

Roxana Bruno, infectóloga: “Un 98% de los positivos apenas cursa un resfrío común”

17/08/2020

8.20

Para comprender de manera cabal una problemática es necesario conocer la mayor cantidad de datos. Pero la forma en que esos datos son recabados será crucial para que la comprensión sea cercana a la realidad. En lo que respecta a la actual pandemia de Covid-19, los datos que nos brindan a diario a modo de fotografía de lo que está pasando son principalmente la cantidad de “casos” y de muertos. La gran paradoja es que, según advierten científicos y profesionales de la salud, se están cometiendo graves errores que hacen que no podamos fiarnos de estas cifras. Especulaciones políticas e intereses de grandes compañías parecen estar jugando un rol central en el manejo de la información sobre este virus, aseguran.

“Si hago el test de coronavirus a toda una población, justo en una época de invierno en la que las enfermedades respiratorias, las gripes y los resfríos comunes son endémicos, la probabilidad de que detecte un coronavirus productor de un resfrío común es muy alta, pero eso no quiere decir que yo tengo Covid-19, que es una enfermedad grave, quizás estoy cursando un resfrío común”, alertó en una entrevista con La Prensa la doctora Roxana Bruno, licenciada en bioquímica y doctora en inmunología, con posdoctorados en el Instituto Max Planck de Neurobiología de Alemania y en el Instituto de Neurociencias de Alicante, en España.

– ¿Cuán fiables son los tests de PCR que están usando para

detectar los casos de coronavirus?

– Los tests de RT-PCR (reacción en cadena de la polimerasa) están destinados a amplificar el genoma viral. Estos tests son altamente sensibles, es decir que tienen la capacidad de detectar bajo número de copias de partículas virales, una parte pequeña del genoma, pero tienen el inconveniente de que no significa que esas partículas, ese ARN viral detectado, implique que haya virus infecciosos en las muestras respiratorias. Detectar el virus no equivale a infectividad viral.

– ¿Por qué puede haber presencia del virus sin infectividad?

– Porque tuvimos contacto con el virus, nos contagiamos. El virus está porque es estacional, es un virus que circula en esta estación del año, pero nuestro propio sistema inmune lo atacó. Tenemos un sistema inmunitario innato en las mucosas que rápidamente lo neutralizan o lo destruyen. Entonces, al sacar una muestra de las vías respiratorias, lo pongo en la PCR y detecto que hay material genético que corresponde a este virus. Pero no quiere decir que ese virus esté intacto, con capacidad de contagiar, ni que pueda infectarme a mí porque mi sistema inmune lo destrozó.

– ¿Qué grado de especificidad tiene este test?

– La RT-PCR es una prueba de amplificación. Es decir, detecta una copia y la amplifica una y otra vez de manera exponencial para hacerla visible. Pero es muy difícil detectar si partí de una copia, de 10 copias o de cien copias porque el producto final es una amplificación. El propio creador de la técnica, el premio nobel Kary Mullis, dijo que el test no sirve para cuantificar. Es más, él también estaba en contra de amplificar virus porque los virus y todos los genomas tienen zonas comunes. Esto significa que al amplificar una pequeña parte del genoma, no sabemos de dónde viene: puede venir de un virus, de nuestros propios cromosomas, puede tener reacción

cruzada... por lo tanto, en determinadas situaciones la PCR es de gran ayuda pero en otras no.

– ¿En el caso del Sars-CoV-2?

– En este caso, hemos estudiado el test de PCR que se está usando, que fue el que diseñó el equipo de Christian Drosten en el hospital de La Charité, en Berlín, y que los autores dicen que discrimina Sars-CoV-2. Pero nosotros hemos visto que no es así. Es más, tiene reacción cruzada con todos los otros coronavirus de tipo Sars. También tiene reacción cruzada con otros betacoronavirus tipo no Sars, como son los del resfrío común.

– ¿Si una persona tiene el virus del resfrío en su organismo y le hacen el test de PCR podría ser tomado como un positivo de Sars-CoV-2?

– Exactamente. Cuando simplemente es un positivo de un virus de la familia betacoronavirus, que produce un resfrío común. Se sabe que uno de cada cinco resfríos es provocado por coronavirus. Por lo tanto, la soberana es la clínica, que nos va a decir ante qué enfermedad respiratoria estamos.

– ¿Cuando habla de la clínica se refiere a los síntomas que tiene la persona?

