

(Traducido por traductor automatizado y rectificadas algunas expresiones.)

(Resaltados en negrita y diferentes colores respecto del original, para facilitar la lectura y abreviarla a discreción del lector)

Declaración jurada por Craig Paardekooper

Testimonio de las observaciones de que tras la vacunación con vacunas contra la Covid 19:

1. Existen variaciones significativas en los efectos adversos graves entre los diferentes estados de los EE. UU., incluidos:

- a. muerte
- b. discapacidad

2. La muerte y la discapacidad aumentan en proporción directa al número de vacunados, lo que sugiere un vínculo causal

Se destacan 3.5 estados que muestran un número de muertes mucho mayor de lo que se esperaría a partir de esta relación de proporción directa: Kentucky, Tennessee, Michigan, Minnesota y Georgia.

4. Las muertes predominan en los mayores de 60 años, mientras que las discapacidades predominan en los mayores de 40 años,

La razón es que **los grupos de edad más jóvenes pueden sobrevivir a los efectos fatales de la vacuna, pero ésta les deja lesiones crónicas y, muy probablemente, una vida útil más corta.**

5. Las mayores tasas de mortalidad observadas en Kentucky, Tennessee, Michigan, Minnesota y Georgia se deben a un segundo pico de muertes retrasadas tras la vacunación.

6. Este exceso de mortalidad es coherente con el uso de una **vacuna auto-amplificadora, que persiste en el organismo durante un mayor tiempo y genera cantidades excesivas de proteínas de pico tóxicas**

mediante un proceso de auto-amplificación, es decir, inundando el sistema circulatorio. Pfizer estaba desarrollando una vacuna de este tipo en Noviembre de 2020 y era una de las tres "plataformas" que se estaban desarrollando para la administración de la vacuna.

Utilizando una vacuna auto-amplificada para instruir a las células a producir una proteína de pico (que se ha demostrado que causa coagulación sanguínea), y además instruyendo a las células a producir más ARN, lo que lleva a un aumento exponencial en la concentración de proteína de pico, lo que es motivo de extrema preocupación.

Cualquier persona sometida a una vacuna de este tipo corre el riesgo de sufrir deterioro de su salud, dolores intensos, discapacidad o muerte.

Firmado

A handwritten signature in black ink, appearing to read "C. P. Pardekooper".

Craig Pardekooper

Calificaciones (Craig Paardekooper)

- Licenciatura en Psicología, Universidad de Middlesex, Reino Unido
 - Certificado Superior en Ciencias de la Vida Aliadas a la Medicina – Birkbeck College, Londres
- Universidad, Reino Unido

Variación de los efectos de las vacunas entre estados de EE.UU.

Muertes por estado para el total de vacunados durante 2021

Si las numerosas muertes y discapacidades posteriores a la vacunación son causadas por la vacuna, entonces esperaríamos que el número de muertes y discapacidades aumentara en proporción directa al número de vacunados. Acabamos de ver cómo varía con el tiempo el número de muertes por número de vacunados. Sin embargo, si tomamos todo el año 2021 y sumamos el total de muertes de cada estado de EE.UU. y el total de vacunados de cada estado de EE.UU., obtenemos algunos resultados muy interesantes.

Aquí hay una tabla que muestra el número de vacunados en cada estado de EE.UU. y el número de muertes después de la vacunación.

[Filtré VAERS para todas las vacunas contra la COVID, luego para DIED = Y, luego para cada estado de EE. UU. por turno]

State	Deaths	Name	Blue	Red	Num Vacc	Deaths per 100,000
KY	478	Kentucky			2446657	19.5
MT	66	Montana			581848	11.3
TN	321	Tennessee			3542558	9.1
MN	337	Minnesota	■		3732963	9.0
ND	34	North Dakota		■	405235	8.4
SD	40	South Dakota		■	511966	7.8
AK	32	Alaska		■	416173	7.7
WY	21	Wyoming		■	278260	7.5
NH	61	New Hampshire	■		922250	6.6
MI	364	Michigan			5737156	6.3
GA	311	Georgia	■		5495289	5.7
AR	87	Arkansas	■	■	1563487	5.6
WI	195	Wisconsin	■		3648131	5.3
MO	171	Missouri		■	3285699	5.2
WV	48	West Virginia			995507	4.8
IA	82	Iowa			1879386	4.4
NE	49	Nebraska			1170992	4.2
IN	145	Indiana			3533415	4.1
KS	68	Kansas			1681521	4.0
OH	241	Ohio		■	6535591	3.7
ME	37	Maine	■		1030026	3.6
WA	184	Washington			5226744	3.5
HI	37	Hawaii			1054993	3.5
NM	49	New Mexico	■		1405836	3.5
MS	49	Mississippi	■	■	1453639	3.4
DE	21	Delaware	■		632523	3.3
IL	272	Illinois	■		8249223	3.3
AL	75	Alabama		■	2363643	3.2
FL	431	Florida		■	13744395	3.1
DC	15	Columbia			483001	3.1
PA	232	Pennsylvania	■		8284852	2.8
LA	63	Louisiana	■	■	2362987	2.7
NJ	169	New Jersey	■		6343694	2.7
TX	445	Texas	■	■	16727778	2.7
CO	101	Colorado	■		3855340	2.6
OR	72	Oregon			2827692	2.5
AZ	102	Arizona			4207031	2.4
MA	125	Massachusetts			5198480	2.4
MD	103	Maryland	■		4310596	2.4
SC	65	South Carolina	■	■	2768707	2.3
RI	19	Rhode Island	■		822567	2.3
NC	138	North Carolina	■	■	6020048	2.3
VT	11	Vermont	■		488,977	2.2
NY	314	New York			14162994	2.2
NV	39	Nevada			1762527	2.2
VA	129	Virginia	■		5867830	2.2
CT	57	Connecticut	■		2693093	2.1
OK	44	Oklahoma	■	■	2141228	2.1
CA	539	California	■		26526203	2.0
UT	29	Utah		■	1906748	1.5

Datos de VAERS para 2021 en EE. UU. sobre las vacunas de Pfizer, Moderna y Janssen
Columna 2 = Número de muertes después de la vacunación
Columna 6 = Número de personas vacunadas
Columna 7 = Muertes por cada 100.000 vacunados
Número de vacunados por estado al 14 de enero de 2022: Fuente _____

Cuando estos datos se representan en un gráfico, el resultado es una línea recta. **A medida que aumenta la vacunación, también aumenta el número de muertes. Son directamente proporcionales, porque las vacunas son las que causan las muertes.**

Por lo tanto, el tamaño obviamente importa. **Cuántas más personas se vacunen, mayor será el número de muertes, por estado.**

¿Pero qué pasa con la discapacidad?

A continuación se muestra una tabla que muestra el número de personas vacunadas en cada estado de EE. UU. y el número de discapacidades después de la vacunación.

[Filtré VAERS para todas las vacunas contra la COVID, luego para DISCAPACIDAD = Y, luego para cada estado de EE. UU. por turno]

State	Disability	Name	Blue	Red	Num Vacc	Disability per 100,000
NH	76	New Hampshire			922250	8.2
AZ	308	Arizona			4207031	7.3
WY	20	Wyoming			278260	7.2
OR	202	Oregon			2827692	7.1
WA	361	Washington			5226744	6.9
CO	258	Colorado			3855340	6.7
NV	117	Nevada			1762527	6.6
OH	421	Ohio			6535591	6.4
ME	66	Maine			1030026	6.4
IN	219	Indiana			3533415	6.2
VT	30	Vermont			488,977	6.1
CT	163	Connecticut			2693093	6.1
UT	115	Utah			1906748	6.0
DC	29	Columbia			483001	6.0
MI	343	Michigan			5737156	6.0
DE	37	Delaware			632523	5.8
MN	214	Minnesota			3732963	5.7
TN	203	Tennessee			3542558	5.7
FL	780	Florida			13744395	5.7
SD	29	South Dakota			511966	5.7
VA	330	Virginia			5867830	5.6
SC	154	South Carolina			2768707	5.6
NJ	349	New Jersey			6343694	5.5
MO	178	Missouri			3285699	5.4
MD	233	Maryland			4310596	5.4
PA	438	Pennsylvania			8284852	5.3
NC	315	North Carolina			6020048	5.2
OK	112	Oklahoma			2141228	5.2
MT	30	Montana			581848	5.2
CA	1344	California			26526203	5.1
AK	21	Alaska			416173	5.0
MA	261	Massachusetts			5198480	5.0
NY	711	New York			14162994	5.0
ND	20	North Dakota			405235	4.9
WV	49	West Virginia			995507	4.9
NE	57	Nebraska			1170992	4.9
WI	177	Wisconsin			3648131	4.9
GA	265	Georgia			5495289	4.8
AR	75	Arkansas			1563487	4.8
AL	113	Alabama			2363643	4.8
KS	80	Kansas			1681521	4.8
KY	116	Kentucky			2446657	4.7
NM	65	New Mexico			1405836	4.6
HI	48	Hawaii			1054993	4.5
IA	85	Iowa			1879386	4.5
LA	103	Louisiana			2362987	4.4
IL	358	Illinois			8249223	4.3
RI	35	Rhode Island			822567	4.3
TX	704	Texas			16727778	4.2
MS	46	Mississippi			1453639	3.2

Datos de VAERS para 2021 en EE. UU. sobre

las vacunas de Pfizer, Moderna y Janssen

Columna 2 = Número de discapacidades

después de la vacunación

Columna 6 = Número de personas vacunadas

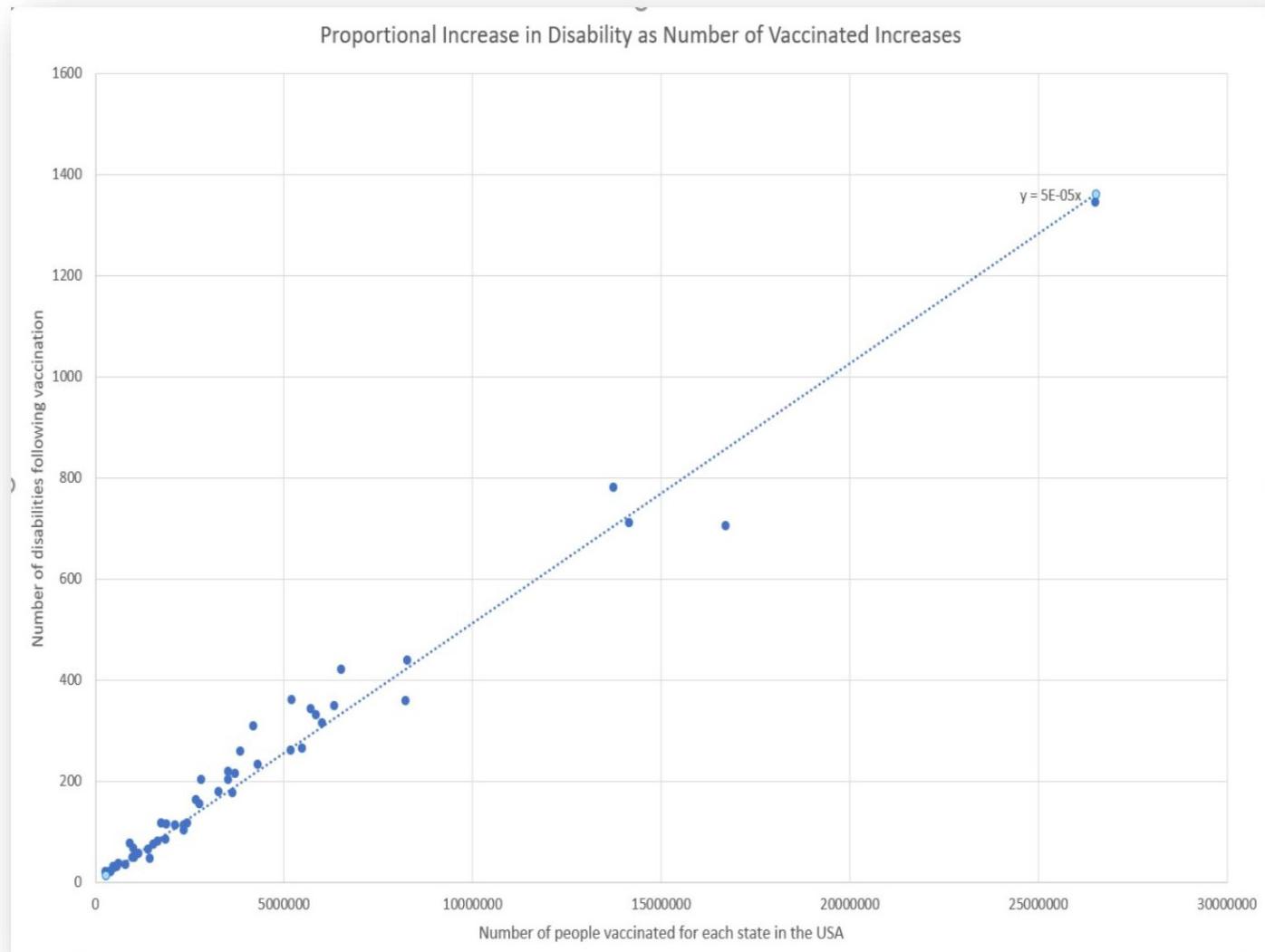
Columna 7 = Discapacidades

por cada 100.000 vacunados

Número de vacunados por

estado al 14 de enero de 2022:

Cuando estos datos se representan gráficamente, el resultado es una línea recta. A medida que aumenta la vacunación, también aumenta el número de discapacidades. Son directamente proporcionales. ~~Porque las vacunas son las que~~



De hecho, el gráfico de "Discapacidad" es tan parecido a una línea recta que podemos crear una ecuación que relacione el número de personas vacunadas con el número de discapacidades que se producirán. Esto se debe a que la relación entre vacunación y discapacidad es una constante.

$$\text{Discapacidad} = \text{Vacunados} \times 1/20.000$$

Por ejemplo, si se vacunan 5.000.000 de personas, esto producirá 250 personas discapacitadas. (Esta fórmula tiene poder predictivo).

En comparación, la ecuación que describe el gráfico de "Muerte" anterior es:

$$\text{Muertes} = \text{Vacunados} \times 1/33.000$$

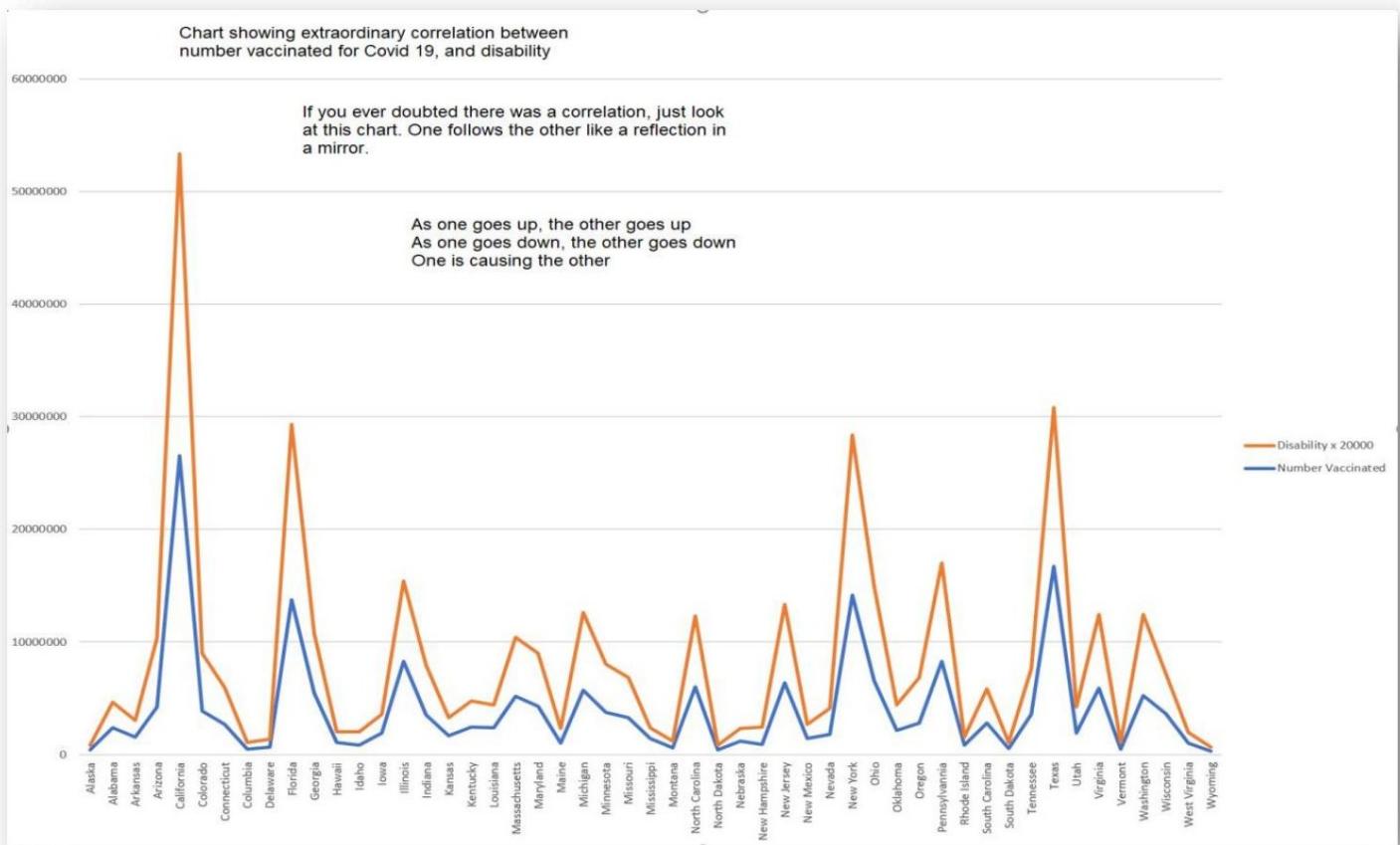
Lo que significa que la relación entre discapacidades y muertes será de 5:3; por cada 5 personas discapacitadas, habrá otras 3 muertas.

