

Recensión crítica del vídeo de Chinda Brandolino

Este video está hecho por un médico, especialista en Medicina Legal, que no tiene formación en especialidades científicas (Virología, Inmunología, Biología, etc.) ni médicas (Medicina Interna y sus especialidades como Enfermedades infecciosas, Epidemiología Médica, etc.). **El contenido del video tiene muchos errores médicos y científicos, afirmaciones sin sentido, acusaciones falsas y además contiene afirmaciones desinformativas sobre las vacunas anti-SARS-Co-2.**

- 1) La proteína de las espículas de los SARS-Co-2 (proteína S) se une al **receptor de la enzima convertidora de angiotensina** que está presente en la membrana de nuestras células y a través de esta unión el virus penetra en ellas y las infecta. En 1958 el doctor Leonardo Skeggs, Jr. (1918-2002), que trabajaba para *Case Western Reserve University*, fue quien consiguió explicar el funcionamiento de dicha enzima previamente ya descubierta. Es producida por varios tejidos corporales como el sistema nervioso central, los riñones y pulmones. Su receptor se expresa en las membranas de multitud de órganos incluidas las de las células endoteliales de los vasos sanguíneos.
Pues bien, la Dra. Brandolino afirma que **“una investigadora de Pfizer descubrió una enzima, que estaba en los testículos, riñones y corazón pero que no estaba en los pulmones y la llamó enzima convertida en angiotensina”**. Según la autora del video sus descubrimientos fueron definitivos, perfectamente demostrados desde el punto de vista científico, pero en 2003 **“desapareció”**. En ese año (cuando se produjo una epidemia por *Coronavirus* que produjo una neumonía grave en Asia) **“otro investigador de Pfizer afirmó que esa enzima es el receptor de los Coronavirus y que se encuentra en el tejido pulmonar”**.
Se inventa una supuesta acusación contra la farmacéutica Pfizer que no tiene sentido y demuestra no tener ni idea de Medicina.
- 2) **“Ha habido pandemias ensayo de la actual: 2002 MARS (¿?), 2004 SARS, 2006 gripe aviar, 2008 gripe porcina (fue en 2009) y luego la epidemia de Ébola”**. Pues bien, hay que decir que **ninguna** de estas epidemias, **salvo** la gripe porcina, fue una pandemia.
“La vacuna de la pandemia de gripe porcina se la tuvo que inocular muchísima gente, pero al probarla en hurones éstos murieron. Cuenta que una periodista, que también desapareció, pidió la intervención del FBI y resultó que la vacuna estaba contaminada con la gripe porcina, la gripe aviar y la gripe española”.
Lo cierto es que **la causa de la pandemia de la gripe porcina fue una nueva cepa de virus de gripe A que contenía material genético combinado** de una cepa de virus de gripe española (H1N1), una cepa de virus de gripe aviar, y dos cepas separadas de virus de gripe porcina. No se dispuso de una **vacuna** para esta cepa hasta el 12 de junio de 2009, cuando el grupo farmacéutico *Novartis* anunció haber producido el primer lote de vacunas contra el virus. En agosto de 2009 los *Centers for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos confirmaron que era eficaz. Posteriormente la OMS anunció que la vacuna era segura. El 18 de septiembre de 2010 la OMS anunció el fin de la pandemia, que tuvo una mortalidad baja, en contraste con su amplia distribución (11-21 % de la población mundial infectada), dejando tras de sí entre 150 000 y 575 000 víctimas.

Demuestra de nuevo no tener ni idea y lo que cuenta suena a película de ciencia ficción.

- 3) **“La definición actual de pandemia no es correcta”**. Esto también es erróneo. La definición es: **una epidemia de una enfermedad infecciosa que se ha propagado en un área geográficamente extensa, por ejemplo, en varios continentes o en todo el mundo, afectando a un número considerable de personas**, lo cual es perfecto.

“Según ella, para que la COVID-19 sea una pandemia, en Argentina, que tiene 44 millones de habitantes, debiera haber habido 40 millones de afectados por COVID-19 y sólo había habido dos casos cuando se declaró”. Me parece que esta afirmación no merece un comentario.

