

Doctorado en Ciencias de la Salud Pública

Profesor honorario de la Escuela de Salud Pública de la ULB, Bélgica

4) Jean-François Toussaint

Doctor, Catedrático de Fisiología en la Universidad de Paris-Descartes

Director de IRMES, Instituto de Investigación Biomédica y Epidemiología Deportiva

Notas (francés)

[1] [“Une nette augmentation du nombre de cas dans toutes les provinces et toutes les tranches d’âge”](#) , 7sur7 ACTU Belgique, 5-10-2020

[2] [Le gouvernement belge renforce des mesures anti-Covid](#) , VRT.be; 6 de octubre de 2020.

[3] [Non, l’inventeur du test PCR n’a pas dit que sa méthode était inefficace pour détecter les virus](#) , dans Le Monde, 7 de octubre de 2020

[4] [Kary Mullis: «Le test PCR ne permet pas de savoir si vous êtes malade»](#) , vídeo accesible en YouTube, 9 de octubre de 2020.

[5] <https://www.webyf.com/2020/05/coronavirus-the-truth-about-pcr-test-kit-from-the-inventor-and-other-experts/>

[6] « [La verdad sobre el kit de prueba de PCR del inventor y otros expertos](#) »

[7] [PCR en microbiologie: de l’amplification de l’ADN à l’interprétation du résultat](#)

[8] [COVID: ¿La PCR nasale peut-elle mentir?](#), Dr. Pascal Sacré, AIMSIB, 30 de agosto de 2020.

[9] <https://www.youtube.com/watch?v=CaAcSjI0oMs&feature=youtu.be> , 8 de octubre de 2020. Évolution génomique des virus ARN à l’Institut Pasteur , environ la moitié des nucléotides sont susceptibles d’avoir muté sur les 30 000 nucléotides de l’ARN viral. « *Pour l’instant aucune mutation ou délétion n’a été associée à une perte de sévérité de la maladie sur une grande échelle géographique mais de nombreuses publications devraient bientôt préciser ces points.* »

[10] https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/04/FD_Raoult_SARS-CoV-2_EID_Sep2020_vL2.pdf , Artículo **IHU-Méditerranée** , Professeur D. Raoult, Incremento dramático en el SARS-CoV -2 tasa de mutación y baja tasa de mortalidad durante la segunda epidemia en verano en Marsella, 7 de septiembre de 2020

Conclusiones:

Dans l’ensemble, comme l’ont récemment souligné Tomaszewski et al. (7) qui ont décrit pour les génomes viraux disponibles jusqu’en mai 2020 un déplacement mutationnel sur la spike et le complexe de réplication vers des gènes codant pour d’autres protéines non structurales qui interagissent avec les voies de défense de l’hôte, il semble que le taux de mutation du SARS-CoV-2 s’accélère depuis mai, impliquant principalement des mutations C vers U. L’augmentation du taux de mutation du SRAS-CoV-2 génère des génotypes viraux plus éloignés de la souche Wuhan initiale que ceux observés de mars à avril. Cela semble entraîner des épidémies de durée limitée, du moins pour le premier nouveau génotype que nous avons identifié, et est associé à une gravité globalement moindre à ce stade du développement de cette nouvelle épidémie.

Las mutaciones observadas en estos siete genotipos virales diferentes se encuentran en la mayoría de los genes del SARS-CoV-2, incluidos genes estructurales y no estructurales, entre los que se encuentran nsp2, nsp3 (fosfoesterasa predicha), nsp5 (glicoproteína de membrana), nsp12 (ARN polimerasa dependiente de ARN), S (glucoproteína de pico),

ORF3a, E (glucoproteína de membrana), M (glucoproteína de membrana), ORF8 y N (fosfoproteína de nucleocápside).

[11] https://www.researchgate.net/profile/Helene_Banoun [Evolución del SARS-CoV-2: Revisión de mutaciones, papel del sistema inmunológico del huésped](#) , octubre de 2020, mise à jour par Hélène Banoun,

PhD, Pharmacien biologiste, ancien Chargé de Recherches INSERM, ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

[12] <https://nextstrain.org/> , Estamos incorporando genomas del SARS-CoV-2 tan pronto como se compartan y brindamos análisis e informes de situación. Además, hemos desarrollado una serie de recursos y herramientas, y estamos facilitando que grupos independientes realicen sus propios análisis. Consulte [la página principal de SARS-CoV-2](#) para obtener más información.