La coherencia con la que se producen la muerte y la discapacidad se demuestra por su conformidad con estas ecuaciones. Sin embargo, debemos ser conscientes de que los resultados de la muerte y la discapacidad son sólo la punta de un "iceberg": aunque **muchas personas no mueren ni quedan discapacitadas, pueden sufrir daños internos importantes a nivel subclínico, lo que da lugar a una reducción de la capacidad física o mental y a un mayor malestar.**

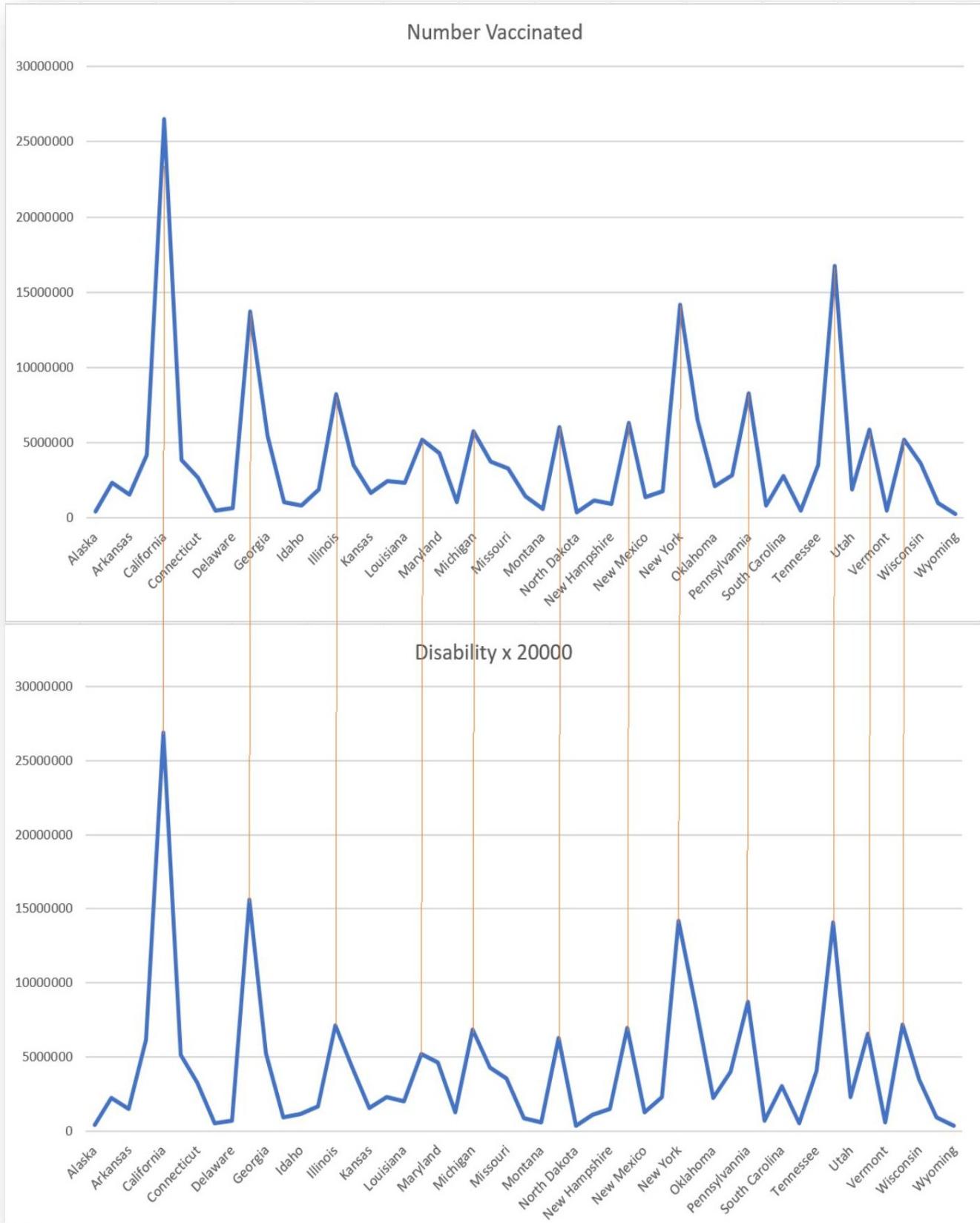
El tamaño realmente importa: **los estados con más personas vacunadas tienen más discapacidades después de la vacunación.** Esta es una evidencia sólida de la **relación causal entre la vacuna y las discapacidades y muertes** resultantes.

Sólo para reforzar el punto

Aquí hay un **gráfico que muestra cómo cambia la cantidad de discapacidades a medida que cambia la cantidad de personas vacunadas en cada estado.**



Para que esto quede más claro, aquí están los gráficos separados de la cantidad de personas vacunadas por estado y de la cantidad de personas con discapacidad por estado, impresos uno sobre el otro. La fuerza de la correlación es absolutamente extraordinaria.



A la luz de este grado de correlación, no cabe duda alguna de que estas vacunas son la causa singular de estas lesiones devastadoras. De ello se desprende que la persistencia del gobierno, las autoridades médicas y los empleadores en hacer cumplir la vacunación, a pesar de la evidencia obvia del daño causado, es una prueba prima facie de intención de causar daño,

por la cual no hay evasión de responsabilidad en virtud de la EUA.

El factor de la falta de denuncia

Se estima que el factor de subnotificación en VAERS es de aproximadamente 40 veces. Esto significa que **solo una 40^a parte de las muertes y discapacidades se notifican a VAERS.** Si esto es correcto, las cifras se vuelven un poco más alarmantes.

- Muertes: 1 en 825 = 1200 por millón
- Discapacidades: 1 en 500 = 2000 por millón

¿Y qué pasa con el tiempo?

¿Es cierto que cuanto más se vacuna, más se sufren los efectos?. Incluso los propios datos de Pfizer respaldan la idea de que **cuanto más se vacuna, peores son los efectos.**

ver -

Inyección repetida

Tamaño del lote

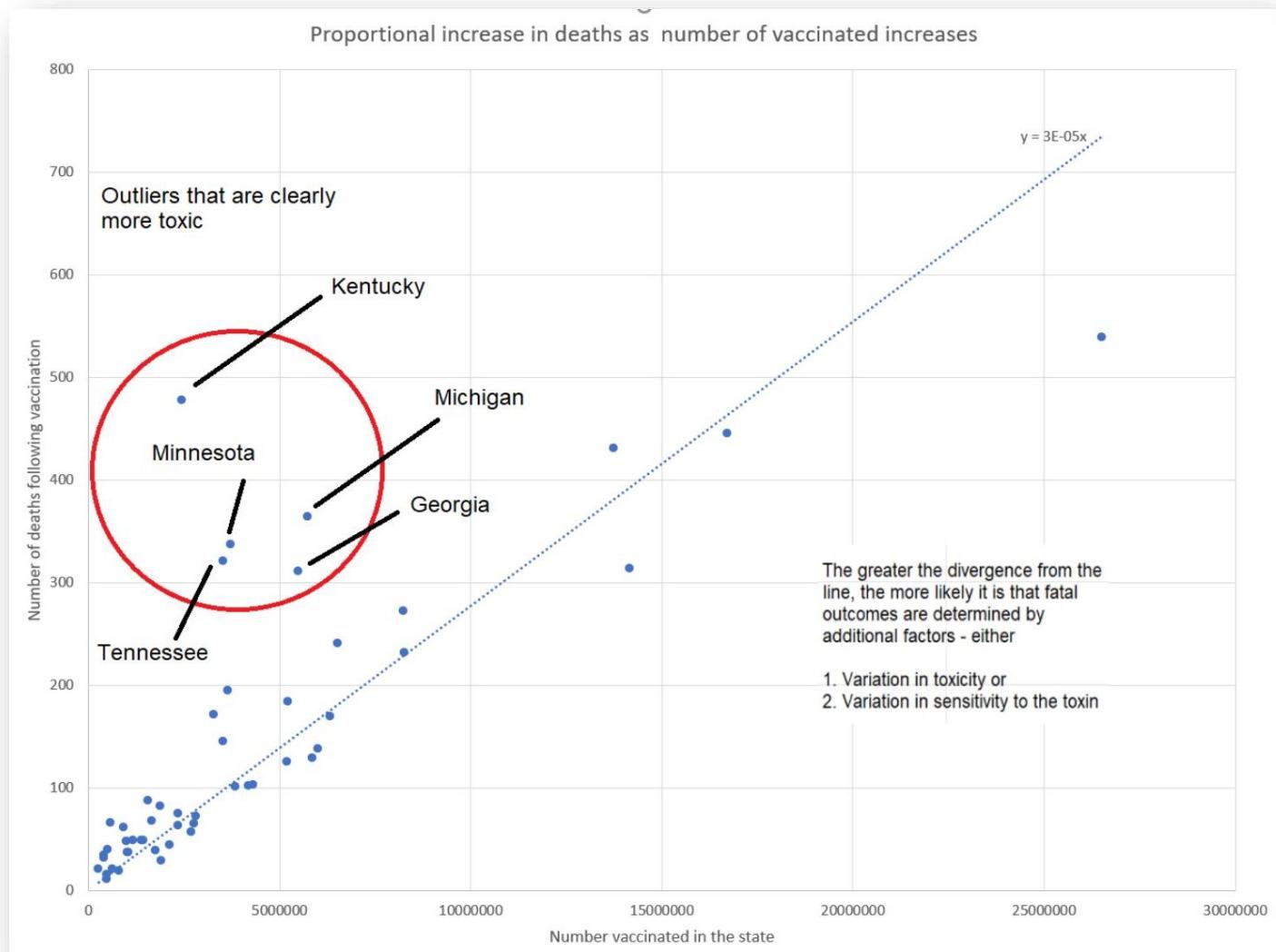
El tamaño del lote es otro índice del número de personas vacunadas. Un mayor tamaño del lote significa que se ha vacunado a más personas con ese lote. En consecuencia, observamos que los lotes de mayor tamaño están fuertemente asociados con un mayor número de reacciones adversas, muertes y discapacidades.

Actualmente, solo conocemos los tamaños de 33 lotes. Cuando graficamos el número de muertes y discapacidades en relación con los tamaños de los lotes de cada uno de estos lotes, descubrimos que existe una fuerte correlación lineal de 0,86. Cuanto más grande es el lote, mayor es el número de heridos.

El tamaño importa, el tamaño importa, el tamaño importa.

Otros factores además del tamaño

Por favor, **observe nuevamente el gráfico de muertes. Verá que algunos estados expresan cifras de muertes mucho más altas de lo que se esperaría para la cantidad de personas vacunadas en esos estados.**



- En Tennessee y Minnesota, las muertes son 3 veces más altas de lo esperado.
- En Georgia y Michigan, las muertes son aproximadamente 2 veces más altas de lo esperado.
- En Kentucky, las muertes son aproximadamente 6 veces más altas de lo esperado.

Fuentes de datos:

- VAERS proporcionó el número de muertes después de la vacunación con Pfizer para cada estado en el EE.UU.
- El número de vacunados en cada estado al 14 de enero de 2022 fue proporcionado por _____ - número vacunado. Así pude calcular el número de muertos en cada estado por cada 100.000 vacunados.

Observaciones

- **Existe una variación considerable en el número de muertes por cada 100.000 vacunados. Algunos estados tienen una tasa de mortalidad 16 veces mayor que otros.**
- **Los estados rojos tienden a agruparse hacia la parte superior del gráfico, mientras que los estados azules se agrupan hacia el fondo.**
- **Los estados republicanos ocupan 6 de las 7 posiciones más altas en cuanto a muertes por cada 100.000 vacunados.**

Señal de seguridad

Algunos estados, en particular Kentucky, Tennessee, Minnesota, Michigan y Georgia, están experimentando un número mucho mayor de muertes por cada 100.000 vacunados en comparación con otros estados.

Esta situación debería ser una señal de alerta y requiere una investigación. La mayor tasa de mortalidad en estos estados tras la vacunación sugiere que podrían estar recibiendo lotes más tóxicos o administrándose a personas más vulnerables.

State	Deaths	Name	Blue	Red	Num Vacc	Deaths per 100,000
KY	281	Kentucky			2446657	11.485059
MT	37	Montana			581848	6.359049099
NH	52	New Hampshire	■		922250	5.638384386
AK	22	Alaska		■	416173	5.286263165
TN	171	Tennessee			3542558	4.827020475
ND	18	North Dakota		■	405235	4.441867065
SD	22	South Dakota			511966	4.297160358
MN	160	Minnesota	■		3732963	4.286139455
GA	167	Georgia			5495289	3.038966649
WI	96	Wisconsin	■		3648131	2.631484451
WV	25	West Virginia		■	995507	2.511283195
MI	144	Michigan	■		5737156	2.509954409
AR	36	Arkansas		■	1563487	2.302545528
MO	70	Missouri			3285699	2.130444694
IA	39	Iowa		■	1879386	2.075145819
WA	103	Washington	■		5226744	1.970634108
DE	12	Delaware			632523	1.897164214
OH	123	Ohio		■	6535591	1.882002714
KS	30	Kansas		■	1681521	1.784099039
IL	139	Illinois	■		8249223	1.685007182
IN	54	Indiana		■	3533415	1.528266564
NE	17	Nebraska		■	1170992	1.451760559
PA	120	Pennsylvania	■		8284852	1.448426598
WY	4	Wyoming		■	278260	1.437504492
VT	7	Vermont	■		488,977	1.431560176
AL	33	Alabama		■	2363643	1.396149926
TX	232	Texas		■	16727778	1.386914628
NM	19	New Mexico	■		1405836	1.351508995
FL	185	Florida		■	13744395	1.346003225
ME	13	Maine	■		1030026	1.262104063
NJ	78	New Jersey	■		6343694	1.229567504
MS	17	Mississippi		■	1453639	1.169478805
MA	57	Massachusetts	■		5198480	1.096474354
AZ	44	Arizona			4207031	1.045868214
HI	11	Hawaii	■		1054993	1.042660947
NY	147	New York	■		14162994	1.037916136
DC	5	Columbia			483001	1.035194544
MD	44	Maryland	■		4310596	1.020740519
VA	59	Virginia			5867830	1.005482436
CO	38	Colorado			3855340	0.985645883
OK	19	Oklahoma		■	2141228	0.887341283
CA	232	California	■		26526203	0.874606893
NC	52	North Carolina		■	6020048	0.863780488
NV	15	Nevada	■		1762527	0.851050792
RI	7	Rhode Island	■		822567	0.850994509
OR	23	Oregon	■		2827692	0.813384202
LA	19	Louisiana		■	2362987	0.804067056
UT	15	Utah		■	1906748	0.786679729
SC	21	South Carolina		■	2768707	0.758476791
CT	19	Connecticut	■		2693093	0.705508499

Datos de VAERS para 2021 en
EE.UU. solo para la vacuna Pfizer
Columna 2 = Número de muertes
después de la vacunación Columna

6 = Número de personas

vacunadas

Columna 7 = Muertes por cada 100.000 vacunados

Repetición del análisis para todas las vacunas contra la COVID-19.

Basándome en los resultados de Pfizer, decidí repetir el análisis, pero esta vez para todas las vacunas contra la COVID-19 juntas. Esto es lo que encontré:

State	Deaths	Name	Blue	Red	Num Vacc	Deaths per 100,000
KY	478	Kentucky			2446657	19.5
MT	66	Montana			581848	11.3
TN	321	Tennessee			3542558	9.1
MN	337	Minnesota	■		3732963	9.0
ND	34	North Dakota			405235	8.4
SD	40	South Dakota			511966	7.8
AK	32	Alaska			416173	7.7
WY	21	Wyoming	■		278260	7.5
NH	61	New Hampshire	■		922250	6.6
MI	364	Michigan	■		5737156	6.3
GA	311	Georgia	■		5495289	5.7
AR	87	Arkansas	■		1563487	5.6
WI	195	Wisconsin	■		3648131	5.3
MO	171	Missouri			3285699	5.2
WV	48	West Virginia			995507	4.8
IA	82	Iowa			1879386	4.4
NE	49	Nebraska			1170992	4.2
IN	145	Indiana			3533415	4.1
KS	68	Kansas			1681521	4.0
OH	241	Ohio			6535591	3.7
ME	37	Maine	■		1030026	3.6
WA	184	Washington	■		5226744	3.5
HI	37	Hawaii	■		1054993	3.5
NM	49	New Mexico	■		1405836	3.5
MS	49	Mississippi	■		1453639	3.4
DE	21	Delaware	■		632523	3.3
IL	272	Illinois	■		8249223	3.3
AL	75	Alabama			2363643	3.2
FL	431	Florida			13744395	3.1
DC	15	Columbia			483001	3.1
PA	232	Pennsylvania	■		8284852	2.8
LA	63	Louisiana			2362987	2.7
NJ	169	New Jersey	■		6343694	2.7
TX	445	Texas			16727778	2.7
CO	101	Colorado	■		3855340	2.6
ID	24	Idaho	■		937444	2.6
OR	72	Oregon	■		2827692	2.5
AZ	102	Arizona			4207031	2.4
MA	125	Massachusetts	■		5198480	2.4
MD	103	Maryland	■		4310596	2.4
SC	65	South Carolina			2768707	2.3
RI	19	Rhode Island	■		822567	2.3
NC	138	North Carolina	■		6020048	2.3
VT	11	Vermont	■		488,977	2.2
NY	314	New York	■		14162994	2.2
NV	39	Nevada			1762527	2.2
VA	129	Virginia			5867830	2.2
CT	57	Connecticut	■		2693093	2.1
OK	44	Oklahoma	■		2141228	2.1
CA	539	California	■		26526203	2.0
UT	29	Utah			1906748	1.5

Datos de VAERS para 2021 en EE. UU. sobre las vacunas de Pfizer, Moderna y Janssen Columna 2 = Número de muertes después de la vacunación Columna 6 = Número de

personas vacunadas

Columna 7 = Muertes por
cada 100.000 vacunados

Se observa un patrón más claro: los estados republicanos están casi completamente agrupados en la parte superior y los estados demócratas en la inferior. El número de muertes por cada 100.000 vacunados es mucho mayor en los estados republicanos.

Las únicas razones posibles para esto son:

1. Los estados rojos están recibiendo lotes de mayor toxicidad o
2. La aceptación en los estados rojos se da predominantemente entre las personas mayores y frágiles.