Lo cierto es que a fecha 11 de agosto **hay aproximadamente 205 millones de casos confirmados** (mediante PCR) **de la enfermedad en más de 255 países**, según datos de la OMS, *Our World in Data* y otras instituciones epidemiológicas internacionales. Los estudios de seroprevalencia en la población (número de personas que tienen anticuerpos frente al virus SARS-Co-2 -ya están curados de la infección-) realizados en Estados Unidos y Europa indican que **las cifras de casos infectados son muy superiores** a las indicadas (hasta 10 veces más). A fecha 11 de agosto **hay aproximadamente 4,33 millones de personas fallecidas en el mundo**. Según los datos epidemiológicos **estas cifras subestiman las cifras reales**. Por ejemplo, a fecha 6 de mayo un informe del *Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud* (IHME) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington cifra en 123.000 las muertes reales en España **en lugar de** los 78.726 casos confirmados por el Ministerio de Sanidad.

- 4) **“El Dr. Fauci había trasladado la investigación del virus de la COVID-19 al Instituto de Virología de Wuhan (China) para enriquecerlo y utilizarlo como arma de guerra”**. El Dr. Anthony Fauci es el director del *NIAID (National Institute of Allergy and Infectious Diseases)* de Estados Unidos, organismo que depende del gobierno americano. Es el asesor médico de la pandemia del presidente Biden y lo fue de Trump. Es el médico especialista en Virología e Inmunología viral con más prestigio en el mundo. Es uno de los editores, desde hace muchos años, del Tratado de Medicina más utilizado por los médicos de todos los países occidentales. **Lo que dice no tiene ningún fundamento y es una grave acusación**.

- 5) **“Los científicos chinos tardaron 10 días en aislar el virus causante de la COVID-19. Según ella se suele tardar años en conseguir un hallazgo semejante. Para ello explica una serie de pasos muy extensos para lograrlo”**. Los primeros casos de COVID-19, producida por el SARS-CoV-2, se declararon en diciembre en Wuhan (China). La presentación clínica de los casos de esta nueva enfermedad fue la misma que la del SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome, Síndrome Respiratorio Agudo Grave*), enfermedad epidémica que se produjo en China y otros países de Asia en 2003, producido por un Coronavirus al que se le denomina SARS-CoV, y a la de otra enfermedad denominada MERS (*Middle East Respiratory Syndrome, Síndrome Respiratorio de Oriente Medio*) producida por otro Coronavirus en 2013.

Es razonable pensar, por estos hechos, que **rápidamente se pudiera sospechar que la nueva enfermedad podía estar producida por un nuevo Coronavirus**. Los avances de la Virología y Biología Molecular actuales permiten aislar y secuenciar un virus en muy poco tiempo. Para finales de enero de 2020 ya se

conocían los detalles del genoma del nuevo virus y los datos fueron comunicados públicamente a todos los científicos.

Otro problema diferente es **cuál es el origen de este virus**. Según una Comisión internacional de la OMS enviada a China aseguró que las posibilidades eran varias, si bien no descartaban ninguna. Según publicó *The Wall Street Journal* el 23 de mayo, citando fuentes de la inteligencia estadounidense, tres investigadores del *Wuhan Institute of Virology* enfermaron en noviembre de 2019 y tuvieron síntomas similares a los de la COVID-19, poco antes de que estallara la pandemia. La OMS ha vuelto a pedir a China el 22 de julio que se abra una nueva investigación *in situ* acerca de si el SARS-Co-2 surgió en este laboratorio de alta seguridad que investiga con microorganismos muy virulentos y las autoridades de dicho país se han negado. Una de las posibilidades es que estuvieran investigando con este virus y que, por un fallo de seguridad, se haya producido una *fuga* del mismo.

- 6) **“La OMS, inspirada por las informaciones de China, dijo que se trataba de un nuevo virus que no tenían tratamiento y que había que utilizar respiradores. Pero los médicos hicieron autopsias y descubrieron que la causa de muerte era una inflamación con microtrombosis y administraron anticoagulantes (no los habituales sino el ácido acetilsalicílico u otros antiagregantes plaquetarios) y se aplicaron grandes cantidades de antiinflamatorios (habitualmente no corticoides) y se salvaron las vidas”** (se redujo muchísimo la mortalidad).

Se está refiriendo a casos graves de COVID-19. En esas circunstancias se produce insuficiencia respiratoria aguda grave y **si no se utiliza ventilación mecánica (“respiradores”) los pacientes fallecen irremediamente. Por otra parte, se utilizan los anticoagulantes habituales (heparina) en estos casos, para prevenir o tratar la enfermedad tromboembólica. El ácido acetilsalicílico u otros antiagregantes plaquetarios son totalmente ineficaces.** La mortalidad de la COVID-19 grave **es muy elevada** a pesar del **tratamiento con esteroides (dexametaxona) y heparina. Los únicos antiinflamatorios que disminuyen algo la mortalidad son los corticoides.** Actualmente existen otros tratamientos que tienen cierta eficacia para mejorar el pronóstico como los inhibidores de los receptores de la interleucina 6 (Tocilizumab, etc.).