[13] [Tutoriel prélèvement nasopharyngé: Un geste técnica, essentiel à la fiabilité du test COVID-19](#)

[14] [Covid-19: función de comentarios sobre las pruebas y las funciones?](#)

[15] [COMMENTARIO FONCTIONNENT LES TESTS DE DÉPISTAGE DU COVID-19?](#) 7 de abril de 2020, Laboratoire de biologie et pharmacy appliquée (LBPA), **Clémence Richetta** , maître de conférences au département biologie de l'ENS Paris-Saclay et chercheuse en virologie au LBPA: <https://www.youtube.com/watch?v=hNVDHCf8bGA>

Investigador independiente, PhD 9

Antiguo becario de investigación del INSERM (Instituto Francés de Investigación Médica y Sanitaria)

[16] Par Pierre Sonigo, virólogo (un des découvreurs du VIH), MD PhD, CSO en Sebia, diagnóstico clínico

<https://www.linkedin.com/pulse/diagnostic-du-covid19-comprendre-les-tests-pcr-leur-et-pierre-sonigo/?trackingId=pTYxDkpvRzKHWZwCzxSlag%3D%3D>

Diagnostic du COVID19: comprendre les tests PCR, leur interprétation et leurs limites , publié le 16 septembre 2020

La PCR utiliza un principe très particulier: la cible du test, un fragment d'ARN viral, est massivement amplifiée afin de permettre sa détection. Au cours de l'analyse, une réaction enzymática asociada a los «ciclos» de variación de temperatura permet une série de «réplications» sucesivas de l'acide nucléique cible. El ciclo de Chaque corresponde à une multiplication théorique de la cible par 2. En multiplie donc par 2 en un ciclo, par 4 en 2 ciclos, par 8 en 3 ciclos, par 16 en 4 ciclos, et ainsi de suite de manière exponentielle. A l'heure actuelle, l'amplification est généralement pratiquée sur 40 ciclos, soit une amplification théorique de 2^{40} , environ mille milliards de fois! En réalité, la réplication n'est pas efficace à 100%, mais la cible est amplifiée environ un millón de fois,

Lorsque l'acide nucléique viral est detectable después de un pequeño nombre de ciclos, cela

signifie que la quantité de virus dans l'échantillon de départ est grande. Au contraire, lorsqu'il faut un grand nombre de ciclos de réplication pour détecter l'ARN viral, cela signifie que l'échantillon de départ contient une quantité de virus très faible. On parle alors en nombre de ciclos, ou Ct, qui signifie «tiempo de ciclo», pour définir, au moins de façon semiquantitativo, la quantité d'ARN présent dans l'échantillon de départ. Ainsi, un petit Ct correspond à un grand nombre de copies, un grand Ct à un petit nombre de copies.

Cette spectaculaire sensibilité n'est pas sans inconvénient et nécessite des précautions particulières. En effet, un échantillon positif amplifié un million de fois contient une très haute concentration de cible et le risque qu'il contamine (carry over) d'autres échantillons est particulièrement élevé. La saturation des laboratoires peut encore accroître ce risque et générer des faux positifs accidentels. Dans ces conditions, il est important que les résultats positifs soient confirmés par un second test, à plus forte raison lorsqu'un test positif présente des conséquences significatives, qu'elles soient médicales, professionnelles ou liées à l'obligation d'isolement.

La deuxième question importante en relation avec la PCR, une fois encore conséquence de sa spectaculaire sensibilité, est celle de sa signification clinique. Un sujet parfaitement asymptomatique présentant une PCR positive ne peut être qualifié de «malade», comme on le lit dans les médias qui rapportent la progression de l'épidémie! Peut-on même parler de «cas»? C'est pourtant le terme utilisé dans les dénombrements officiels. Ne sommes-nous pas en train d'oublier le patient pour se focaliser sur la technologie? Est-ce une épidémie d'ARN en los tubos que nous vigilons ou une maladie grave et potentiellement mortelle?

Des publications récentes soulignent que la dose détectable par PCR est inférieure à la dose infectieuse ou contagieuse: aucun virus infectieux n'a pu être retrouvé chez les patients asymptomatiques présentant des tests PCR positifs avec un Ct élevé. Suite à ces résultats, la question du seuil de Ct qui permet de déclarer un échantillon positif est débattue. Peut-on rendre un résultat négatif chez un sujet asymptomatique dont la positivité apparaît au-delà de 35 ciclos? Un défaut, est-il utile de retester ces échantillons? Comme souvent en matière de diagnostic médical, lorsqu'un seuil de positivité est déterminé, faut-il privilégier la sensibilité ou la spécificité du test?