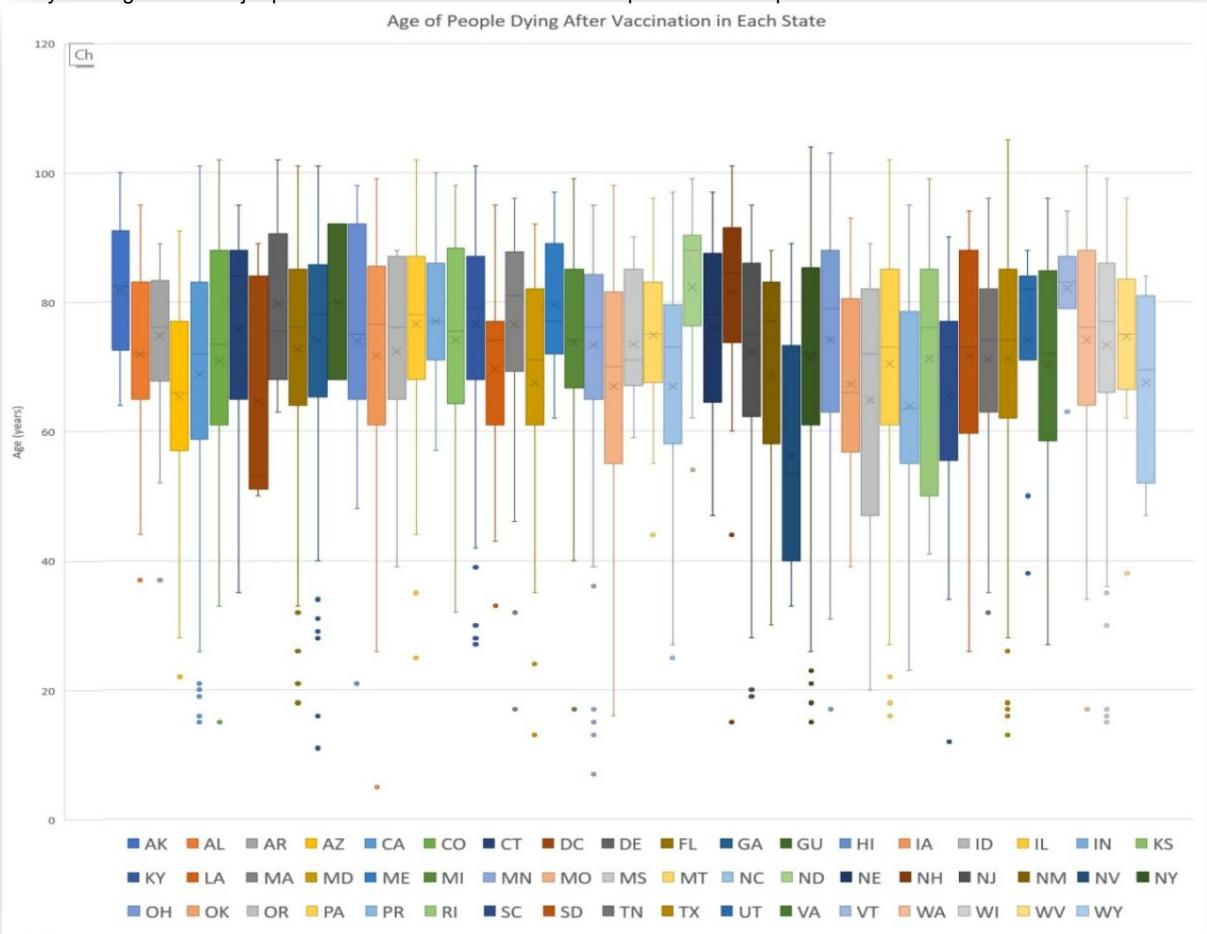
Evaluación de los factores de edad y fragilidad

Tendré que investigar esto más a fondo, analizando la distribución de las edades de los vacunados entre los estados. VAERS también proporciona una lista de comorbilidades para el informe de cada receptor, por lo que también puedo realizar pruebas de fragilidad.

(Nota: Si la edad y la fragilidad son responsables del aumento de muertes tras la vacunación en los estados rojos, entonces esto es una admisión de que las personas mayores y frágiles deben ser más vulnerables a los efectos fatales de la vacuna, ya que los estados rojos tienen hasta 19 veces la tasa de mortalidad. Y si las personas mayores y frágiles son más vulnerables a esta medicación, entonces deberían estar protegidas de ella y exentas de ella. Si algún grupo demográfico es excesivamente vulnerable a una medicación, entonces no debería estar expuesto a ella: continuar con la medicación delata una intención de hacer daño).

Edad

Aquí hay un diagrama de caja que muestra las edades de todos los que mueren después de la vacunación en cada estado.



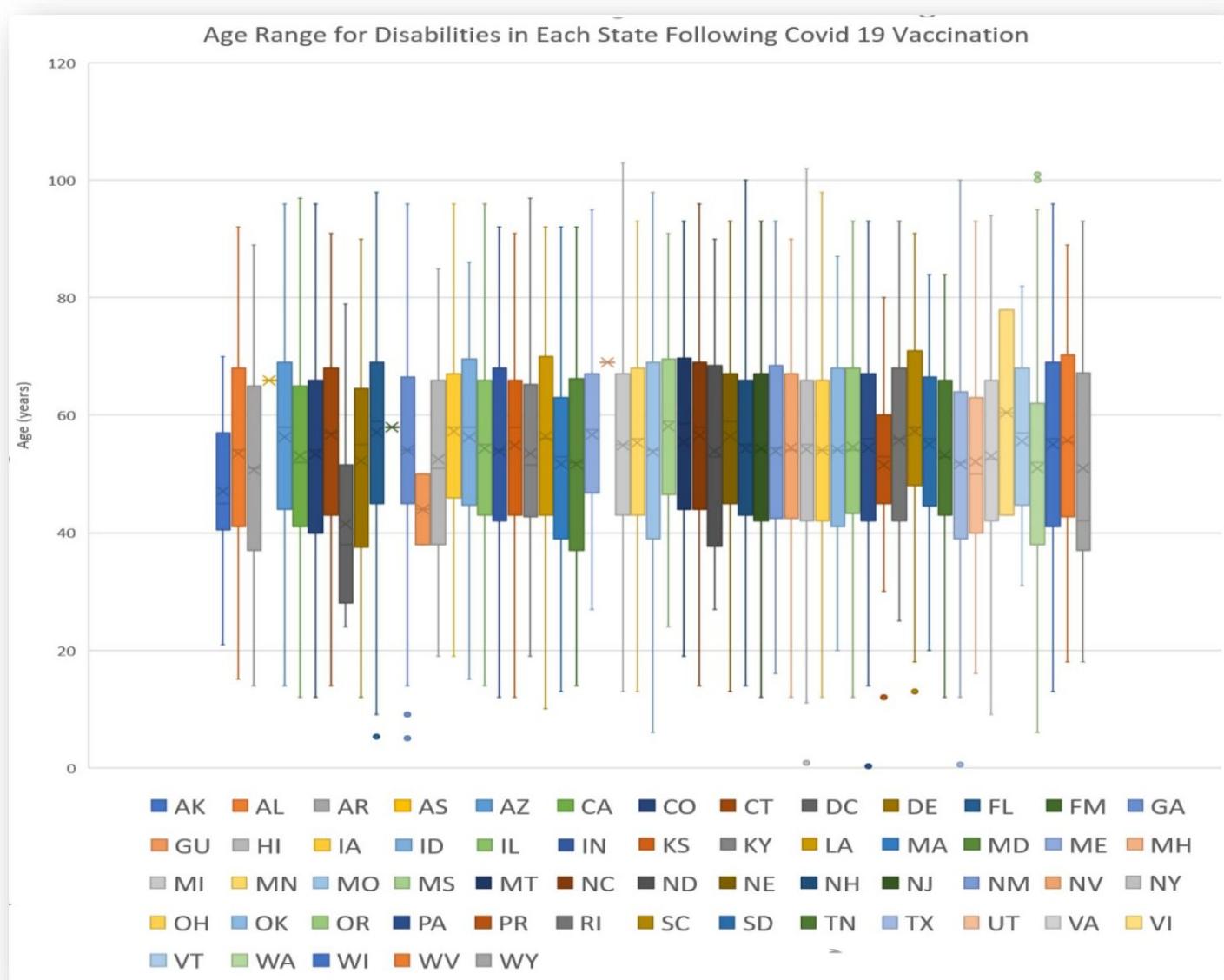
Los ancianos son definitivamente más vulnerables.

Como puede ver, la edad promedio de quienes mueren después de la vacunación es de más de 60 años en todos los estados, excepto Nevada y Columbia. En términos generales, el 25% tiene entre 40 y 60 años y el 75% tiene más de 60 años. Por lo tanto, la edad es definitivamente un factor: **las personas mayores son vulnerables a los efectos de la vacuna en todos los estados: la vacuna los mata con mucha más facilidad que a los jóvenes. Por esta razón, las personas mayores no deberían exponerse a la vacuna, sino que deberían protegerse de ella.** Esta es una importante señal de seguridad.

Diferencias en la discapacidad después de la vacunación

Estas vacunas tienden a causar la muerte a los ancianos (discapacidad terminal) y a causar lesiones graves o enfermedades crónicas a los grupos de edad más jóvenes (discapacidad no terminal). Después de todo, la muerte es simplemente una discapacidad extrema, por lo que los jóvenes y fuertes pueden sobrevivir, pero con discapacidad.

En el diagrama de caja que aparece a continuación, he representado los rangos de edad de todas las personas que adquieren una discapacidad en cada estado de los EEUU después de la vacunación. Como puede ver, el rango de edad es definitivamente menor. Alrededor del 25 % de las discapacidades se producen en el rango de edad de entre 20 y 40 años, y el 75 % se producen en el rango de

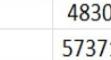
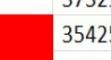
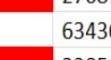
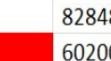
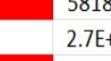
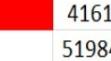
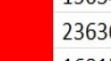


Distribución de la discapacidad en los distintos estados

Si analizamos la distribución de la discapacidad en los distintos estados, observamos que se ha invertido la distribución anterior. Ahora hay una concentración de estados azules en la parte superior y de estados rojos en la parte inferior. **En los estados azules se está vacunando a un mayor número de grupos de edad más jóvenes que en los estados rojos, por lo que hay un número correspondientemente mayor de personas que se vuelven discapacitadas.**

En algunos estados, el número absoluto de casos de discapacidad tras la vacunación es muy elevado. Por ejemplo, en **California** se han registrado 1344 casos.

Curiosamente, en el Distrito de **Columbia la vacuna mata a personas más jóvenes que en otros estados y también causa más discapacidades entre las personas más jóvenes.**

State	Disability	Name	Blue	Red	Num Vacc	Disabilities per 100,000
NH	76	New Hampshire			922250	8.2
AZ	308	Arizona			4207031	7.3
WY	20	Wyoming			278260	7.2
OR	202	Oregon			2827692	7.1
WA	361	Washington			5226744	6.9
CO	258	Colorado			3855340	6.7
NV	117	Nevada			1762527	6.6
ID	62	Idaho			937444	6.6
OH	421	Ohio			6535591	6.4
ME	66	Maine			1030026	6.4
IN	219	Indiana			3533415	6.2
VT	30	Vermont			488,977	6.1
CT	163	Connecticut			2693093	6.1
UT	115	Utah			1906748	6.0
DC	29	Columbia			483001	6.0
MI	343	Michigan			5737156	6.0
DE	37	Delaware			632523	5.8
MN	214	Minnesota			3732963	5.7
TN	203	Tennessee			3542558	5.7
FL	780	Florida			1.4E+07	5.7
SD	29	South Dakota			511966	5.7
VA	330	Virginia			5867830	5.6
SC	154	South Carolina			2768707	5.6
NJ	349	New Jersey			6343694	5.5
MO	178	Missouri			3285699	5.4
MD	233	Maryland			4310596	5.4
PA	438	Pennsylvannia			8284852	5.3
NC	315	North Carolina			6020048	5.2
OK	112	Oklahoma			2141228	5.2
MT	30	Montana			581848	5.2
CA	1344	California			2.7E+07	5.1
AK	21	Alaska			416173	5.0
MA	261	Massachusetts			5198480	5.0
NY	711	New York			1.4E+07	5.0
ND	20	North Dakota			405235	4.9
WV	49	West Virginia			995507	4.9
NE	57	Nebraska			1170992	4.9
WI	177	Wisconsin			3648131	4.9
GA	265	Georgia			5495289	4.8
AR	75	Arkansas			1563487	4.8
AL	113	Alabama			2363643	4.8
KS	80	Kansas			1681521	4.8
KY	116	Kentucky			2446657	4.7
NM	65	New Mexico			1405836	4.6
HI	48	Hawaii			1054993	4.5
IA	85	Iowa			1879386	4.5
LA	103	Louisiana			2362987	4.4
IL	358	Illinois			8249223	4.3
RI	35	Rhode Island			822567	4.3
TX	704	Texas			1.7E+07	4.2
MS	46	Mississippi			1453639	3.2

El segundo pico: efectos a largo plazo/retardados del Vacunas

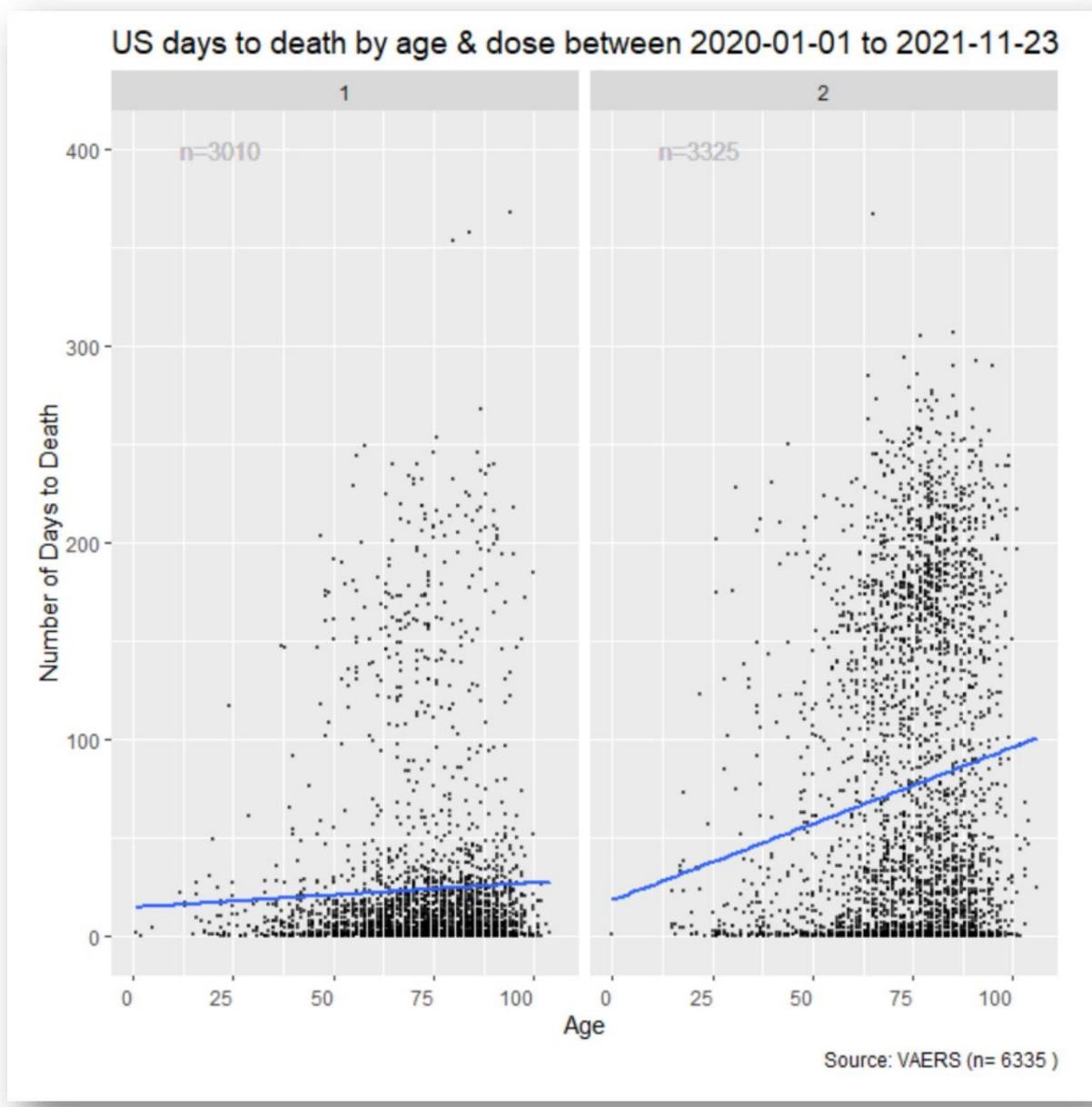
Inmediatez de las reacciones graves

En una página anterior, aquí, Analizamos el tiempo transcurrido hasta la aparición de las reacciones adversas y descubrimos que había una **fuerte concentración de reacciones adversas inmediatamente después de la vacunación. Esto constituye el primer pico. Podríamos considerarlo como los efectos inmediatos o agudos de las vacunas.**

Lo que estás a punto de leer es que hay un segundo pico, que ocurre en un momento definido después del primer pico, **que podríamos considerar como los efectos crónicos o de largo plazo de la vacuna.**

Para demostrarlo, analizaremos la distribución de muertes y hospitalizaciones tras la primera y la segunda dosis.

FIG 1: Muertes después de la vacunación



El primer gráfico muestra los efectos de la primera dosis. Observe que **la mayoría de las muertes después de la primera dosis ocurren dentro de los 30 días** y desaparecen después de ese tiempo, por lo que **la primera dosis produce principalmente una reacción aguda e inmediata**. Observe también que la ocurrencia de **la muerte persiste durante más tiempo en los grupos de mayor edad, lo que sugiere que el ingrediente activo que causa la muerte persiste durante más tiempo en sus cuerpos**.

