

POR QUÉ LA DISCUSIÓN SOBRE LA PRUEBA DE PCR NO TERMINA

Posted on 11. Juni 2020

Observación preliminar del equipo editorial de Multipolar: Todas las medidas decididas a raíz de la crisis de Corona se basan en los resultados de una prueba de PCR utilizada millones de veces. Las preguntas importantes permanecen sin respuesta. Está claro: Si bien muchos científicos trabajan de manera limpia y transparente, a nivel político de algunos de los institutos y autoridades responsables, aparentemente se persiguen otros objetivos. La información recogida en este artículo proporciona un rico material para una comisión de investigación, cuyo establecimiento parece urgentemente necesario para aclarar los hechos. Porque las autoridades son obstruccionistas.

*Un punto de vista de **Oliver Märtens**.*

El 24 de mayo, el Dr. Klaus Pfaffelmoser publicó su artículo "Por qué la pandemia no termina" en Multipolar. Además de las cartas que llegaron a la redacción, se desarrolló una discusión apasionante en los comentarios que figuran a continuación del artículo. Estos y otros aspectos del proceso de ensayo y numeración se abordarán a continuación.

Prueba de PCR, la primera: "T" como en la prueba

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) amplifica una sección de ADN contenida en una muestra, es decir, una parte de la secuencia de ADN. Dado que el virus del SARS-CoV-2 no tiene ADN - es el llamado virus del ARN - el ARN se convierte en ADN mediante un paso ascendente (transcripción inversa/RT). La prueba del SARS-CoV-2 es por lo tanto una prueba de RT-PCR. El número de amplificaciones de los componentes de ADN generados determina entonces si la prueba produce un resultado positivo o no. Esto lleva a la caracterización como prueba cuantitativa, por lo que se añade la letra "q" a la abreviatura: prueba RT-qPCR. (A continuación, sin embargo, nos ceñiremos a la prueba de PCR de término más corto y general).

En una discusión crítica de la prueba PCR se pueden formular ahora preguntas sobre todos los elementos del procedimiento de la prueba:

- ¿De dónde viene el ARN? ¿Este ARN "extraño" (un virus "malo") o proviene de algo que existe en simbiosis con nuestro cuerpo (un virus "bueno")? ¿Es quizás una expresión de una reacción de

defensa/limpieza o de curación de nuestro cuerpo y por lo tanto debe ser considerada positivamente?
¿Se debe a la contaminación de la muestra en el momento de la toma de la misma o en el laboratorio?
¿Este ARN quizás ya ha sido "suministrado" en los componentes de los equipos de prueba, como ocurrió por ejemplo en Gran Bretaña? (Estas cuestiones son fundamentales para el paradigma de la virología, a saber, que los virus existen y en muchos casos causan enfermedades. ¿Y si no lo hacen?)

- ¿Cuál es el número correcto de copias ("q")? Si duplicas demasiado poco, todas las pruebas serán negativas. ¿Qué pasa con los números de duplicación muy altos? ¿"Siempre" encuentras algo entonces? ¿Cuál es el número óptimo de duplicaciones? ¿Cómo lo encuentras? ¿Y quién te dice que has encontrado al correcto? Preguntas que nos llevan a la necesidad de validar las pruebas de PCR. El protocolo de ensayo de la Charité de enero de 2020, elaborado por el profesor Drosten y sus colegas, no fue validado cuando se publicó, pero fue aceptado y distribuido por la Organización Mundial de la Salud OMS y el Instituto Robert Koch (RKI). Sin embargo, cuando aparecieron en su momento las primeras pruebas de PCR para virus, se expresó la necesidad de validarlas mediante una detección indiscutible: esta detección se denominó "patrón oro". En algún momento entre "entonces" y "ahora", surgieron voces que declararon que la prueba de PCR en sí misma era el "patrón oro", ¿no debería eso hacernos sospechar?
- ¿Qué nos dice la presencia de una sección de ADN (en realidad: ARN)? ¿Es sólo la sección o el virus completo? ¿El virus está activo o inactivo? ¿Hay suficiente cantidad de este virus para enfermar a su huésped, o la carga viral podría ser demasiado pequeña para esto? ¿Es el virus incluso responsable del cuadro clínico de su huésped o paciente? Una instrucción (p. 36) del CDC de EE.UU. sobre la prueba de PCR dice

"La detección de ARN viral puede no indicar la presencia de un virus infeccioso, o que el 2019-nCoV es el desencadenante de los síntomas clínicos.