Todas las afirmaciones manifiestan que no sabe nada de Medicina.

- 7) **“Los virus son propios de cada especie, por ejemplo, nuestros virus no pasan a los perros o a las vacas”.**

Esta afirmación también es errónea. No tiene ni idea. Por ejemplo, vamos a comentar la gripe en los cerdos. Los virus de gripe porcina, que afecta a los cerdos, son comúnmente del subtipo H1N1 -aunque también circulan otros (H1N2, H3N1, H3N2)- como ocurre en los humanos. Por otra parte, algunas veces los cerdos pueden ser infectados con más de un tipo de virus de la gripe al mismo tiempo, y esto puede ocasionar que los genes de estos virus se mezclen. Esto puede dar como resultado un virus de influenza que contiene genes de varias especies como ocurrió en la pandemia de la gripe porcina. **Aunque los virus de la influenza porcina normalmente son específicos de esa especie y solamente infectan cerdos, en algunas ocasiones logran pasar la barrera inter-especie y causar enfermedad en humanos. Además, los cerdos pueden infectarse con virus de influenza aviar y con virus de influenza humana estacional.**

Otro ejemplo. La **gripe aviar** designa a una enfermedad infecciosa vírica y que **afecta a las aves, aunque tiene suficiente potencial como para infectar a**

distintas especies de mamíferos, incluidos el ser humano, el cerdo y el gato doméstico. En 2006 produjo una epidemia grave en humanos.

- 8) **“Cuando se analizan todas las epidemias graves que han afectado a la humanidad siempre han sido precedidas por situaciones catastróficas y una vez que se superan dichas circunstancias, especialmente por la población joven, la enfermedad desaparece. Por ello en la COVID-19 no es necesaria la vacuna”.**

Esto no es tampoco cierto.

Las pandemias, han sido causadas siempre por el agente microbiológico responsable de las mismas. Por ejemplo, la **pandemia de gripe de 1918**, de la que ella habla, fue una causada por un brote del virus de la gripe tipo A, subtipo H1N1, frente al cual la humanidad no tenía inmunidad. A diferencia de otras epidemias de gripe que afectan principalmente a niños y ancianos, sus víctimas fueron también jóvenes y adultos con buena salud, y también animales, entre ellos perros y gatos. **Ella considera que fue una consecuencia de la Primera Guerra Mundial que tuvo lugar en Europa. Sin embargo, la enfermedad fue notificada por primera vez el 4 de marzo de 1918, en Fort Riley (Kansas, Estados Unidos)** aunque ya en el otoño de 1917 se había producido una primera oleada en al menos catorce campamentos militares de dicho país. En algún momento de ese mismo año este virus sufrió una mutación o grupo de mutaciones que lo transformó en un **agente infeccioso letal.**

- 9) **“En Argentina, España e Italia el gobierno anunció que a los tres meses se produciría el pico de la epidemia y entonces vacunaron obligatoriamente a todos los viejitos contra la gripe y, efectivamente, en dicho plazo se produjo la ola de casos. Por tanto, existe una relación entre la vacunación antigripal y la epidemia”.**

Lo que dice no tiene ningún sentido. No hay relación entre ambos tipos de vacunas. Además, **es extraño constatar** que la primera ola de COVID-19 se produjo a partir de marzo en Europa y que la vacunación contra la gripe se hizo en la temporada de otoño-invierno de 2020-2021 (en los plazos habituales).

- 10) **“No es un virus letal, es un virus perfectamente manejable”.** Sin embargo, como ya hemos comentado previamente ha producido una gran cantidad de casos mortales a nivel mundial. Además, muchos millones de personas han padecido enfermedad COVID-19 grave y en una cantidad importante de casos se producen secuelas si se supera.

- 11) **“La enfermedad fue creada con un fin porque nada es casual. Fue creada para dar una vacuna, todo ello organizado por Bill Gates que financia prácticamente en su totalidad la OMS”.**

La OMS no depende de Bill Gates sino de la Organización de las Naciones Unidas. Es el organismo especializado en gestionar las políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en relación a la salud. Los 195 Estados miembros de la OMS gobiernan el ente por medio de la **Asamblea Mundial de la Salud**, que está compuesta por los representantes de cada uno de estos países. La principal fuente de ingresos proviene de los estados que la forman. Una fuente de financiación importante de las actividades de la OMS proviene de entidades privadas como empresas farmacéuticas y fundaciones. La Fundación Bill & Melinda Gates es la entidad privada que más dinero aporta. Sin embargo, las entidades privadas no

poseen acciones ni nada que se le parezca en la OMS ni tienen **ninguna capacidad de influir en sus decisiones**. Este organismo **no es una sociedad anónima**, las cuales son gobernadas por su consejo de accionistas.