Ahora observemos el segundo gráfico, que muestra los efectos de la segunda dosis. En él, **la mayor concentración de muertes sigue produciéndose inmediatamente después de la vacuna, y disminuye exponencialmente a medida que pasa cada día, hasta que la frecuencia de muertes alcanza un mínimo alrededor de los 100 días después de la vacunación. Luego empieza a aumentar de nuevo, y hay un segundo pico alrededor de los 180 días después de la vacunación.** Observemos que **el segundo pico solo es evidente en las personas mayores de 50 años.**

FIG 2: Gráficos que muestran el segundo pico

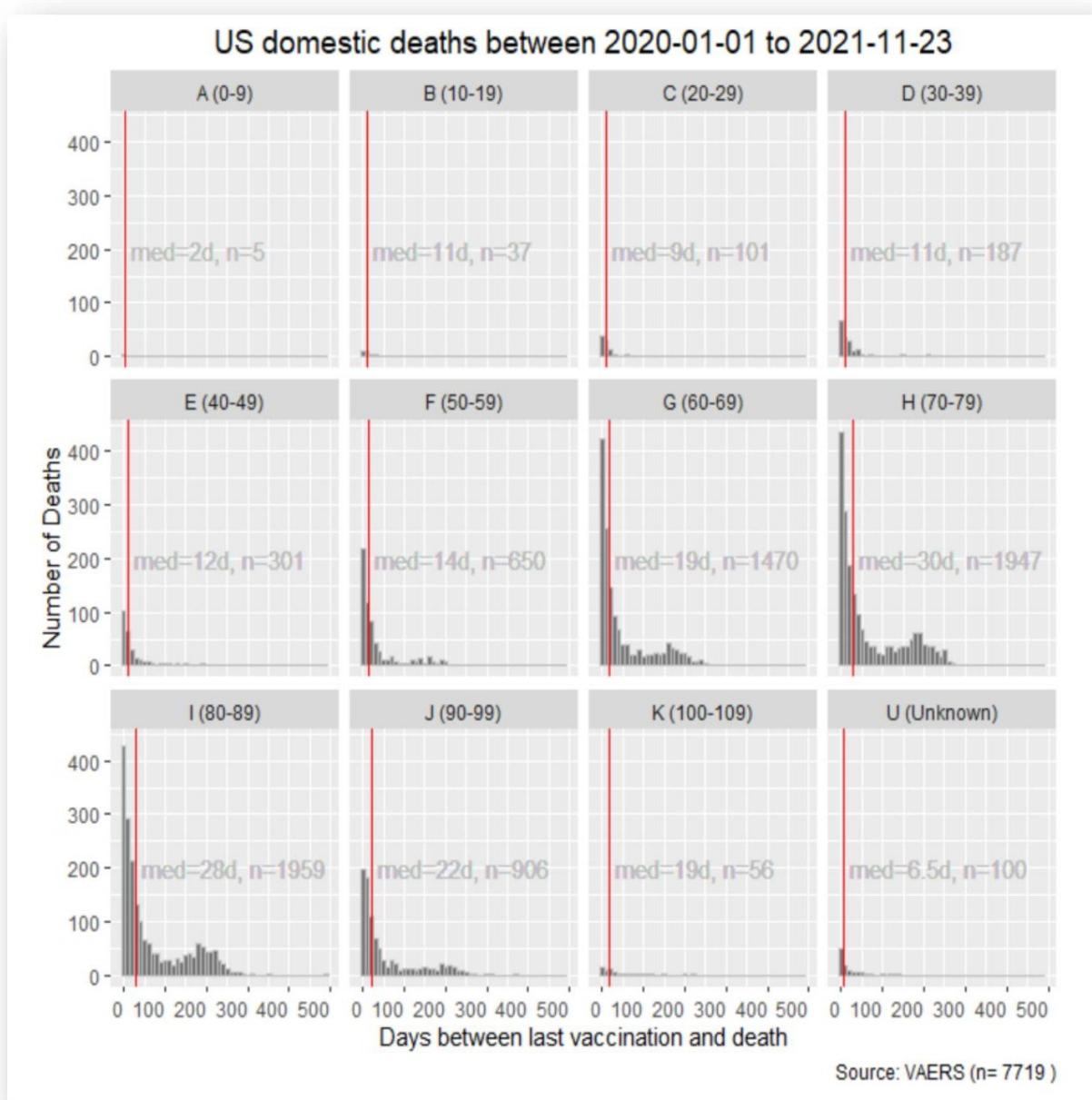
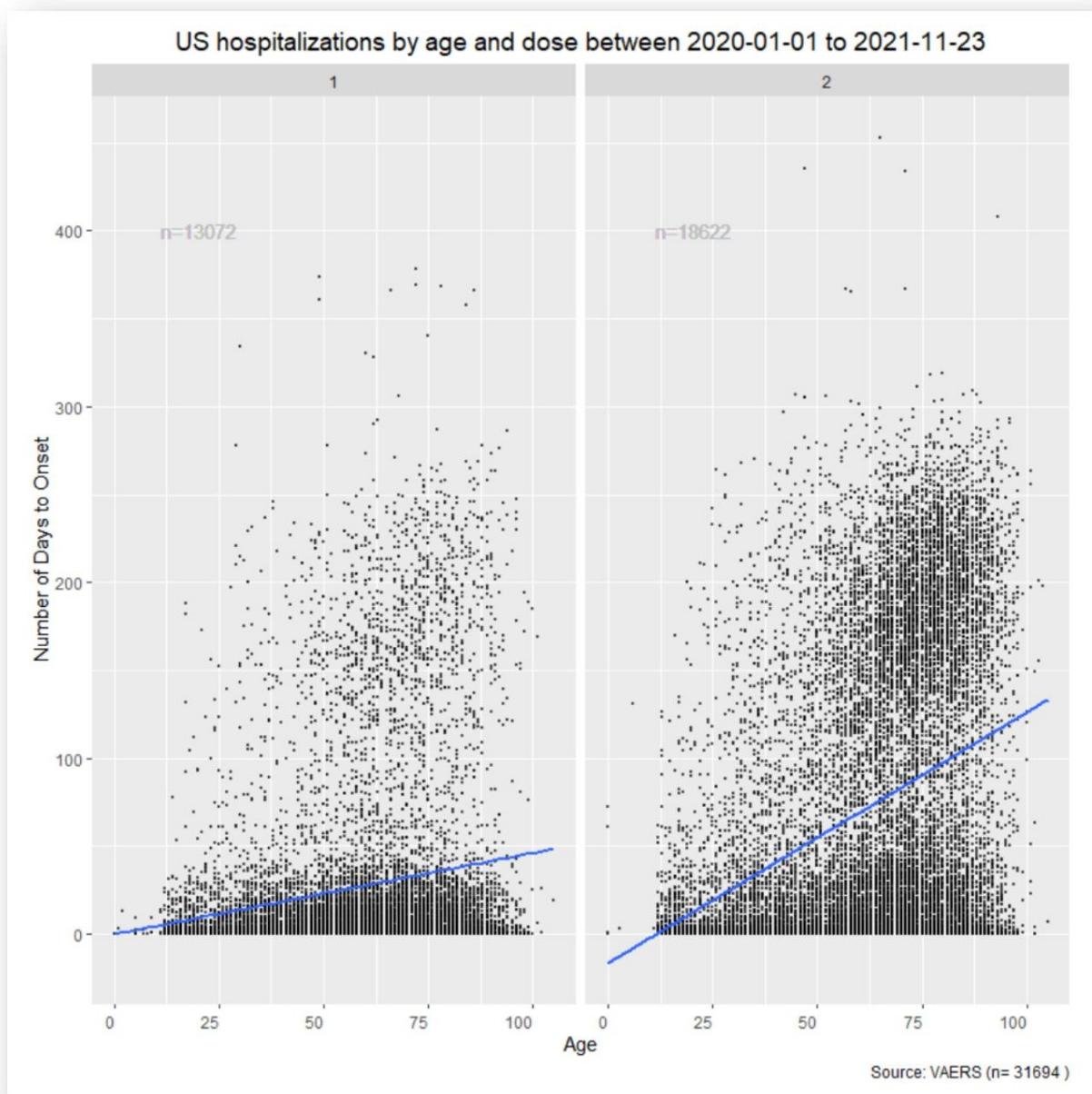


FIG 3: Hospitalizaciones posteriores a la vacunación

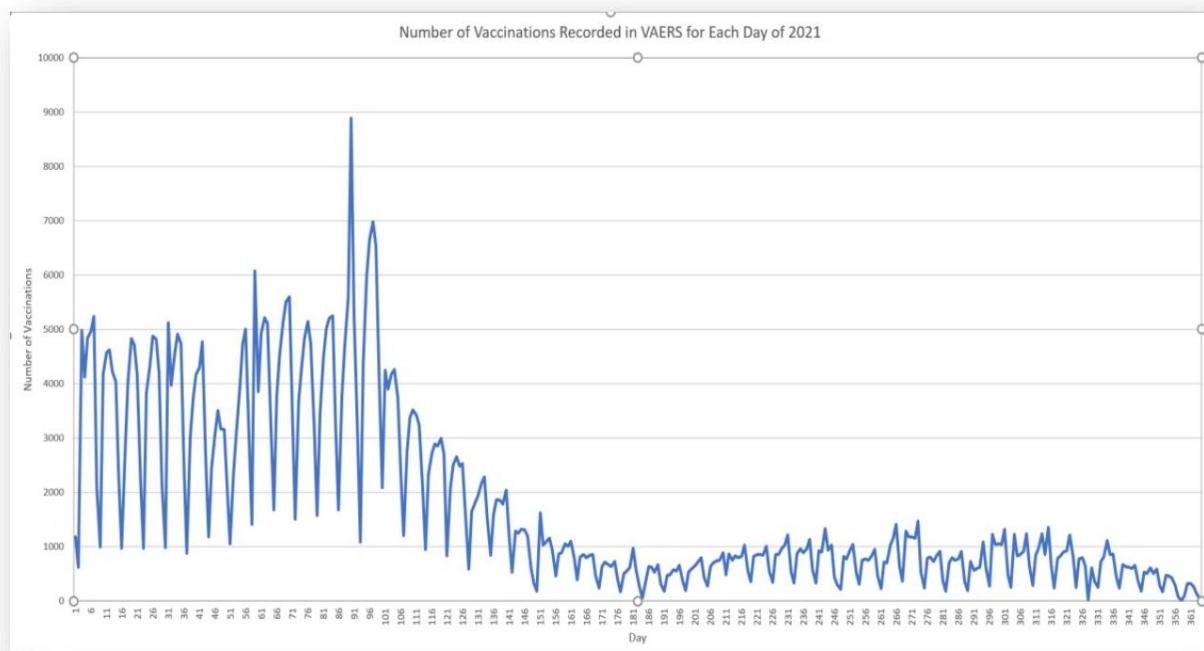


Estos dos gráficos muestran el número de hospitalizaciones tras la vacunación. Muestran un patrón similar al de los gráficos de muerte, salvo que el segundo pico es mucho más evidente. Una vez más, el segundo pico parece afectar principalmente a los mayores de 50 años.

Disminución de la letalidad durante 2021

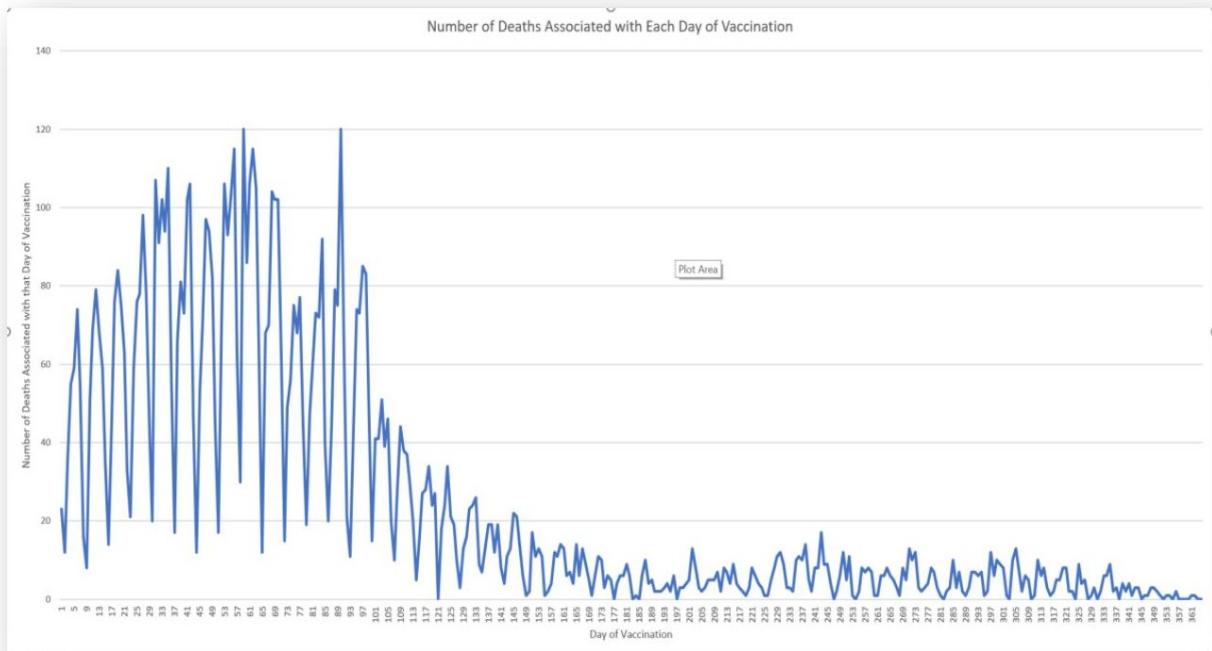
Aquí hay un gráfico que muestra el número de personas vacunadas cada día de 2021, según lo registrado en VAERS.

Este gráfico replica los hallazgos de Jason Morphett, pero utiliza una fuente de datos diferente (yo usé VAERS para contar el número de personas vacunadas cada día, mientras que Jason utilizó los números de vacunación registrados por el gobierno obtenidos de una base de datos separada de los CDC).



Se observa que se produce un mínimo cada 7 días, porque los domingos se vacunan menos personas

Cuando conté la cantidad de muertes asociadas con las vacunas administradas cada día, obtuve este gráfico, nuevamente basado en datos de VAERS para EEUU para 2021. Este es el mismo gráfico elaborado por Jason Morphett



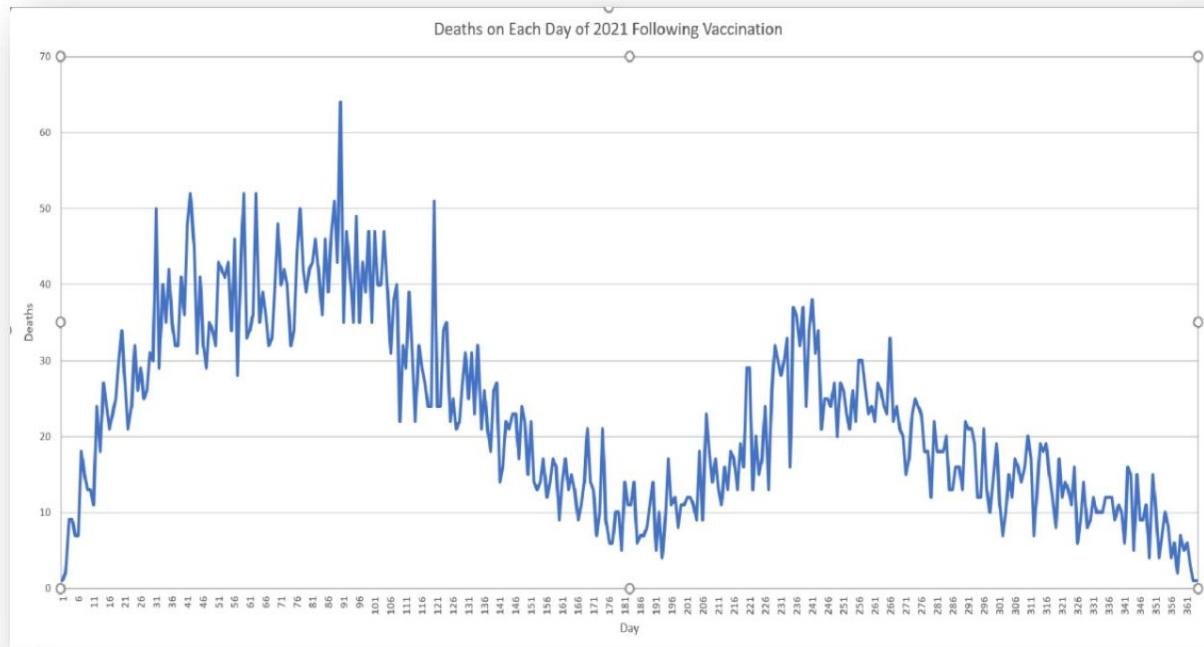
Obsérvese **nuevamente que el número de muertes asociadas con cada día de vacunación también sigue una oscilación periódica de 7 días.**



De hecho, **las vacunas han disminuido su toxicidad a lo largo de 2021. Las vacunas fueron dos veces más letales en el primer trimestre en comparación con el tercer trimestre de 2021. Reservaron las peores vacunas para los ancianos en el primer trimestre (eugenios/a/ahorro de costos en asistencia social?)**.

Curiosa distribución de la muerte

Las muertes asociadas con las vacunas administradas en un día en particular no ocurren ese día, sino que se distribuyen a lo largo de muchos días después de la vacunación. Cuando observamos las fechas reales de muerte y las representamos en un gráfico para cada día de 2021, obtenemos lo siguiente:



¿A qué se debe este segundo pico de muertes tan grande? Las muertes muestran un gran aumento en el tercer trimestre, lo cual no se esperaba, ya que hemos visto que el número de vacunados estaba disminuyendo, al igual que la toxicidad.

Los dos picos están desfasados aproximadamente 180 días.

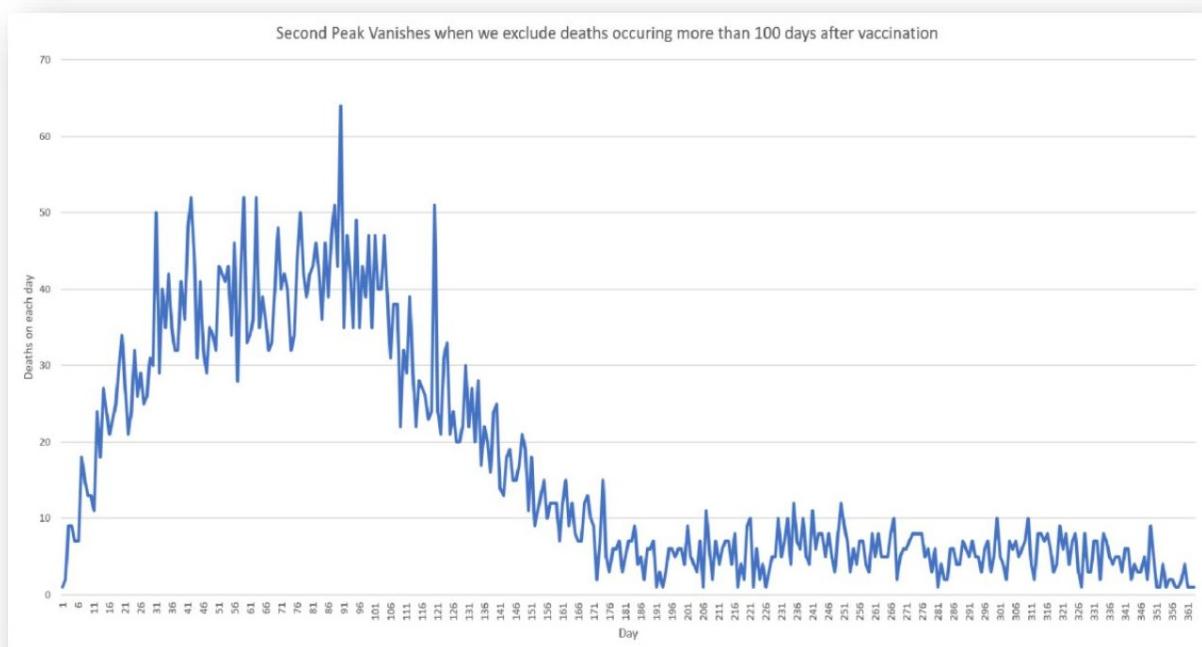
Al principio de esta página demostré que después de la vacunación de los ancianos hay dos picos, y el segundo pico empieza 180 días después de la

vacunación. Por lo tanto, propongo que este gran aumento en las muertes es principalmente el resultado de las vacunas administradas en enero, febrero y marzo. Es el segundo pico... 180 días después de la vacunación: los efectos a largo plazo de la vacuna.

Poniendo a prueba la idea

Para comprobar la idea de que el segundo pico (que se produjo en el tercer trimestre de 2021) se debió a los efectos a largo plazo de las vacunaciones iniciales en el primer trimestre de 2021, simplemente conté el número de muertes de cada día, pero filtré los registros en los que las muertes se produjeron más de 100 días después de la vacunación. Quería ver si el segundo pico desaparecía cuando hacía esto.

Los resultados se muestran a continuación y confirman que **el segundo pico surge debido a los efectos a largo plazo de la vacunación**, lo que resulta en un segundo máximo de muertes 180 días después de la vacunación.