Por ejemplo, si muero de trombosis como persona de prueba positiva, ¿el virus causó la trombosis o la trombosis es causada por la falta de ejercicio, por ejemplo como resultado de un cierre? Por supuesto que habría muerto como un daño colateral de cierre en el sentido más amplio "en relación con COVID-19", pero

¿realmente me habría matado COVID-19?

Prueba de PCR, la segunda: "P" de prevalencia

"Buscad y encontraréis". Cuando busco algo por primera vez, y por lo tanto lo encuentro por primera vez, ¿mi "hallazgo" es nuevo o ha estado tirado por años, esperando que lo descubra? El SARS-CoV-2 se afirma valientemente como algo nuevo. Donde "nuevo" se usa en un doble sentido: En primer lugar, el SARS-CoV-2 es un nuevo virus patógeno humano que apareció por primera vez en los seres humanos en 2019. Y entonces cada vez que se detecta el SARS-CoV-2 en una persona, la infección es reciente, por así decirlo. Y no había estado allí la semana anterior. En el RKI hablan de "casos confirmados por laboratorio" y "cambios en comparación con el día anterior" y suena como si algo se estuviera extendiendo cada vez más. Suena como una situación epidémica de importancia nacional...

Lo que los datos y su comunicación en los medios de comunicación sugieren aquí es "incidencia" - día a día, semana a semana aumentando el número total de personas enfermas. Pero esta sugerencia es doblemente cuestionable:

La incidencia se refiere a las enfermedades, es decir, a las personas con un cuadro clínico de enfermedad. Las personas "recién infectadas", aunque "confirmadas", son otra cosa: han dado positivo en este extracto de ARN; esto no indica si están o van a estar enfermas. Pero seamos generosos y apliquemos el término incidencia a las personas infectadas no infectadas, es decir, "asintomáticas".

A diferencia de la incidencia, la prevalencia significa: no es nueva, ya estaba allí. En nuestro contexto, esto significa la detectabilidad de los extractos de un ARN que se atribuyen al virus. El RKI no sólo evita diferenciar entre la prevalencia y la incidencia, sino que no podría hacerlo en absoluto, ¡porque todavía no conoce la prevalencia de estos extractos de ARN! Inicialmente, el 3 de abril, tales estudios representativos fueron descritos por el RKI como "no orientados a objetivos". Más tarde, se estableció un estudio representativo basado en pruebas de anticuerpos, pero los resultados no se esperan hasta junio de 2020.

Lo que hace que la prevalencia sea tan importante

- Aumenta directamente el número de personas infectadas. Contrariamente a lo que los medios de comunicación suelen hacernos creer, esto no sería una catástrofe, sino más bien una causa de alivio adicional, porque: Estas personas, que también se reconocen como infectadas, obviamente no están o no están gravemente enfermas, no han tenido que visitar las cirugías de los médicos o los hospitales - y no han muerto. Por lo tanto, estas personas tienen un efecto favorable en las tasas de hospitalización y la letalidad de COVID-19.
- Si se conociera la prevalencia, podría, no, tendría que tenerse en cuenta como factor correctivo en el número de "nuevas infecciones confirmadas": De un número mayor de supuestas "nuevas infecciones", se derivaría un número menor correcto de verdaderas nuevas infecciones deduciendo una prevalencia determinada. Por lo tanto, si el RKI determina una tasa positiva del 1,5% en sus pruebas de la 21ª semana natural, pero el extracto de ARN debe haber sido detectable en el 1,0% de las personas probadas antes, entonces sólo el 0,5%, y no el 1,5% de las personas probadas, estaría "recién" infectado. Por consiguiente, en este ejemplo, la nueva infección sólo representaría un tercio de la extensión sugerida. (En la semana 22 la tasa positiva determinada por el RKI fue sólo del 1,0% ...) Sin embargo, aquí, entre el 3 de abril (Prof. Wieler/RKI: "no orientado al objetivo", véase más arriba) y la ahora esperada publicación de los primeros resultados representativos en junio, hay dos meses o más de "vuelo a ciegas".
- La prevalencia afecta a la probabilidad de que una persona que ha dado positivo sea realmente positiva. Cuanto mayor sea la prevalencia, mayor será la probabilidad de que un resultado positivo de la prueba sea "real". Por ejemplo, si una prueba tiene una especificidad del 99%, entonces en promedio uno de cada 100 individuos con SARS-CoV-2 negativos daría erróneamente un resultado positivo. Si a esto se añade una prevalencia del 1%, entonces de cada 100 personas sometidas a prueba, en promedio una sería verdadera y otra sería un falso positivo. (Siempre que la prueba encuentre todos los verdaderos positivos. La calidad de una prueba se determina por otro ratio, la llamada sensibilidad). La probabilidad de que, de los dos positivos de la prueba, la persona genuinamente positiva se ponga delante de uno de ellos será del 50% (valor predictivo positivo). Si la prevalencia fuera más alta, por ejemplo del 2%, entonces tendría dos verdaderos positivos y un falso

positivo. La probabilidad de que una persona que dio positivo ahora sea realmente positiva aumentó con la mayor prevalencia del 50% al 67%. (Estos ejemplos están ligeramente redondeados para simplificar).