Dice que “la enfermedad fue creada para dar una vacuna y que ello fue organizado por Bill Gates”. “El Sr Bill Gates crea las vacunas”. Esta afirmación, como es de sentido común, no se tiene en pie. **Además, antes había dicho que fue creada por el Dr. Fauci, luego por los chinos y ahora afirma que por Bill Gates**. Lo cierto es que una vez que estuvo claro que el virus se propagaba y era una amenaza mundial **miles de científicos de todo el mundo comenzaron una campaña contrarreloj para desarrollar vacunas eficaces. Todo ello apoyado por todos los gobiernos y la OMS**.

Dice que Bill Gates creó las vacunas. Parece que no sabe que actualmente hay **110** vacunas bien administrándose a la población general o en estudios clínicos, además de **184** en estudio en animales (registro de la OMS a fecha 10 de agosto) que han sido diseñadas en multitud de países.

12) **“Todas las pandemias ensayo anteriores han sido una preparación para ésta para disminuir la población en un 10 o 15% mediante la producción de vacunas (las vacunas anteriores con el diseño tradicional suelen ser mortales porque inoculan el virus)”**.

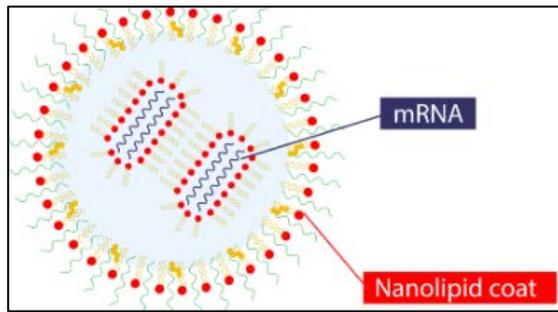
“Las vacunas anti-COVID son todas vacunas transgénicas que van a hacer, además de que sus hijos sean otra cosa, que se introduzca ARNm en nuestras células y además que se introduzcan en nuestro genoma adenovirus, para modificar nuestra personalidad, y el código genético de todas nuestras células”.

Todo lo que dice es falso:

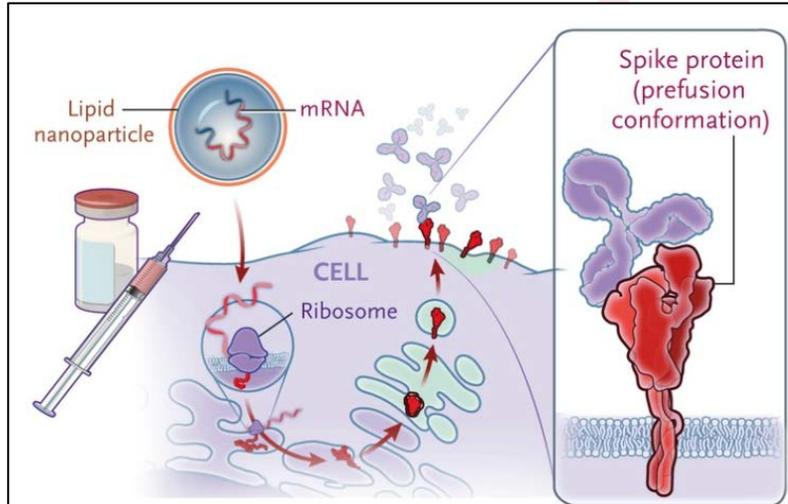
- Las **vacunas tradicionales** no son mortales ni introducen el virus sin inactivarlo previamente en nuestro cuerpo. **Han salvado la vida** durante la historia de la Medicina **a millones de personas** y son capaces de prevenir multitud de enfermedades graves.
- **“La finalidad de la vacunación anti-COVID es disminuir la población un 10 a 15%”**. Sin comentarios.
- **“Las vacunas son vacunas transgénicas”**. Se refiere a las vacunas de ARN mensajero –como la de *Pfizer* y *Moderna*- y a las basadas en *adenovirus* (como la de *AstraZeneca* o *Janssen*) que asegura que van a modificar nuestro código genético, personalidad, etc.

Ninguna de las vacunas anti-COVID que existen o están en desarrollo modifican nuestro código genético, nuestro ADN. Para ello debieran integrarse en nuestros cromosomas.