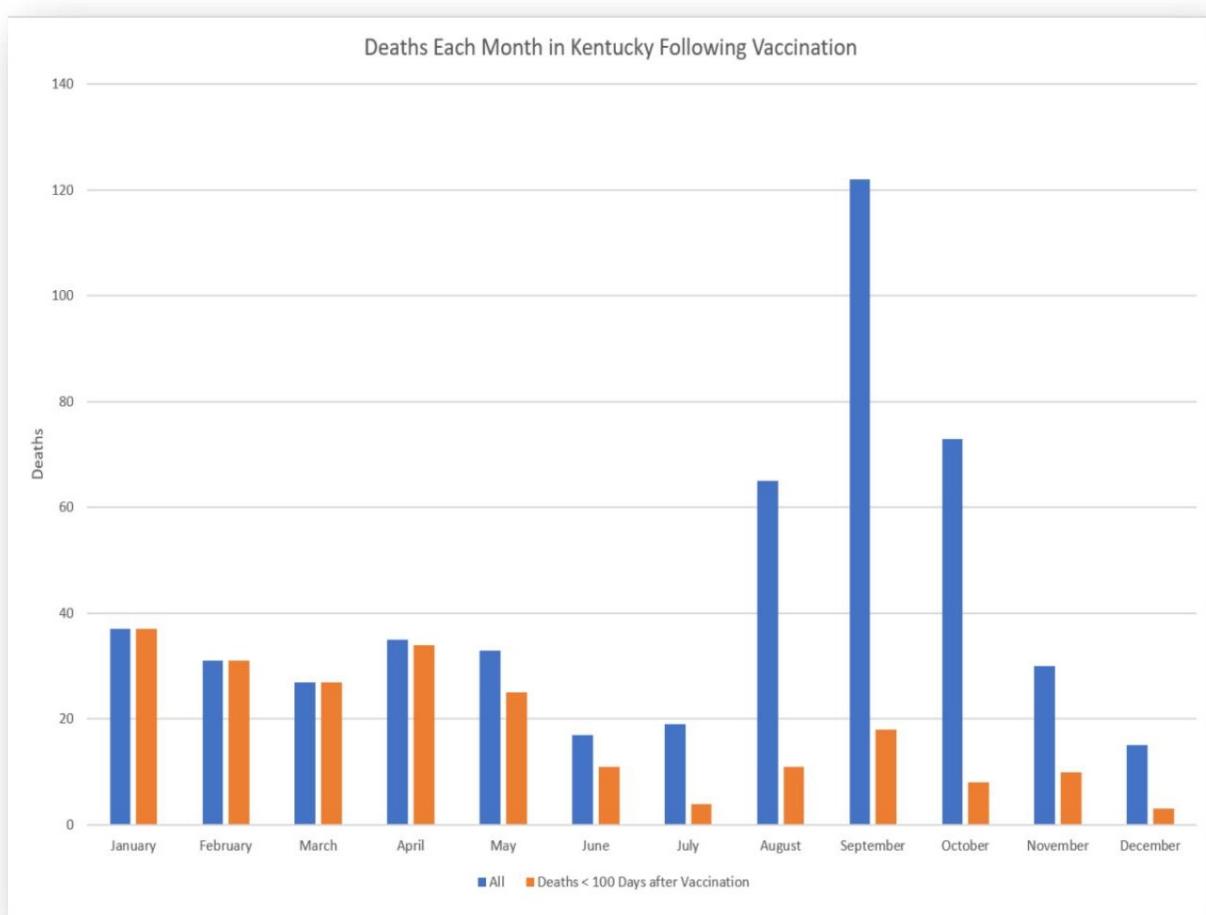
Para averiguar la causa exacta del segundo pico, tendré que analizar de qué murió la gente. Esto me dirá si se debió a una deficiencia inmunitaria o a otra cosa, y nos dará información sobre el mecanismo de los efectos a largo plazo de las vacunas.

Kentucky

Los datos de VAERS sobre las muertes en Kentucky muestran un aumento muy grande de la mortalidad en el tercer trimestre después de las vacunaciones contra la COVID-19. Los científicos se han estado preguntando qué podría dar lugar a un aumento tan grande.

Decidí realizar una prueba para ver si el gran pico del tercer trimestre podría ser el segundo pico causado por las vacunas iniciales administradas en el primer trimestre, en lugar de las vacunas administradas en el tercer trimestre.

Primero, representé gráficamente todas las muertes (mostradas en azul). Luego, representé gráficamente solo las muertes que ocurrieron menos de 100 días después de la vacunación (mostradas en naranja).

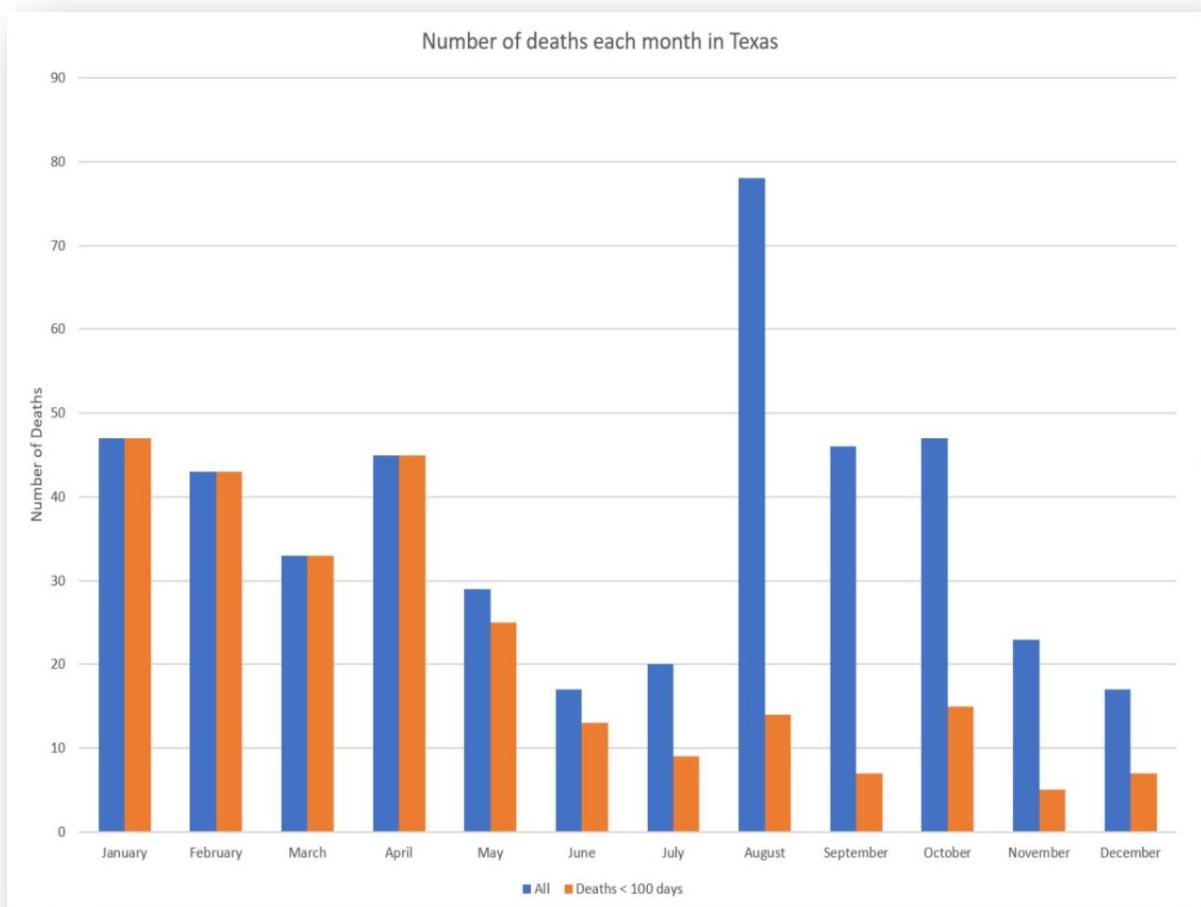


Como se puede ver, el 83% del pico del tercer trimestre no tiene nada que ver con las vacunas distribuidas en el tercer trimestre, sino que consiste en las muertes retrasadas de al menos 100 días antes. En consecuencia, **el pico del tercer trimestre es en realidad el efecto retardado de las vacunas del primer y segundo trimestre.**

Lo que realmente da miedo es la magnitud del tercer trimestre: es tres veces mayor que el primer trimestre. **La vacuna parece actuar como una bomba de tiempo: su poder destructivo se retrasa con una mecha que dura al menos 100 días.**

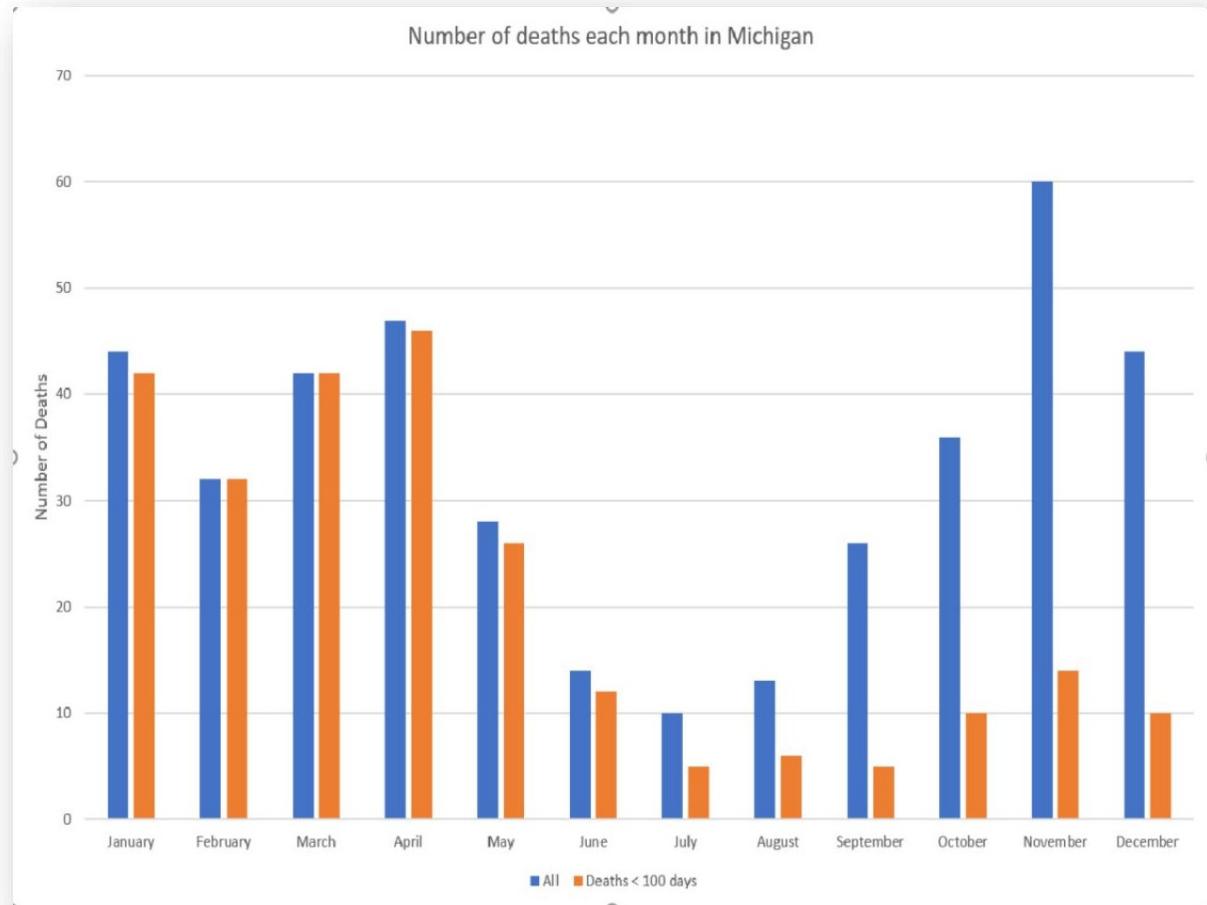
Tejas

Aquí están los datos de VAERS para Texas, que muestran la cantidad de muertes cada mes (azul). Las columnas naranjas muestran la cantidad de muertes cada mes cuando la fecha de muerte es menor a 100 días después de la vacunación. Cuando eliminamos todas las muertes mayores a 100 días después de la vacunación, el pico en el tercer trimestre desaparece por completo, lo que muestra que **el pico del tercer trimestre está compuesto en su totalidad por los efectos de las vacunas administradas en el primer y segundo trimestre: el efecto retardado. Una vez más, el efecto retardado representa más del 80 % del pico del tercer trimestre.**



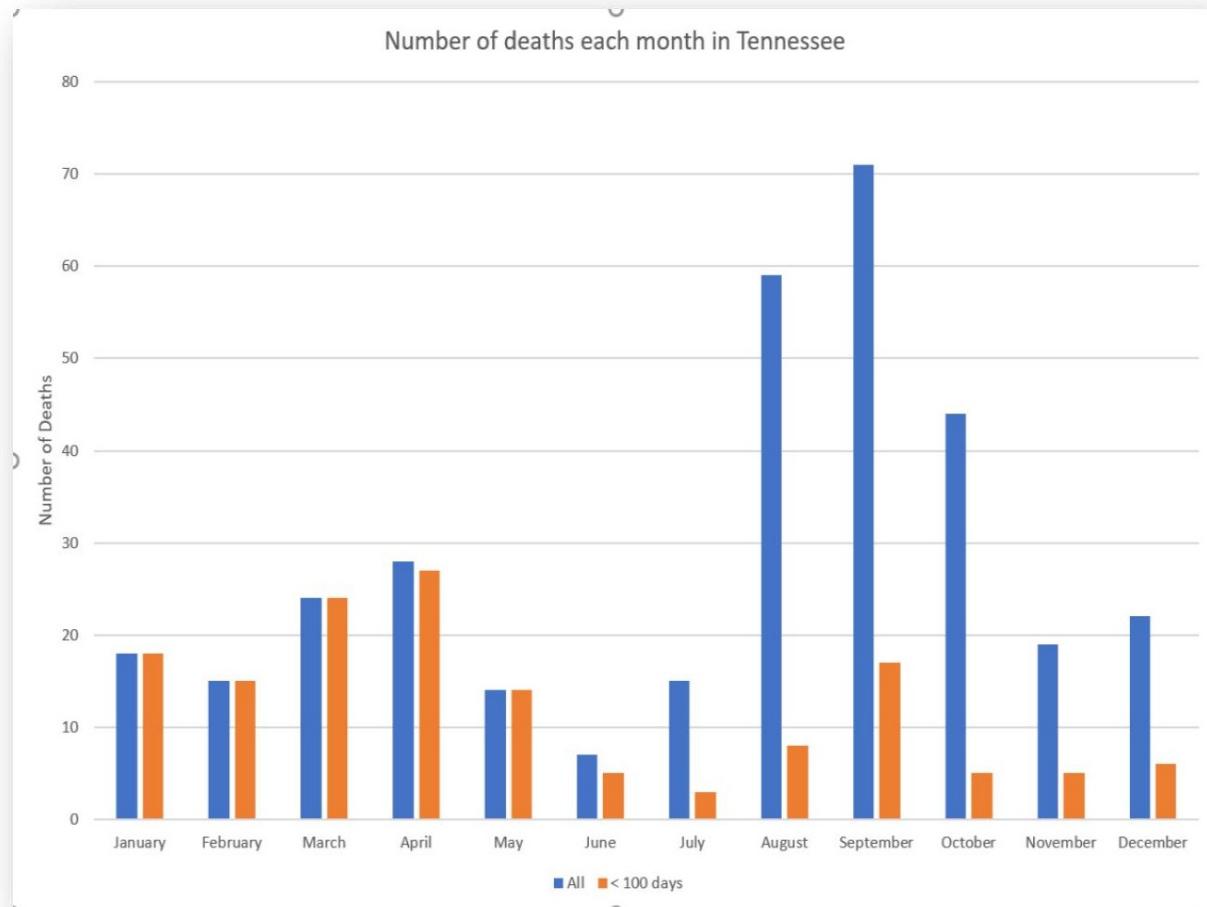
Michigan

Aquí está el gráfico de Michigan. Observe que el pico del tercer trimestre (T3) nuevamente está compuesto principalmente por las muertes tardías resultantes de las vacunas administradas en el segundo y el primer trimestre.



Tennessee

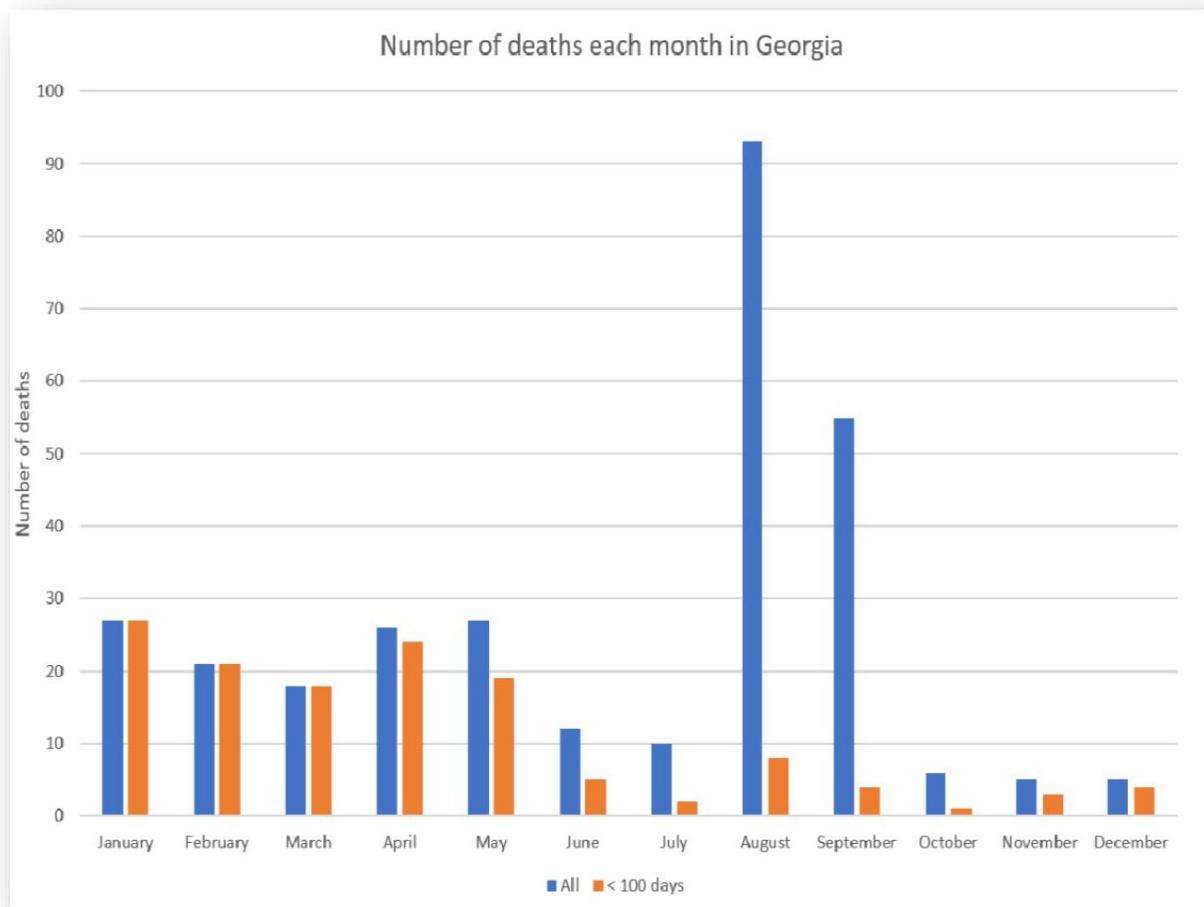
Aquí está el gráfico de Tennessee. Observe que el pico del tercer trimestre (T3) nuevamente está compuesto principalmente por las muertes tardías resultantes de las vacunas administradas en el segundo y el primer trimestre.