Prueba de PCR, la tercera: "C" como en el virus de la corona

Hay virus corona en abundancia. Cuatro de ellos fueron considerados durante mucho tiempo como los "clásicos" que también pueden afectar a los humanos. No tienen nombres muy sonoros: HCoV-HKU1, HCoV-OC43, HCoV-NL63 y HCoV-229E. Pero luego se añadieron los patrones de enfermedad SARS, MERS y COVID-19, que se atribuyen causalmente a otros virus, y así hoy tenemos un total de siete coronavirus conocidos y llamados humano-patógenos, al menos según la opinión "prevaliente". (Quizás se habrían encontrado más hace tiempo si los hubiéramos buscado. Pero quizás habría habido menos si la prueba de PCR no se hubiera "confundido" con el patrón oro, ver arriba).

El Prof. Drosten de Charité Berlin y sus colegas publicaron una prueba de PCR en enero de 2020 específicamente para el SARS-CoV-2, el virus que se considera el patógeno del COVID-19. Según su propio artículo especializado, comprobaron su prueba para asegurarse de que no golpeaba "accidentalmente" a los virus de la gripe o a los cuatro (!) clásicos virus coronarios patógenos para los humanos - y entonces quedaron bastante satisfechos. En una entrevista, Drosten explicó que esta prueba también se había puesto a disposición de los colegas de China -cuyos nombres "no podía nombrar ahora"- que también habían confirmado la calidad requerida de su prueba. Hasta ahora, tan (casi) bueno...

La OMS y el RKI han distribuido esta prueba en toda Alemania y en todo el mundo. Antes, no estaba validado por la OMS ni por el RKI.

Mientras tanto, la OMS y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) han prescindido de la detección del gen ORF1 específico del SARS-CoV-2 en la prueba de PCR; ahora basta con la detección del gen E no específico, que generalmente indica los virus corona.

Esto también fue reportado por el laboratorio MVZ de Augsburg el 3 de abril - el informe del laboratorio

ha sido borrado mientras tanto, pero todavía está disponible en el archivo de Internet.

Como ya se ha mencionado, el CDC de los Estados Unidos explica que la detección de ARN mediante este tipo de prueba no identifica claramente un virus contagioso ni el patógeno que causa síntomas clínicos en los pacientes examinados.

En algún momento se convirtió en mayo y la asociación INSTAND e.V., que se dedica a la garantía de calidad en los laboratorios médicos, publicó un informe sobre el llamado ring trial, que también fue objeto del artículo del Dr. Pfaffelmoser. (El 3 de junio se actualizó el informe del INSTAND; esta versión será referida en lo sucesivo).

En la comparación entre laboratorios, la prueba de PCR del Prof. Drosten y sus colegas fue indirectamente co-evaluada por el INSTAND. Los resultados no sólo son informativos, sino que también plantean una serie de preguntas:

- La especificidad de la prueba se declaró en un 98,6% en todos los laboratorios participantes con sus variantes de prueba, lo que significa que de 1.000 personas garantizadas como negativas al SARS-CoV-2, un promedio de 14 personas son, no obstante, positivas. Estos son los llamados falsos positivos. La cuestión aquí sería si los errores de manipulación, como la contaminación de las muestras durante el ensayo en los distintos laboratorios que participan en el ensayo interlaboratorios, son la causa o si el ensayo en sí en su variante respectiva no tiene una mayor especificidad.
- El RKI indica una tasa de infección mediante la prueba de PCR que no denomina este "ruido de fondo", es decir, la proporción de falsos positivos, ni indica el significado limitado resultante de la tasa de infección, ni corrige la tasa de infección comunicada por este efecto. Una corrección de este procedimiento no es reconocible según el último tráfico de correo de la redacción del Multipolar con la oficina de prensa del RKI. ¿Cómo deben tratarse las cifras del RKI en vista de su limitado valor informativo?
- Si las pruebas con sus variantes se aplican en la comparación entre laboratorios a muestras con el