– Así es. La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue muy clara y dijo que se necesitan los criterios clínicos para definir lo que es un caso de Covid-19. Tienen que darse cualquiera de los síntomas que indiquen que estamos frente a una infección respiratoria (dolor de garganta, tos, fiebre, pérdida de gusto, pérdida del olfato, decaimiento, distrés respiratorio) y más concretamente, frente a una neumonía bilateral -afecta a los dos pulmones-, con síntomas de inflamación muy marcados, aparecen marcadores de inflamación como la proteína C reactiva elevada, la eritrosedimentación elevada, además puede haber coagulopatías. Frente a esta sintomatología, en la que se descarta otro agente infeccioso,

y cuando da un test de PCR positivo para un betacoronavirus, entonces se le asigna el carácter de caso. Eso es un caso de Covid positivo.

– Otros especialistas subrayan que aquí se están mezclando los conceptos de infección y caso.

– Sí, se está mezclando, porque a todo el que da positivo en un test se lo contabiliza como caso de Covid. Pero luego se ve que el número de enfermos y de fallecidos no se correlaciona con esas tasas de positividad. Se está sobreestimando el número de casos. Si hiciéramos autopsias y si pusiéramos en contexto todas las enfermedades de base de las personas fallecidas, veríamos que la gran mayoría murió con Covid por sus comorbilidades y no por Covid.

– ¿Usted cree que hay un manejo malintencionado y político de esta situación?

– Vemos que no hay un manejo correcto desde el punto de vista epidemiológico. También consideramos que no se utilizó la información que venía de Europa, porque sabíamos perfectamente cuál era la población susceptible a sufrir una neumonía grave y morir por este virus pandémico: las personas mayores de 65 años con comorbilidades. Con esa información, que era muy clara, se podría haber aislado a esos pacientes y hacer el seguimiento. En total, serían alrededor de unos cinco millones de personas en el país. Permitíamos de este modo que el virus circulara entre la población sana y que ésta hiciera inmunidad comunitaria. Porque cada vez que el virus va tomando contacto con el sistema inmune de una persona, va sufriendo una presión, porque el sistema inmune lo rechaza, hace anticuerpos, la inmunidad celular destruye a las células infectadas. Así vamos consiguiendo que se generen anticuerpos que hacen de cortafuego, el virus se va neutralizando en cada persona y se corta la transmisión.

– ¿A qué atribuye este manejo erróneo?

– Esa pregunta es la que estamos tratando de que el equipo asesor del presidente nos conteste. Como epidemiólogos argentinos, nos reunimos inmediatamente porque entendimos desde el primer día que había un manejo equivocado. Si la OMS te está avisando desde el 31 de diciembre que hay un brote pandémico, que produce neumonías graves y que están muriendo personas y hay alerta sanitaria epidemiológica, lo primero que hay que hacer es empezar a controlar los aviones que entran de focos pandémicos. Pero, en lugar de eso, el 19 de marzo disponen cuarentena para todos los sanos. Dejaron entrar a los aviones desde el 31 de diciembre sin aplicar un solo control a la gente que provenía de los focos pandémicos. ¿No era más fácil poner en cuarentena domiciliaria a los pasajeros y la tripulación de esos aviones por 15 días?

– ¿Es posible que las autoridades sanitarias argentinas no conozcan conceptos tan claros como, por ejemplo, la falta de sentido epidemiológico de ir a Constitución a hacer testeos masivos?

– Evidentemente que lo saben. Si a todo el mundo le digo que las estadísticas aumentan, que el virus se está contagiando, que se está muriendo gente, si hago toda una manipulación y cuento cadáveres, si no cuento la verdad y no hago bien los tests y me dedico a ir a generar una noticia testeando en Constitución o donde sea, de esta manera meto miedo, aumento las estadísticas. Porque sé que me van a dar falsos positivos, sé que voy a detectar coronavirus estacionales... no son unos ignorantes, que no saben lo que están haciendo. Con las estadísticas se da una falsa sensación de una realidad de pandemia, de emergencia sanitaria. Desde el punto de vista epidemiológico, no se sostiene nada.

– ¿Qué responsabilidad le cabe a la OMS?