De plus, un échantillon confirmé positif d'un point de vue analytique reste un faux positif du point de vue de la clinique, si la personne testée est en parfaite santé, parfois même prêt à affronter une compétition de tennis ou de football professionnels! La question devient uniquement celle de sa potentielle contagiosité. C'est la question de la transmission éventuelle par des sujets asymptomatiques, qui sans être eux-mêmes en danger, pourraient en représenter un pour les autres.

Par rapport à cette question, il est important de raisonner quantitativement. La virologie, ce n'est pas du tout ou rien. De manière générale, le risque de contagio y la gravedad de la infección varient en fonction de la quantité de virus présente en l'organisme et de l'excrétion dans le milieu extérieur. Quelques copies de virus dans les sinus n'ont pas le danger d'un million projetées par la toux. Un sujet asymptomatique produit moins de virus qu'un sujet symptomatique et les sécrète moins vers l'extérieur. La quantité de virus produite et donc le risque de contagio sont corrélés à la gravité des symptômes. Même si elle n'est pas de zéro, le risque de transmission est donc vraisemblablement faible pour un sujet asymptomatique. Malheureusement,

De même, la stratégie «dépister-isoler» n'est pas réaliste lorsque le dépistage n'est pas

suffisamment fiable et surtout lorsque le virus est déjà largement répandu dans la población. Il est bien trop tard pour appliquer une méthode conçue pour bloquer une épidémie à sa naissance. Comme pour une invasion de coccinelles ou de frelons, on ne peut stopper un virus qui est déjà partout avec une passoire trouée à 25% et bouchée par endroits. L'échec de la stratégie actuelle est plutôt lié à sa conception naïve et inapplicable qu'aux mauvais comportements des citoyens.

Si, comme on l'observe en ce moment, la diffusion virale reprend, faut-il dépister plus massivement ou revoir la stratégie de protection de la población?

Cette question ne relève pas de la science. Elle dépend des risques acceptables par un individu ou par un groupe. Si on est dans la recherche du risque minimal, proche de zéro, parce que le risque n'a pas été quantifié, ou pour des raisons de responsabilité juridique, on doit prendre les précautions maximales. Si on accepte un risque même faible, on peut reprendre certaines libertés et protéger ceux qui en ont réellement besoin.

Le scientifique doit mesurer la grandeur des risques et ne pas se contenter d'affirmer qu'un événement adverso est «possible». Mais ce n'est pas son rôle de décider si ces risques peuvent être pris par autrui.

Les pruebas de PCR permettent une détection de extrêmement sensible de l'ARN viral. Ils sont indispensables mais ne sont pas la solution ultime et unique qui permettra de contrôler l'épidémie et de gérer efficacement les risques de contagion. Appliquée lorsque le virus est largement disséminé dans la población, la stratégie «dépister isoler» est vouée à l'échec. Du fait de la sensibilité très élevée et des limites de leur spécificité, les tests PCR doivent être pratiqués et interprétés avec précaution, et comme toujours en lien avec le contexte clinique et épidémiologique. N'oublions pas qu'un sujet asymptomatique doit plutôt être considéré comme immunisé que comme malade.

[17] [Les tests RT-PCR du Covid-19 se révèlent être de très mauvais tests de contagiosité](#) , Xavier Boisinet, mis à jour le 3/9/2020.

[18] [Publicaciones de nombreuses partagées des milliers de fois sur les réseaux sociaux en quelques jours affirment que «90%» des personnes déclarées positives au Covid-19 ont en fait des charges virales trop basses pour être «malades» ou «contagieuses». C'est faux.](#)

[19] [Mise au point du CNR sur la réalisation des prélèvements et la sensibilité des tests RT-PCR pour la détection du SARS-CoV-2](#) , 9 de mayo de 2020

[20] Avis du 25 septembre 2020 de la Société Française de Microbiologie (SFM) relatif à l'interprétation de la valeur de Ct (estimation de la charge virale) obtenue en cas de RT-PCR SARS-CoV-2 positif sur les prélèvements cliniques réalisés à des fins diagnostiques ou de dépistage, 25 de septiembre de 2020