coronavirus HCoV-OC43 o el coronavirus HCoV-229E, la tasa de resultados falsos positivos aumenta al 1,9% y al 2,2% respectivamente en promedio. No sería plausible que los errores de manipulación varíen según el tipo de virus de las muestras. ¿Hay alguna otra explicación que no sea que las variantes de prueba también reaccionan a los coronavirus patógenos humanos distintos del SARS-CoV-2? El artículo del Prof. Drosten y sus colegas, así como su entrevista en la radio Deutschlandfunk parecen descartarlo, pero el informe del INSTAND documenta que las especificidades de los virus corona HCoV-OC43 y HCoV-229E se reducen cuando se prueban las regiones genéticas E, N y RdRp, que son decisivas para el diseño original de Charité (aquí, p. 12f). (Problemas de especificidad, confusión de resultados, arrastre del SARS-CoV-2 y/u otros, (aquí, pág. 21).

Otros dos virus "clásicos" de la corona se consideran patógenos para el ser humano, a saber, el HCoV-HKU1 y el HCoV-NL63. ¿Por qué razón estos dos tipos de virus no han sido utilizados por el INSTAND para asegurar su especificidad? Una respuesta de INSTAND a esta pregunta del autor está aún pendiente.

- Según la Prof. Dra. Brigitte König, el Hospital Universitario de Leipzig ha aumentado la especificidad de la prueba de Charité buscando una sección adicional del ARN del SARS-CoV-2 de la región del gen S. De acuerdo con los hallazgos del INSTAND esto parece aumentar la especificidad al menos contra el HCoV-OC43 (aquí, p. 12). ¿Por qué nunca se ha intentado aumentar la especificidad de la prueba original de Charité de esta manera? Desafortunadamente, según INSTAND (aquí, p. 12) sólo una minoría de alrededor de un cuarto de los laboratorios que participan en la prueba del anillo parece probar adicionalmente en la región del gen S.
- El grupo de trabajo sobre la gripe (AGI) del RKI también está adoptando un enfoque más amplio que el diseño de Charité, analizando cada muestra para una nueva sección de ARN con una prueba interna, de modo que los resultados positivos se confirmen siempre con dos pruebas - según el RKI a petición del autor.

La combinación de la prueba de Charité y la prueba interna también parece reducir el número de falsos positivos. A pesar del creciente número de "casos confirmados por el laboratorio" del RKI en el pasado, el

AGI siempre ha podido identificar sólo un número extremadamente pequeño de muestras positivas de SARS-CoV-2 en infecciones de las vías respiratorias.

Desde la octava semana natural, la AGI ha analizado adicionalmente todas las muestras enviadas para detectar el SARS-CoV-2. La detección más frecuente del virus en una sola semana de calendario fue con sólo cuatro muestras que dieron positivo; en promedio, con un total de 13 detecciones en 13 semanas hasta ahora con sólo un resultado positivo por semana de calendario. Esta frecuencia del SARS-CoV-2 fue regularmente superada por la frecuencia de detección de la gripe y/o el rinovirus.

En este punto, cabe señalar que los datos de la gripe aviar no representan la totalidad de las infecciones de las vías respiratorias en la República Federal de Alemania, sino más bien una sección de la misma, que es proporcionada por el llamado centinela de la gripe. Por lo tanto, no son las cifras absolutas del AGI las que son relevantes, sino las frecuencias relativas con las que los tipos de virus individuales pueden ser detectados.

Sin embargo, es precisamente esta "visión general de la situación epidemiológica de las enfermedades respiratorias agudas" la que muestra que el SARS-CoV-2 fue y es difícilmente detectable con pruebas suficientemente específicas en el curso de la epidemia de COVID-19 (en relación con Alemania) - ¡en contraste con otros virus respiratorios!

El 15 de abril, la Comisión de la UE recomendó urgentemente una validación de las pruebas de COVID-19 (aquí, p. 6)

Entonces, ¿cómo se explica que el grupo de trabajo sobre la gripe, las clínicas e incluso la Comisión de la UE se esfuercen por obtener resultados y cifras sólidas de las pruebas, mientras que la OMS y otros organismos utilizan pruebas menos específicas -y recomendaciones que aumentan los falsos positivos- para hacer que las "infecciones" de COVID-19 parezcan más dramáticas de lo que son en realidad?