Georgia

Aquí está el gráfico de Georgia. Observe que el pico del tercer trimestre (T3) nuevamente está compuesto principalmente por las muertes tardías resultantes de las vacunas administradas en el segundo y el primer trimestre. Georgia muestra el efecto más pronunciado.

(Georgia también es famosa por su monumento, un monolito inscrito que describe una despoblación mundial)

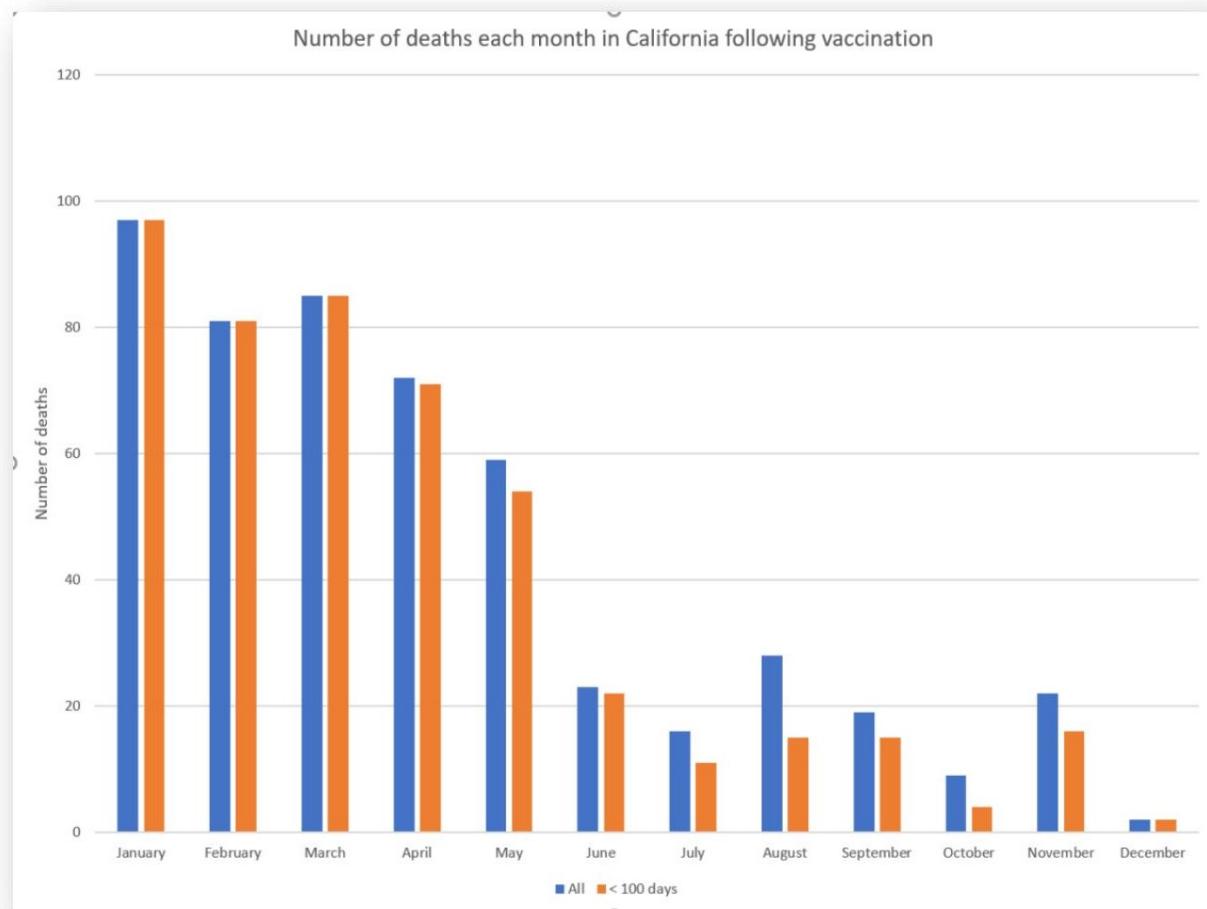


¿Se mantiene este patrón para todos los Estados?

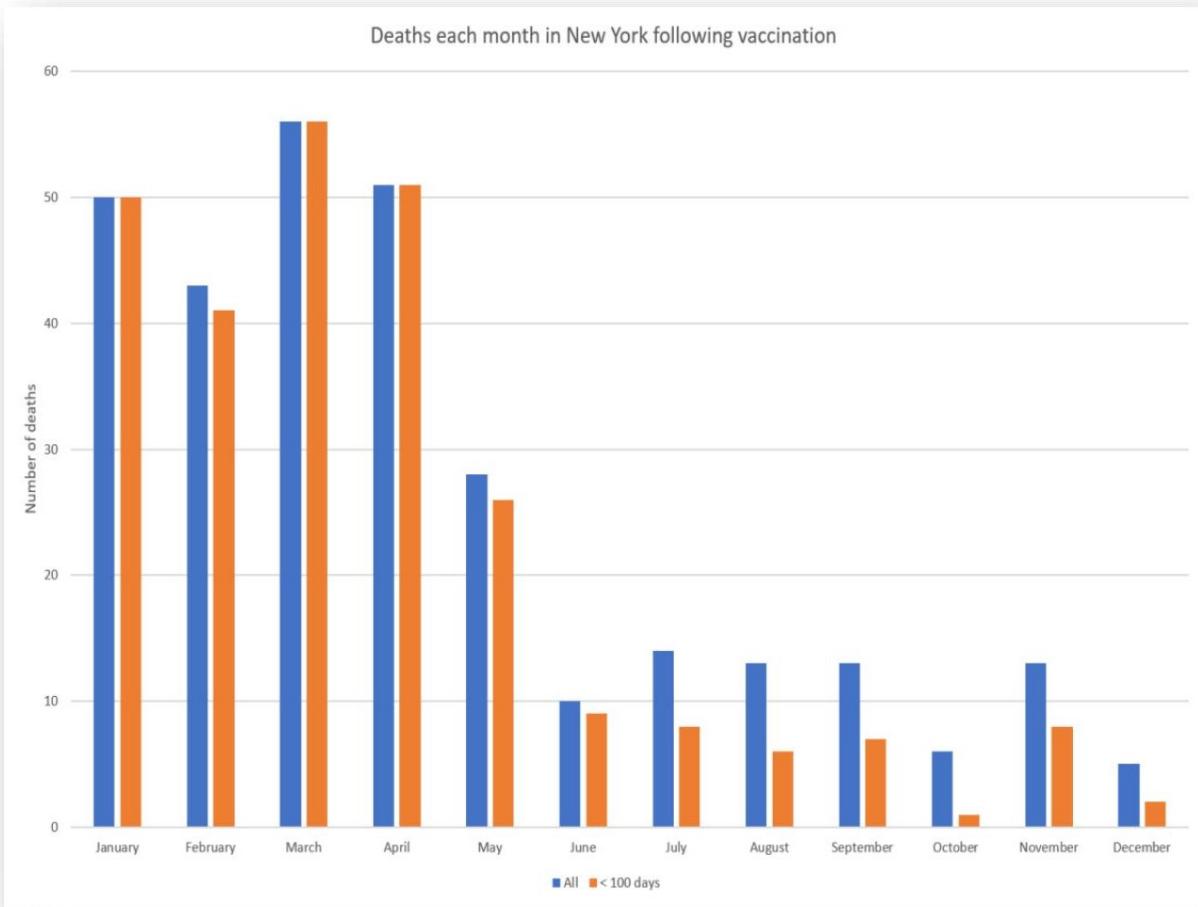
La explosión de la mortalidad en el tercer trimestre se limita a determinados estados: Michigan, Tennessee, Texas, Kentucky, Georgia, Florida y Ohio. Todos ellos se encuentran principalmente en el sureste de los EEUU. Es más, esta explosión de la mortalidad se limita a las personas en edad laboral. Otros estados, como Nueva York, California y Pensilvania, no muestran esta explosión de la mortalidad.

Es increíble que muchos estados no muestren este efecto retardado; la única explicación que se me ocurre es que las vacunas pueden haber sido adulteradas para probar este efecto retardado en estados selectos y en un rango de edad más joven.

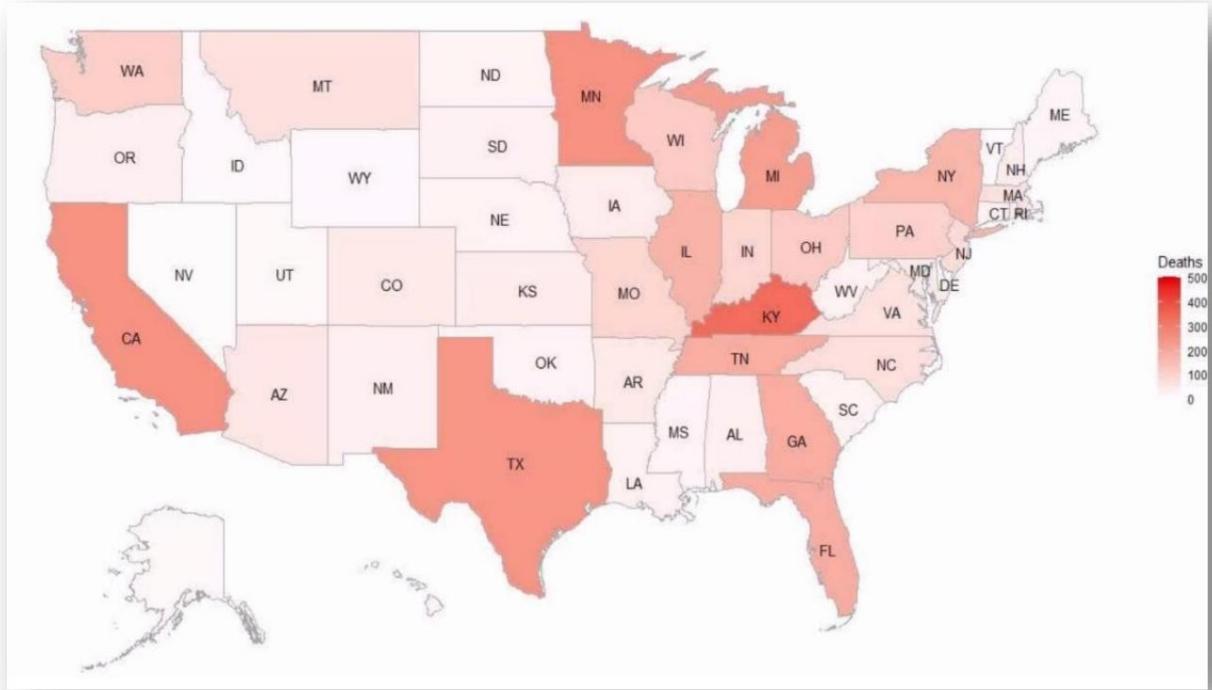
Por ejemplo, aquí están los resultados de California: apenas hay un segundo pico. Teniendo en cuenta que California tiene el mayor número de vacunados, esto es notable. **La marcada diferencia entre el resultado de California y los resultados de los estados anteriores sugiere que el efecto retardado puede deberse a una adulteración.**



Y aquí están los resultados para Nueva York



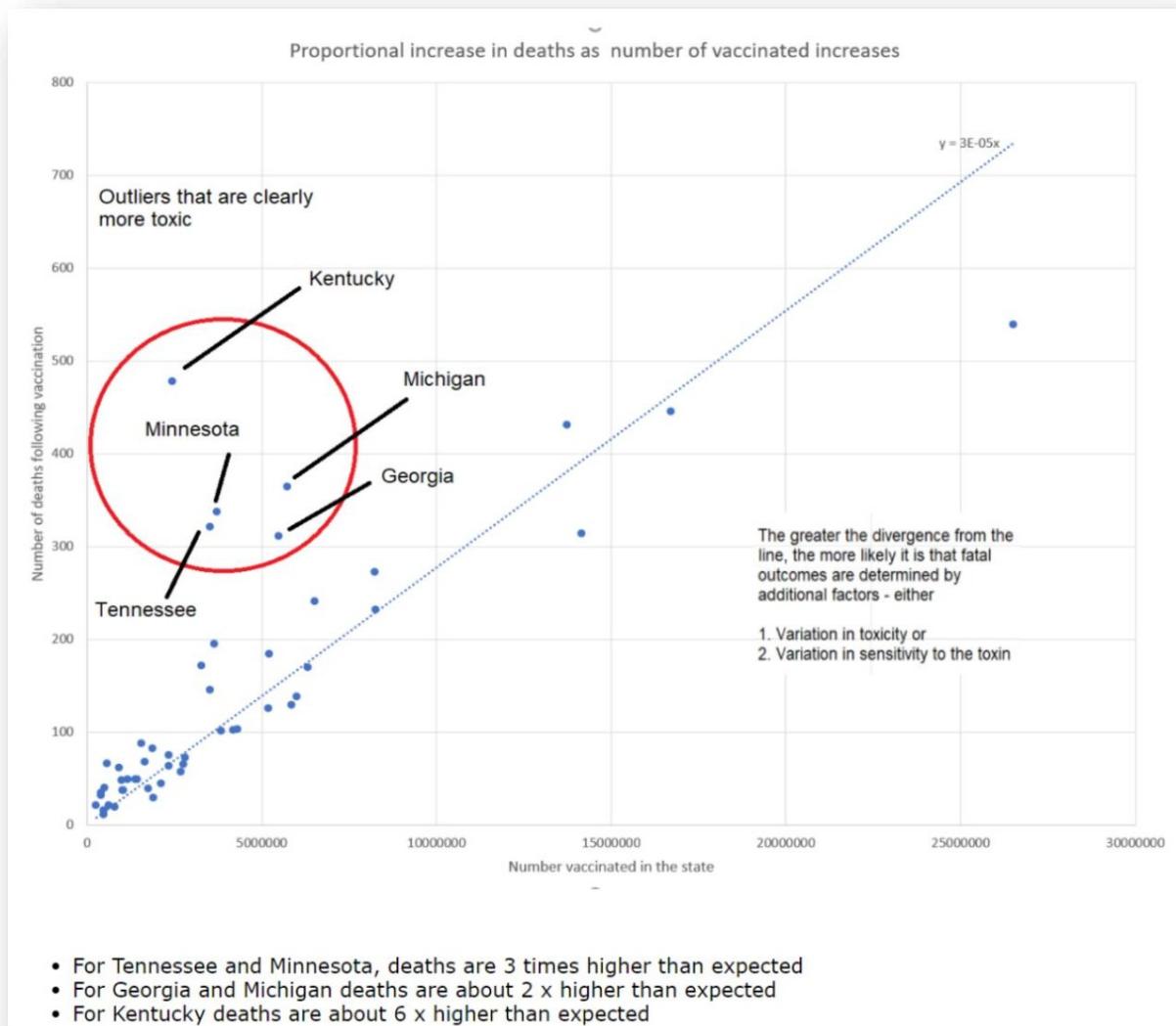
Casi todos los estados de los EEUU que muestran un alto índice de muertes tras la vacunación son los mismos estados en los que se ha detectado el fenómeno de la muerte tardía. Observe que Kentucky (KY), Michigan (MI), Minnesota (MN), Tennessee (TN), Georgia (GA), Florida (FL) y Texas (TX) tienen un tono oscuro.



"Empecé a analizar esto y descubrí que **los 7 estados que hemos identificado tienen 3 veces más muertes tardías** (que empiezan después de 120 días) **que el resto de los EEUU. Los lotes responsables son principalmente las series EN, EM, EL y ER de Pfizer**". Alexandra Latypova.

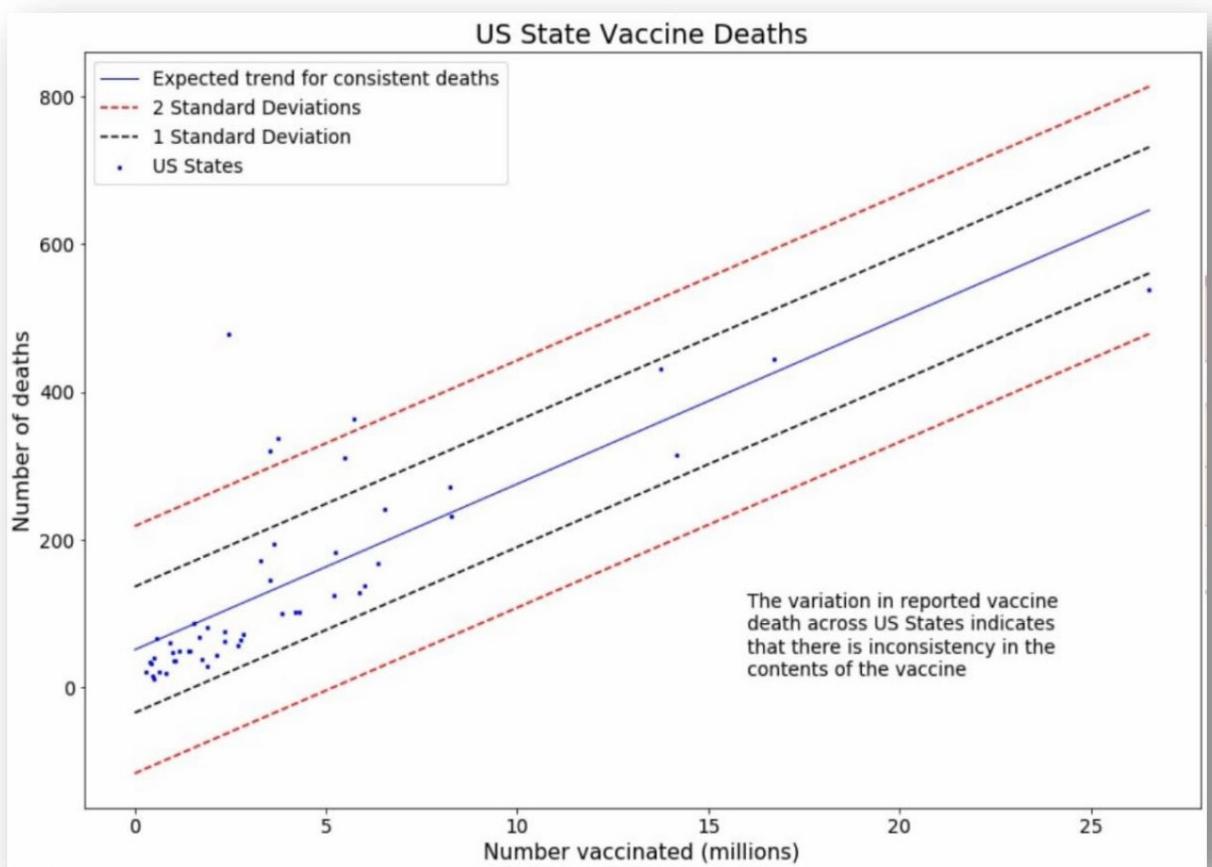
Exceso de muertes en los estados de KY, MI, MN, GA, TN

Habíamos notado un exceso de muertes en estos estados hace unos meses, pero no sabíamos la causa.