Las **vacunas de ARN mensajero** son introducidas en el citoplasma de nuestras células y no penetran en el núcleo y no tienen capacidad de producir ADN a partir de ARN porque no tienen la enzima *transcriptasa inversa*. En la siguiente Figura se representa la estructura de la vacuna mostrando el ARN mensajero (“*mRNA*”) y la cubierta de *nanolípidos* (“*nanolipid coat*”).



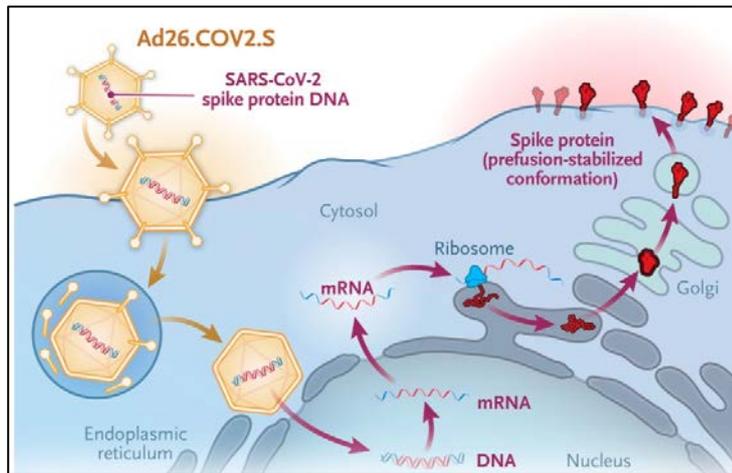
El mecanismo de acción de estas vacunas se resume en la Figura:



El ARN mensajero, transportado en nanopartículas de lípidos, penetra en las células. El ARN mensajero se desplaza a los ribosomas (“fábrica” de las proteínas celulares a partir del código presente en el ARN mensajero) y produce la proteína S que es anclada en la superficie de las células. La proteína S (de los Spikes) (“Spike protein”, dibujada en naranja en el recuadro) es reconocida como material extraño al organismo de forma que el sistema inmune reacciona contra ella produciendo anticuerpos neutralizantes (dibujados en azul claro en el recuadro de la derecha) y células T que destruyen a las células infectadas. El ARN es destruido por enzimas de las células. El material genético no se desplaza al núcleo celular.

Por otra parte, las **vacunas de adenovirus** tampoco se insertan en nuestro genoma (aunque penetran en el núcleo no tienen el aparato enzimático necesario para integrarse en el ADN de nuestros cromosomas).

En la siguiente Figura se muestra el mecanismo de acción de las vacunas de **adenovirus** tomando el ejemplo la vacuna de *Janssen*:



El vector viral Ad26.COV2.S (la vacuna) penetra en nuestras células y es llevado al núcleo (“nucleus”). Allí produce ARN mensajero que se trasladado a los ribosomas (“ribosome”; son las “fábricas” de proteínas) donde codifican la proteína S que es transportada por vesículas del aparato de Golgi a la superficie de la célula, donde el sistema inmune la reconoce como material extraño y produce una respuesta inmune protectora. El ADN es destruido por enzimas llamadas “DNAsas” y el ARN por “RNAsas”.

- Por otra parte, parece que sólo sabe de la existencia de estos dos tipos de vacunas. Lo cierto es que existen multitud de diseños diferentes de vacunas anti-COVID. Muchas tienen un diseño clásico (como la de **virus inactivados** —5 administrándose ya a la población general y 9 en estudios clínicos; además de 8 en animales— o de **virus atenuados**). Las vacunas de **ARN mensajero** -Pfizer y Moderna administrándose a la población general- y 8 vacunas más en fase de estudios clínicos y 22 en preclínicos. Las vacunas de AstraZeneca y Janssen son vacunas de **vectores virales no replicativos de adenovirus**. Además de ellas hay 10 más bien administrándose bien a la población general (*Sputnik V*, *Sputnik V “Light”* y *Cansino*) o en estudios clínicos y 8 en estudios en animales. Existen muchos otros diseños de vacunas que tampoco nombra, como son la de **vectores virales replicativos** (4 en estudios clínicos y 18 en animales); **basadas en proteínas o subunidades proteicas** (32 en estudios clínicos y 68 en animales); **basadas en ADN**; basadas en **vectores virales replicativos o no replicativos con células presentadoras de antígenos** y basadas en **partículas similares a virus**.

ACdeC

Especialista de Medicina Interna
 Profesor Titular de Medicina, jubilado
 Comisión de Sanidad del Foro L&A

Santander, 13 de agosto de 2021