[21] [Coronavirus - ¿Las pruebas de PCR inadaptés contre l'épidémie? «Jusqu'à 90% de personnes testées ne seraient pas contagieuses»](#) , basé sur une étude d'une équipe de Harvard ([Harvard TH Chan School of Public Health](#)) de Michael Mina, département d'épidémiologie, je vous mets en fichier joint le Correspondant en PDF, une étude, reprise par le [NY Times](#) :

« Pour eux, la limite du test PCR (prélèvement par voie nasale ou salivaire) réside dans la brutalité et la simplicité du résultat qu'il donne. La personne est soit positive, soit

négative. Pas plus de renseignement, notamment sur la contagiosité du malade.

O, les scientifiques d'Harvard soulèvent le problème de la quantité de virus que ce test PCR ne donne pas et qui pourrait, selon eux, permettre de donner des clés supplémentaires pour contrer l'épidémie.

«Les tests Standards diagnostiquent un grand nombre de personnes qui peuvent être porteuses de quantités relativement insignifiantes du virus», explicite ainsi le Dr. Michael Mina, épidémiologiste à la Harvard TH Chan School of Public Health . »

[22] [«Au rythme actuel avec nos tests RT-PCR, nous allons confiner des dizaines de milliers de gens pour rien»](#), alerte le Dr. Yvon Le Flohic, manuel Moragues, 3 de septembre de 2020.

[23] [Tests de diagnostic ultra sensibles, les tests RT-PCR sortent positifs même pour des individus qui portent trop peu de virus pour être encore contagieux. Pour en faire de meilleurs tests de contagiosité, certains appellent à baisser leur seuil de détection. Est-ce une bonne idée? ¿Quelles sont les limites de cette solution? Décryptage.](#) Xavier Boinivet, 15 de septembre de 2020

[24] [Jean-Luc Gala \(UCL\) estime que les futures mesures de la Celevel, tel le lockdown, vont tuer l'économie, provoquer des suicides et déstabiliser l'État.](#) Le Celevel, ou Cellule d'évaluation, es el grupo de expertos qui conseillent le gouvernement belge dans la gestion du COVID.

[25] [L'OMS plaide pour éviter à tout prix les confinements: 'Cela ne rend que les pauvres plus pauvres'](#)

[26] [Voici comment la pandémie risque de faire exploser la pauvreté mondiale, une première en 22 ans](#)

[27] ['Le coronavirus amenaza a 500 millones de personas de pobreza', previene l'Oxfam](#) . Ce n'est pas le coronavirus, la menace, mais l'attitude de nos gouvernants face au coronavirus!

[28] [Le chômage de masse est désormais mondial](#)

[29] [«Nous risquons une crise alimentaire imminente si des mesures ne sont pas prises rapidement»](#) . Encore une fois, ce n'est pas à cause du coronavirus, mais à cause de notre attitude frente a cette crise.

Ex miembro del Consejo Superior de Salud Pública

Artículo original en francés:



[COVID-19: RT-PCR ou comment enfumer toute l'humanité](#), publicado el 14 de octubre de 2020.

Traducido por Ariel Noyola Rodríguez para el Centro de Investigación Sobre Globalización

[\(Global Research\)](#).

La fuente original de este artículo es Globalización
Derechos de autor © [Dr Pascal Sacré](#), Globalización, 2020

[Comentario sobre artículos de Globalización en nuestra página de Facebook](#)
[Conviértase en miembro de Globalización](#)

Artículos de: [Dr Pascal Sacré](#)

Disclaimer: The contents of this article are of sole responsibility of the author(s). The Centre for Research on Globalization will not be responsible for any inaccurate or incorrect statement in this article. The Center of Research on Globalization grants permission to cross-post original Global Research articles on community internet sites as long as the text & title are not modified. The source and the author's copyright must be displayed. For publication of Global Research articles in print or other forms including commercial internet sites, contact: publications@globalresearch.ca

www.globalresearch.ca contains copyrighted material the use of which has not always been specifically authorized by the copyright owner. We are making such material available to our readers under the provisions of "fair use" in an effort to advance a better understanding of political, economic and social issues. The material on this site is distributed without profit to those who have expressed a prior interest in receiving it for research and educational purposes. If you wish to use copyrighted material for purposes other than "fair use" you must request permission from the copyright owner.

For media inquiries: publications@globalresearch.ca