Prueba de PCR, la cuarta: "R" de resumen

Por un lado, vimos la prueba de la PCR en diferentes formas y por lo tanto con diferente significado debido

a su cambiante especificidad. Por otro lado, tenemos la evidencia sobre COVID-19, la evidencia empírica, los resultados de la investigación epidemiológica. Echemos un vistazo más de cerca a las pruebas:

Fue el Dr. Fauci (sí, así es, el Dr. Anthony Fauci, asesor del gobierno de los EE.UU. sobre COVID-19), de entre todas las personas, quien junto con sus colegas investigadores, incluido el director de los CDC, Robert Redfield, publicó el artículo "Covid-19 - Navigating the Uncharted" en el New England Journal of Medicine el 28 de febrero. Su mensaje clave es, traducido del original inglés al alemán:

"Esto sugiere que las consecuencias clínicas generales de COVID-19 son, en última instancia, más similares a las de una gripe estacional grave (con una letalidad de alrededor del 0,1%) o una gripe pandémica (similar a las de 1957 y 1968) que a las de una enfermedad como el SRAS o el MERS, que tuvieron una letalidad del 9 al 10% y el 36% respectivamente".

Estos expertos del gobierno de los Estados Unidos confirman así los "teóricos de la conspiración": COVID-19 se parece más a la gripe que a una enfermedad pulmonar mortal pandémica, que ellos han declarado ser un gobierno y un medio de comunicación.

- El 4 de mayo, un equipo dirigido por el virólogo de Bonn, el Prof. Dr. Streeck, publicó los resultados finales del llamado "Estudio Heinsberg". El estudio mostró una tasa de mortalidad infecciosa del 0,37% para el pueblo de Gangelt. Sin embargo, este es un cálculo conservador, ya que según el profesor Streeck, las infecciones asintomáticas están subrepresentadas en el estudio. En una entrevista, el propio Streeck estimó la tasa de mortalidad infecciosa realista en un 0,24 a 0,26%.
- La investigación política suiza, independiente de la corriente principal, ha recopilado un gran número de estudios COVID-19, que muestran principalmente letalidades entre el 0,12 % y el 0,40 %. El 20 de mayo, el CDC dio una estimación óptima de la mortalidad infecciosa del 0,4% para los casos sintomáticos; si se extiende a la proporción del 35% de los casos no sintomáticos estimados allí, se obtendría una tasa de mortalidad del 0,26% al 0,27%.
- Un resumen de doce estudios del Prof. John Ioannidis, publicado el 19 de mayo, mostró que la

mortalidad infecciosa estimada en estos doce estudios oscilaba entre el 0,02% y el 0,40%.

Por consiguiente, en general, las pruebas no muestran una mortalidad representativa en relación con las tasas de infección de más del 0,4%. Parece emerger un foco con valores entre el 0,2% y el 0,3%.

En conclusión, debe hacerse la siguiente pregunta:

¿Por qué los científicos independientes -y a veces incluso organismos oficiales como el CDC norteamericano- afirman repetidamente que el COVID-19 se asemeja a una gripe grave, mientras que los científicos e instituciones en las que no se pueden descartar dependencias y conflictos de intereses, con una prueba de PCR tan cuestionable ("digna de ser cuestionada") porque no es fiable en cuanto a su especificidad, producen cifras y afirmaciones que siguen siendo mucho más preocupantes hoy en día?

El RKI sigue escribiendo hasta el día de hoy en sus informes de situación:

"El Instituto Robert Koch sigue evaluando el riesgo para la salud de la población alemana tan alto en general y tan alto para los grupos de riesgo.

Tal vez una comisión de investigación parlamentaria también pueda responder a esta pregunta.

Oliver Märtens, nacido en 1967, ha trabajado en el ámbito del marketing y el apoyo a las ventas en diversas instituciones de crédito de la República Federal de Alemania después de completar un aprendizaje bancario y estudiar economía. Desde finales de 2018 trabaja en el departamento de prevención de la corrupción de un banco.

+++

Gracias al autor por el derecho a publicar.

+++

Este artículo apareció por primera vez el 6.6.2020 en la revista [multipolar](#).

+++

Fuente de la imagen: PopTika / shutterstock

+++

El KenFM se esfuerza por conseguir un amplio espectro de opiniones. Los artículos de opinión y las contribuciones de los invitados no tienen por qué reflejar las opiniones de la redacción.

+++

¿Te gusta nuestro programa? Información sobre otras posibilidades de apoyo aquí:

<https://kenfm.de/support/kenfm-unterstuetzen/>

+++

Ahora también puedes apoyarnos con Bitcoins.



Dirección de

BitCoin:

18FpEnH1Dh83

GXXGpRNqSoW

5TL1z1PZgZK