– Hay responsabilidad también de la OMS porque tardó muchísimo en comunicar los brotes pandémicos y lo que estaba pasando. Además, dio toda la información contraria: dijo que no había

que hacer autopsias y que había que cremar, con lo cual se estaba ocultando la prueba de lo que estaba pasando. Afortunadamente, los italianos desobedecieron e hicieron autopsias y se encontraron con la verdad: que era una enfermedad que producía coagulopatía, una tormenta de citoquinas y que había que tratarla exactamente al contrario de lo que decía la OMS, porque decían que no había que utilizar antiinflamatorios, que no había que utilizar corticoides... todo lo contrario de lo que había que hacer. Se hubieran ahorrado muchísimas muertes. Por eso en este momento hay comisiones internacionales independientes que están investigando y que van a pedir cuentas, porque se ha hecho un genocidio. Decían que había que usar respiradores, pero los respiradores estaban matando porque había coágulos taponando los alvéolos pulmonares y si usted a un motor tapado con carbón le mete a presión el aire, lo hace estallar. Le reventaron los pulmones a los viejitos y a la gente que tenía otras patologías y que se infectó con el virus. Es un crimen de lesa humanidad.

Esa desobediencia de los italianos a la OMS es lo que tenemos que agradecer hoy los argentinos. Porque los médicos cordobeses, rápidamente, cuando leyeron esos informes empezaron a buscar alternativas. Enseguida utilizaron antiinflamatorios, hicieron soluble en agua el ibuprofeno, hicieron ibuprofenato de sodio y empezaron a hacer con eso nebulizaciones. En 24 horas daban de alta a todos los que tenían los síntomas. Lo siguen haciendo acá en Argentina hoy.

– ¿En el resto del país se está usando este tratamiento?

– Ahora lo está haciendo Jujuy. La hidroxiclороquina es otra droga que probaron y que estaba funcionando, estaba salvando vidas. Lo vimos en Estados Unidos, pero Anthony Fauci y la OMS salieron a decir que era todo un bulo, que no funcionaba, que había que prohibirla.

– ¿Y qué opina de la vacuna que se espera como la salvadora

frente a esta pandemia?

– Cuando todo el relato oficial nos dice que no vamos a poder salir de la cuarentena hasta que no llegue la vacuna, nos hace sospechar que acá hay conflicto de intereses. Estamos viendo que hay fármacos que curan la enfermedad, que ya nadie muere, que la letalidad es menor a 0,2%, es decir que 2 de cada 1.000 pueden llegar a una terapia intensiva y morir por las patologías previas. Estamos viendo que más de un 98 % de los que supuestamente tienen un test positivo en la Argentina sufren un resfrío común o un resfrío leve o moderado y no necesitan respiradores ni internación. Estamos viendo que el pronóstico y el progreso de la enfermedad ya no tiene ningún riesgo y tenemos que pagarle 500 pesos por día a la persona para que vaya a pasar un resfrío a Tecnópolis. Evidentemente, estamos haciendo un manejo de las estadísticas para justificar que seguimos en cuarentena de sanos hasta que llegue una vacuna que evidentemente tiene un fin comercial. Con el agravante de que, cuando llegue la vacuna, nadie la va a necesitar porque ya todos tenemos anticuerpos.

– Las vacunas candidatas contra el Sars-CoV-2 ya se están probando en humanos y se han difundido noticias que dicen que los primeros resultados son muy alentadores.

– No tenemos acceso a los ensayos, son ensayos cerrados, con datos confidenciales. No sabemos cómo están saliendo. Sin embargo, se han reportado muertes y 80% de efectos negativos en algunos voluntarios en otros países. Próximamente voy a explicar en un video a los médicos un fenómeno que se llama “interferencia viral”. Según investigaciones de Estados Unidos, España e Italia, se sospecha que las personas que murieron ahora, los viejitos, habían sido previamente vacunados con una vacuna de la gripe que tenía coronavirus. Estaban previamente sensibilizados, por lo tanto, cuando tomaron contacto con el Sars-CoV-2, desarrollaron una enfermedad mucho peor. Casualmente los que no se murieron no estaban vacunados o por lo menos no se podía acreditar que

habían recibido la vacuna. Hay abierta una investigación en este momento. Esto es muy grave.

– ¿Existen estudios científicos sobre este fenómeno de la interferencia viral?

– En enero de 2020 se publicó un estudio en Estados Unidos realizado sobre la población vacunada contra la gripe del ejército de los Estados Unidos. Así encontraron que los vacunados hacían un fenómeno que se llama “interferencia viral” y tenían un 36% más de posibilidades de hacer una enfermedad por betacoronavirus y un 51% más de hacer enfermedad por metaneumovirus. Es decir, estar vacunados contra la gripe les predisponía a hacer una enfermedad por betacoronavirus respiratorio o por metaneumovirus. Los síntomas del metaneumovirus casualmente son tos seca, fiebre, pérdida del gusto, pérdida del sabor y neumonía.

Fuente: La Prensa