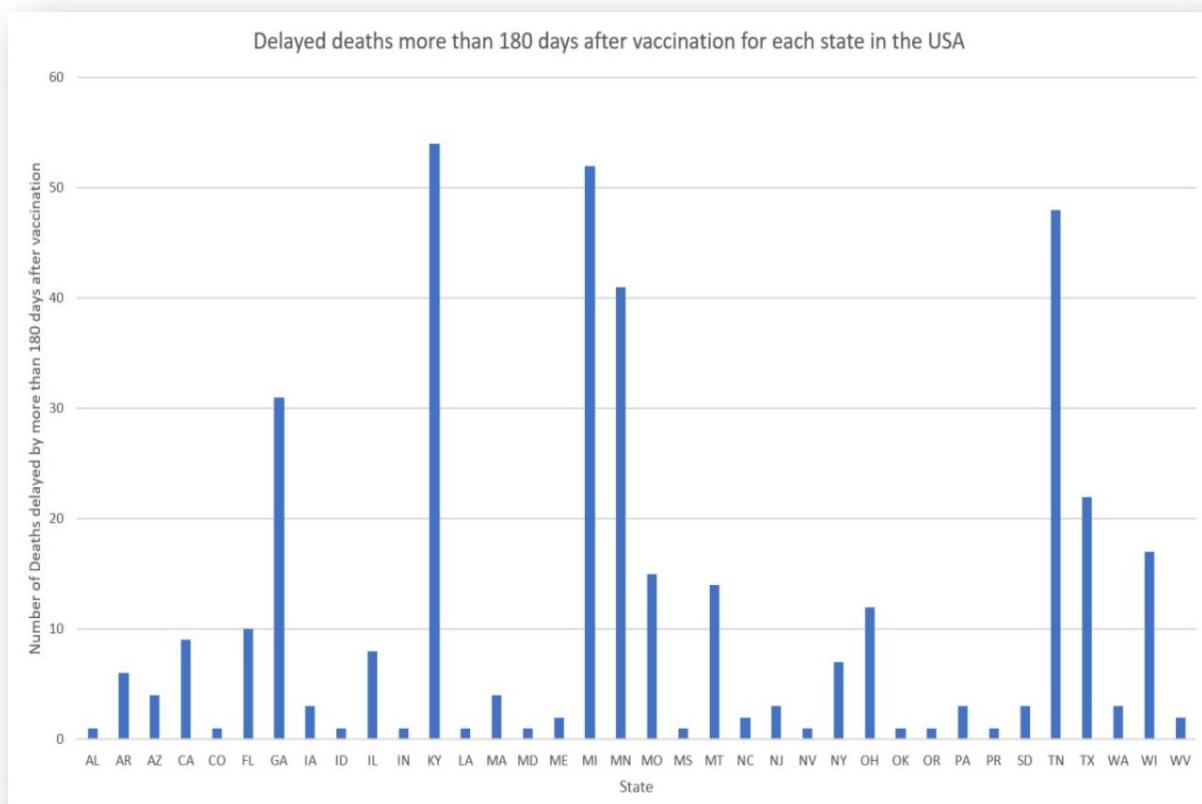
Si desea los cálculos estadísticos para estos valores atípicos, entonces hemos descubierto que **las muertes en Kentucky están a más de 4 desviaciones estándar de la media, lo que significa que es mucho más alto de lo esperado.**

Tanto Michigan como Minnesota y Tennessee se encuentran fuera del intervalo de confianza del 95%.

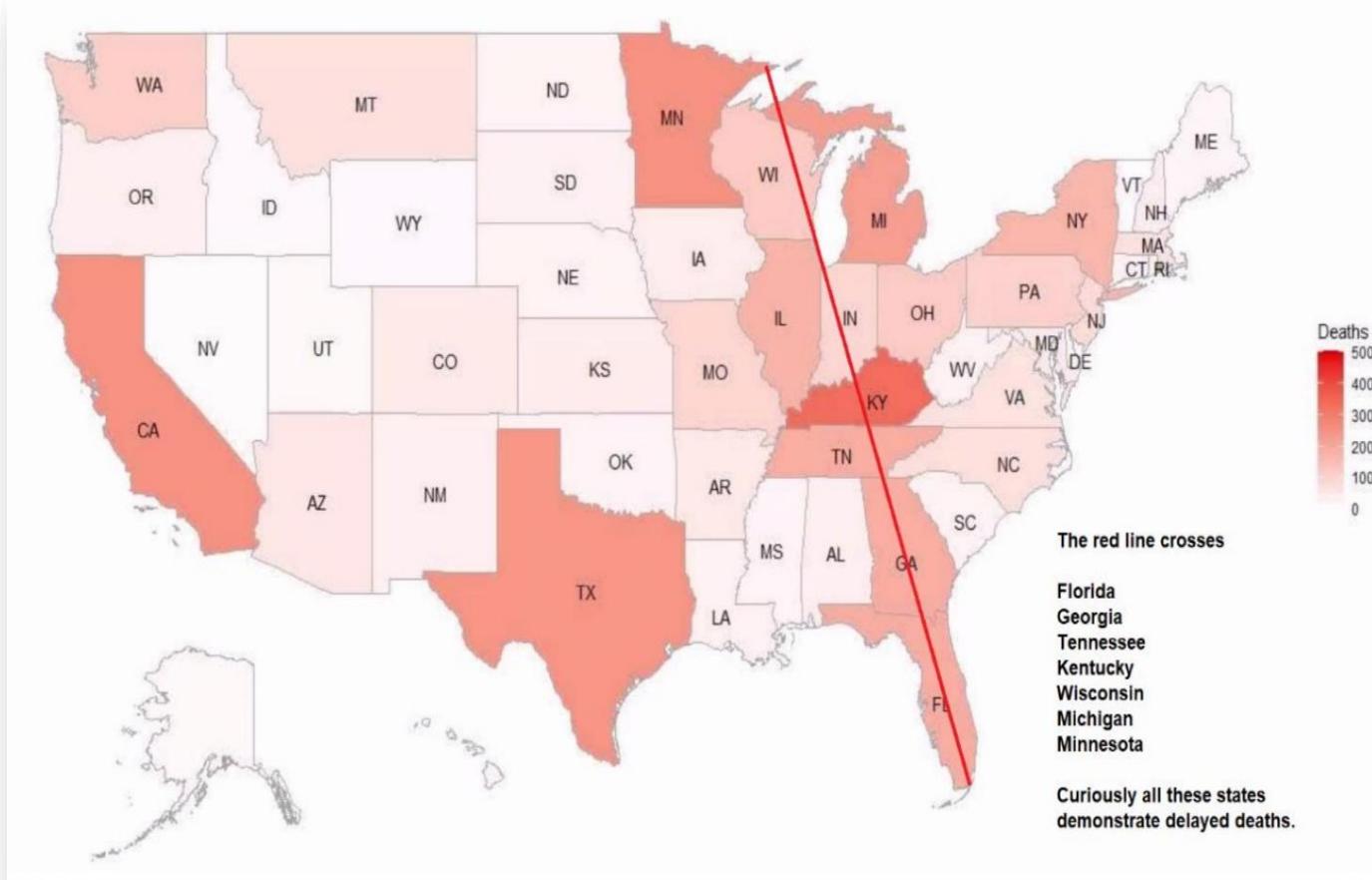


Los estados con exceso de muertes son los estados con muertes retrasadas

El gráfico siguiente muestra el número absoluto de muertes que se produjeron más de 180 días después de la vacunación en cada estado de los EE. UU. (Los estados que no se muestran tienen cero muertes después de 180 días). Este gráfico muestra claramente que los 5 estados con más muertes tardías son los mismos 5 estados que tienen un exceso de muertes en el gráfico anterior. En consecuencia, podemos plantear la hipótesis de que **el exceso de muertes se debe a que las personas mueren durante un período prolongado de tiempo.**



Los cinco estados con más muertes retrasadas, KY, TN, GA, MI y MN, están ubicados en un eje que corre en dirección sur-sureste, que corresponde aproximadamente a la Interestatal 75 (esta debe haber sido la ruta de distribución).



Possible mecanismo

En todos los estados en los que se observa el segundo efecto pico, las muertes persisten durante mucho más tiempo después de la fecha de vacunación. De hecho, la tasa de mortalidad a lo largo del tiempo es una línea recta, lo que sugiere que el ingrediente activo no disminuye con el tiempo.

En comparación, en todos los estados que no muestran este efecto, las muertes disminuyen exponencialmente desde el momento de la vacunación, lo que sugiere que el ingrediente activo está disminuyendo en cantidad a medida que pasa el tiempo.

Si la concentración del ingrediente activo no disminuye con el tiempo, entonces no se está descomponiendo ni excretando, o se está reemplazando al ritmo en el que se excreta.

En términos farmacéuticos, diríamos que han extendido la vida media del fármaco o han encontrado una forma de hacer que el cuerpo genere más cantidad.

ARN autoamplificante

El uso de ARNm autoamplificador explicaría la mayor persistencia de la toxina. En noviembre de 2020, BionTech publicó un informe.

Informe de BionTech: ver página 10

En este informe mencionan que BioNTech está desarrollando 3 plataformas diferentes:

- ARNm que contiene uridina no modificada (ARNu),
- ARNm modificado con nucleósidos (modRNA) y
- ARN autoamplificado (saRNA)

El ARN autoamplificado hace que el cuerpo fabrique más ARN (se reproduce a sí mismo). En consecuencia, la proteína de pico tóxica se repone y permanece en el cuerpo durante mucho más tiempo.

Entonces, en vísperas del lanzamiento de la vacuna en noviembre de 2020, estaban trabajando en estas tres plataformas: algunas de las vacunas serían uRNA, algunas serían modRNA y algunas serían saRNA.

- El ARN modificado con nucleósidos (modRNA), está modificado para evadir el sistema inmunológico innato, reemplazando la uridina con pseudouridina, algo que hace que el ARNm extraño sea invisible a nuestras defensas naturales.**
- El ARN autoamplificador (ARNsa) convierte al cuerpo en una fábrica de más ARNm, lo que hace que el cuerpo genere la proteína de pico tóxica durante un período más prolongado. Aquellos estados que tuvieran la mala suerte de recibir el ARNsa experimentarían una exposición prolongada a la toxina y, en consecuencia, un número elevado de muertes.**

Así que, con solo esto, se puede ver que **no todas las vacunas son iguales: hay al menos tres tipos desarrollados**. Una puede evadir las defensas y la otra puede reproducirse, por lo que, incluso si algunas son atrapadas por las defensas, simplemente son reemplazadas por más. Se puede pensar en estos tres tipos de vacunas como tres soldados diferentes: el segundo soldado es invisible para las defensas y el tercero puede clonarse o multiplicarse. Es inmediatamente obvio que **estos tres tipos de vacunas tendrán niveles de letalidad muy diferentes**.

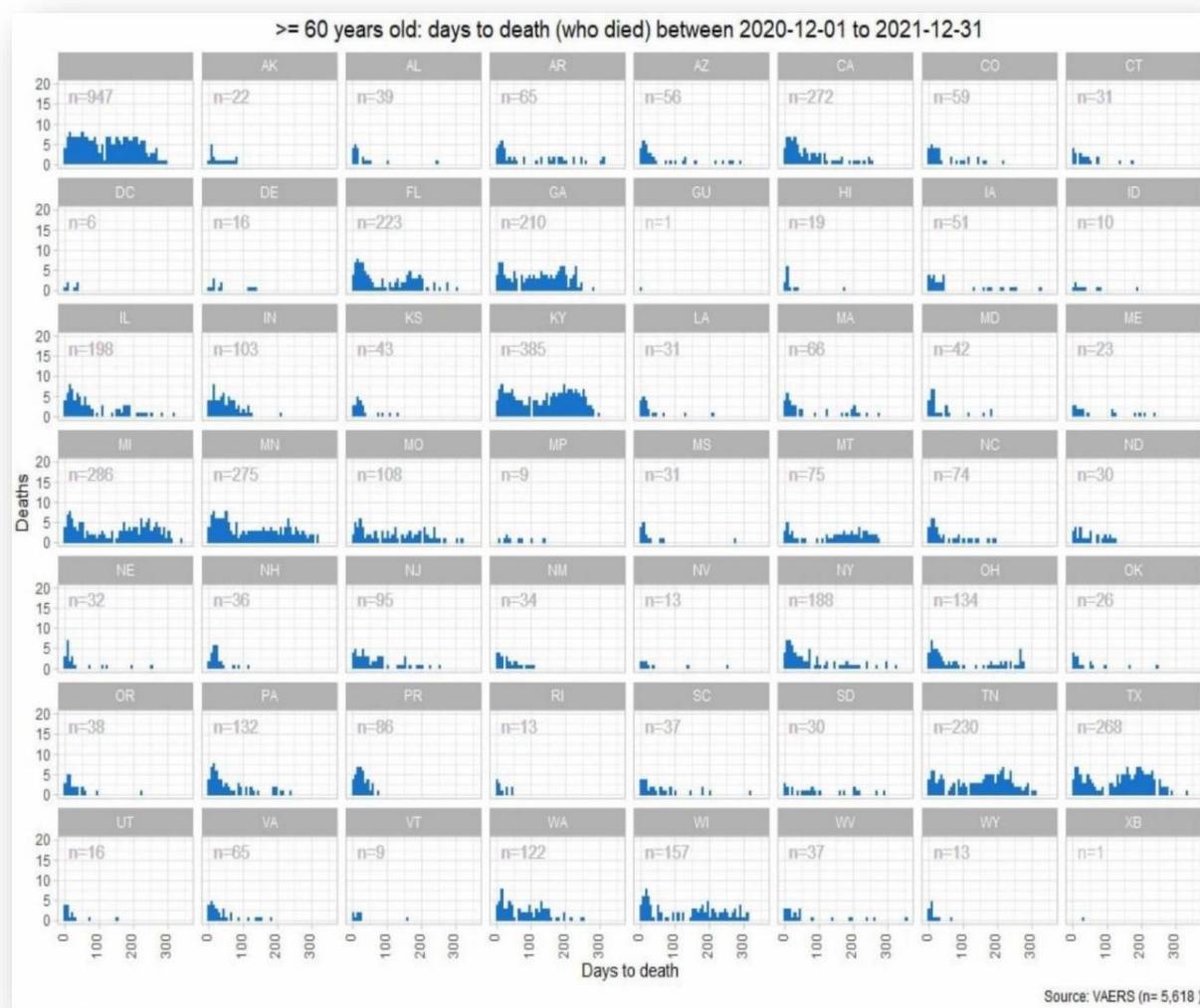
Ver [ARN autoamplificado](#)

En algunos estados, el número absoluto de casos de discapacidad tras la vacunación es muy elevado. Por ejemplo, en California se han registrado 1344 casos.

Curiosamente, en el Distrito de Columbia la vacuna mata a personas más jóvenes que en otros estados y también causa más discapacidades entre las personas más jóvenes.

Gráficos que muestran el grado de muertes tardías en cada estado

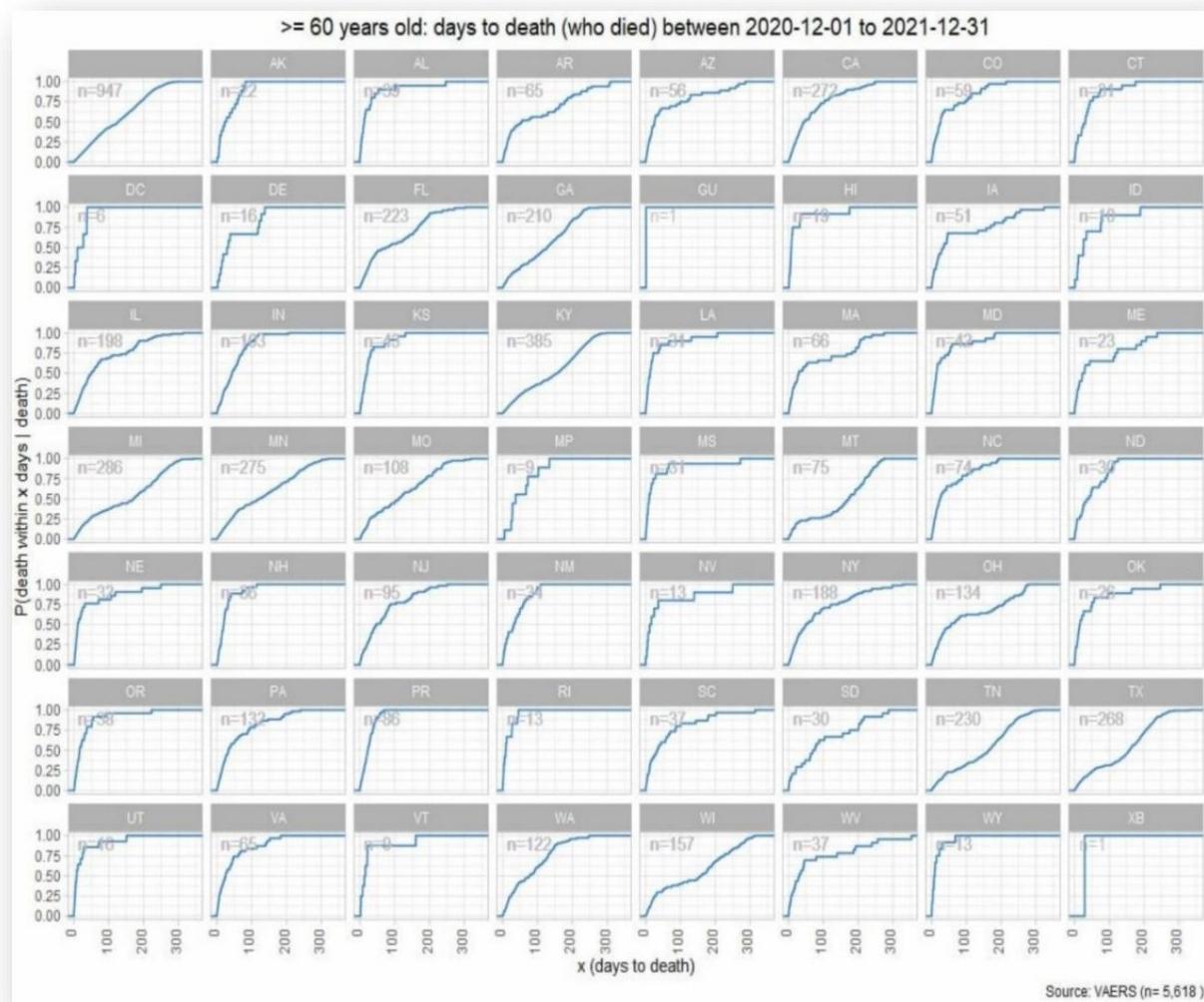
En los gráficos que aparecen a continuación, se pueden ver claramente todos los estados en los que las muertes persisten durante un tiempo mucho más prolongado después de la vacunación. Estos son precisamente los estados en los que el segundo pico es tan grande y está compuesto por muertes tardías. El eje horizontal representa el número de días transcurridos desde la vacunación y el eje vertical el número de muertes.



Gráficos que muestran la tasa de mortalidad en cada estado

En los gráficos a continuación, el eje horizontal representa los días transcurridos desde la vacunación. El eje vertical representa el porcentaje del número total de muertes. Los estados con muertes tardías tienen un perfil que se aproxima a una línea recta, lo que indica que la tasa de muertes es constante durante un período más largo. Por el contrario, los estados que no muestran un segundo pico de muertes tardías tienen perfiles que aumentan rápidamente y luego se estabilizan, lo que indica que la mayoría de sus muertes ocurren inmediatamente después de la vacunación y luego disminuyen.

Es difícil creer que la misma vacuna tenga efectos tan diferentes en distintos estados.



¿Cómo murieron?

Lo que tenemos que hacer ahora es observar cómo murió la gente en el segundo pico. Esto nos dará más pistas sobre el mecanismo.

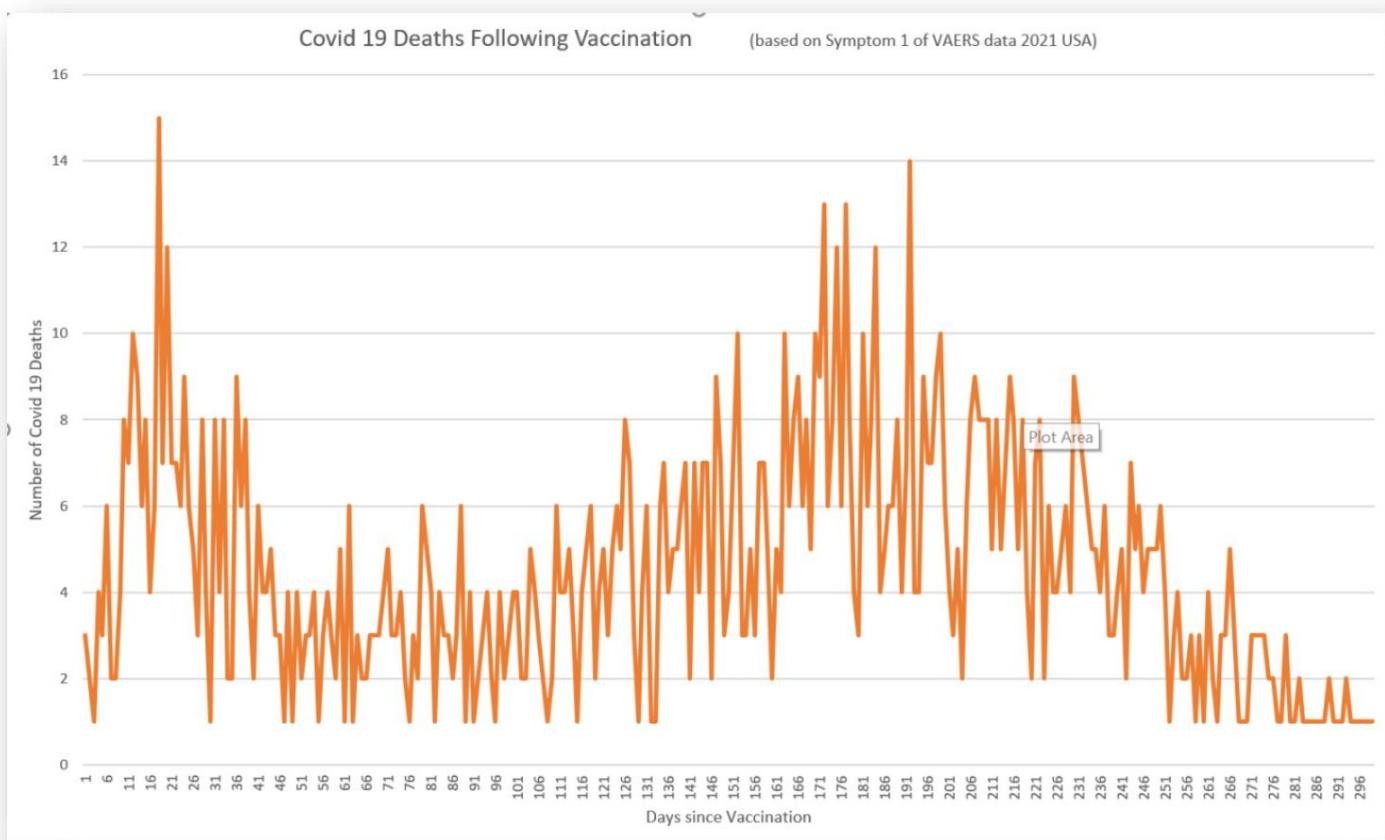
Para determinar esto, tomé todos los registros de VAERS USA para 2021 y observé las muertes ocurridas más de 100 días después de la vacunación. Utilicé las 5 columnas de síntomas de la tabla de síntomas de VAERS y conté la frecuencia de cada síntoma. De esta manera, pude obtener una lista de los síntomas más

Symptom 1	Freq	Symptom 2	Freq	Symptom 3	Freq	Symptom 4	Freq	Symptom 5	Freq
COVID-19	878	COVID-19	256	SARS-CoV-2 test positive	211	SARS-CoV-2 test positive	100	Dyspnoea	89
Acute respiratory failure	177	COVID-19 pneumonia	118	COVID-19	140	Dyspnoea	88	SARS-CoV-2 test positive	76
Acute kidney injury	135	Asthenia	59	Dyspnoea	92	Vaccine breakthrough infec	64	Cough	45
Asthenia	95	Cough	58	COVID-19 pneumonia	84	Cough	63	Endotracheal intubation	39
COVID-19 pneumonia	47	Acute respiratory failure	54	Cough	70	COVID-19 pneumonia	57	COVID-19	29
Acute respiratory distress syn	38	Dyspnoea	44	Vaccine breakthrough infect	45	COVID-19	54	Hypoxia	28
Abdominal pain	35	Cardiac arrest	33	Chest X-ray abnormal	29	Endotracheal intubation	39	General physical health det	27
Cardiac arrest	28	SARS-CoV-2 test positive	31	Cardiac arrest	22	Chest X-ray abnormal	25	COVID-19 pneumonia	23
Acute myocardial infarction	24	Condition aggravated	30	Endotracheal intubation	22	General physical health d	21	Fatigue	23
Anticoagulant therapy	21	Atrial fibrillation	29	Pneumonia	21	Condition aggravated	20	Chest X-ray abnormal	21
Atrial fibrillation	18	Chest X-ray abnormal	23	Atrial fibrillation	19	Hypoxia	17	Decreased appetite	15
Cerebrovascular accident	18	Anticoagulant therapy	18	Chills	18	Confusional state	16	Intensive care	15
Cough	15	Confusional state	16	Hypoxia	18	Cardiac arrest	14	Pyrexia	14
Acidosis	11	Chest pain	13	Malaise	18	Respiratory failure	14	Condition aggravated	13
Agitation	11	Pneumonia	13	Anticoagulant therapy	17	Diarrhoea	13	Mechanical ventilation	13
Anaemia	11	Chills	11	Condition aggravated	17	Fatigue	13	Diarrhoea	10
Autopsy	11	Cardio-respiratory arrest	10	Asthenia	16	Intensive care	12	Oxygen saturation decrease	10
Chest X-ray	11	Acute myocardial infarction	9	Confusional state	15	Cardio-respiratory arrest	11	Pneumonia	9
Blood test	10	Angiogram pulmonary abnc	9	Cardio-respiratory arrest	14	Pneumonia	11	Vaccine breakthrough infec	9
Ageusia	9	Chest X-ray	9	Respiratory failure	13	Pyrexia	10	Fall	8
Asymptomatic COVID-19	8	Acute respiratory distress sy	8	Chest pain	12	Anticoagulant therapy	8	Laboratory test	8
Aphasia	7	Bilevel positive airway press	8	Diarrhoea	12	Chest pain	8	Nausea	8
Arthralgia	7	Cardiac failure congestive	8	Laboratory test	12	Computerised tomogram	8	Cardio-respiratory arrest	7
Cardiac failure	7	Vaccine breakthrough infect	8	Acute respiratory failure	10	Cerebrovascular accident	7	Chills	7
Cerebral haemorrhage	7	Acute kidney injury	7	Fatigue	9	Mental status changes	7	Anticoagulant therapy	6
Condition aggravated	7	Bradycardia	7	General physical health de	9	Asthenia	6	Cardiac arrest	6
Abdominal distension	6	Cerebrovascular accident	7	Cerebrovascular accident	8	Blood creatinine increase	6	Delirium	6
Atelectasis	6	Diarrhoea	7	Decreased appetite	8	Chills	6	Positive airway pressure th	6
Bilevel positive airway pressu	6	Intensive care	7	Intensive care	8	Decreased appetite	6	Asthenia	5
Bradycardia	6	Ageusia	6	SARS-CoV-2 test	8	Dementia	6	Atrial fibrillation	5
Chest pain	6	Agitation	6	Chronic obstructive pulmo	7	Fall	6	Chest tube insertion	5
Angiogram pulmonary abnor	5	Anosmia	6	Computerised tomogram	7	Lethargy	6	Lung opacity	5
Anxiety	5	Blood culture positive	6	Fall	7	Malaise	6	Mental status changes	5
Back pain	5	Chronic obstructive pulmon	6	Pyrexia	7	Positive airway pressure t	6	Respiratory failure	5
Cardiac failure congestive	5	Endotracheal intubation	6	Back pain	6	Atelectasis	5	Sepsis	5
Abdominal pain upper	4	Laboratory test	6	Bilevel positive airway pres	6	Chest X-ray	5	Blood lactic acid	4
Activated partial thromboplas	4	SARS-CoV-2 test	6	Chemotherapy	6	Computerised tomogram	5	Cardiac failure	4
Agonal respiration	4	Abdominal pain	5	Mechanical ventilation	6	Encephalopathy	5	Cellulitis	4
Amnesia	4	Back pain	5	Cardiac failure congestive	5	Hypotension	5	Computerised tomogram tl	4
Angiogram abnormal	4	Blood creatinine increased	5	Exposure to SARS-CoV-2	5	Mechanical ventilation	5	Deep vein thrombosis	4

Como puede ver, el COVID-19 aparece como el síntoma más frecuente, lo cual es extraño, considerando que se supone que la vacuna protege a las personas de la infección... un caso de fracaso de la vacuna.

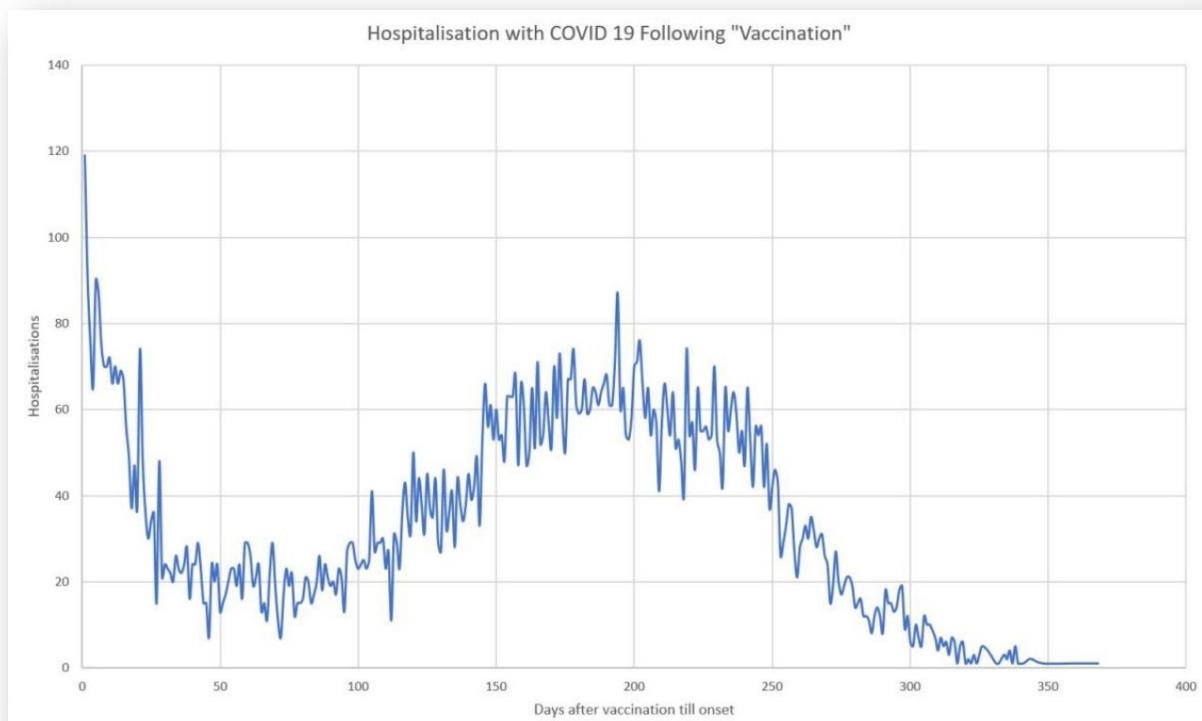
Sin embargo, no resulta tan extraño si tenemos en cuenta que tanto el virus como la vacuna producen la proteína Spike, por lo que ambos generan síntomas similares. Los síntomas dominantes son similares a los de la COVID-19, pérdida de energía, dificultad para respirar, insuficiencia renal y ataque cardíaco.

Aquí está la distribución de muertes por COVID 19 para todos los estados y todas las edades después de la vacunación:



Se puede observar un pico inicial inmediatamente después de la vacunación y un segundo pico aproximadamente 180 días después de la vacunación.

Y aquí está la distribución de las hospitalizaciones por COVID 19 para todos los estados y todas las edades después de la vacunación. Para obtener estos datos, tomé los datos de VAERS para 2021 de EEUU y los filtré para todos los registros donde la hospitalización = Y y donde el síntoma 1, 2, 3, 4 o 5 = COVID 19.



Lo interesante es que **parece haber una incidencia inicial de síntomas similares a los del COVID 19 inmediatamente después de la vacuna; estos síntomas son lo suficientemente graves como para requerir hospitalización.**

Estos síntomas luego disminuyen exponencialmente durante los 30 días posteriores a la vacunación. Luego sigue una acumulación gradual de síntomas similares a los de COVID-19 durante los siguientes 5 meses. Esto alcanza un pico a los 6 meses después de la vacunación.

Mi interpretación de la forma de este gráfico es que, inicialmente, en el momento de la vacunación, hay efectos adversos intensos, que disminuyen exponencialmente cada día después de la vacunación. Durante esta fase, el metabolismo y la excreción de la toxina son dominantes. Sin embargo, alrededor de 100 días después de la vacunación, la autoamplificación de la vacuna se vuelve dominante sobre la excreción, y se produce un aumento de los síntomas.

Cabe destacar que el **VAERS es sólo una pequeña muestra de la incidencia real de estos eventos.** La incidencia real es aproximadamente

40 veces mayor, es decir, aproximadamente $40 \times 60 = 2400$ hospitalizaciones por día en el pico. Dado que el nivel máximo persiste durante 100 días, se vieron afectados un total de aproximadamente $2400 \times 100 = 240\,000$ ciudadanos estadounidenses.

Dado que tanto el virus (COVID-19) como la vacuna generan proteínas de pico, y que estas son en gran medida responsables de los síntomas, se deduce que la vacuna tendrá síntomas similares a los de la COVID-19. Por lo tanto, la distribución de hospitalizaciones que se muestra en este gráfico es muy probablemente el resultado de la proliferación de proteínas de pico producidas por la vacuna, que imita los efectos de la COVID-19.

Una explicación alternativa sería que el segundo pico se debe a la supresión inmunitaria. Si este es el caso, entonces esperaríamos que...

- Otras infecciones virales y bacterianas también deberían alcanzar su pico máximo al mismo tiempo. Enfermedades como neumonía, gripe, herpes, sepsis, etc.
- Debe haber evidencia de supresión inmunológica, como recuentos más bajos de células inmunes, inhibición de la reparación del ADN, etc.

~~PDF : Síntomas asociados con muertes inmediatas y tardías~~

¿Hay algún lote en particular responsable del efecto de muerte retardada?

Para responder a esta pregunta, comparé Kentucky con California y observé la serie de lotes de Pfizer que empieza con "EN62".

- Kentucky tiene 375 registros donde el lote comienza con EN62 - 30 muertes (8% de los registros) - 23 de Esas muertes ocurrieron más de 100 días después de la vacunación (6% de los registros)
- California tiene 1883 registros donde el lote comienza con EN62 - 18 muertes (1% de los registros) - 1 de Esas muertes ocurrieron más de 100 días después de la vacunación (0,05% de los registros)
- Kentucky tiene 375 registros donde el lote comienza con EN62: 97 involucran hospitalizaciones (26% de los registros) y 59 de estas hospitalizaciones ocurren más de 100 días después de la vacunación (16% de los registros)
- California tiene 1.883 registros en los que el lote comienza con EN62: 112 implican hospitalizaciones (6 % de los registros) y 17 de estas hospitalizaciones ocurren más de 100 días después de la vacunación (0,9 % de los registros).

Entonces, se puede ver que se administraron los mismos lotes a ambos estados, pero parece que el **los lotes de Kentucky fueron adulterados** para generar...

- 8 veces el número de muertes por registro
- 120 veces el número de muertes retrasadas por registro.
- 4 veces el número de hospitalizaciones por registro
- 7 veces el número de hospitalizaciones tardías por registro

Los lotes estaban etiquetados igual, con el mismo código, pero los que llegaban a Kentucky estaban adulterados y los que llegaban a California, no.

¿Cuándo se produjo esta adulteración?

Se ha descubierto que la mayoría de las muertes tardías están asociadas con las series EL, EM y EN de Pfizer. Esto nos permite determinar el momento de la distribución: diciembre de 2020, enero de 2021, febrero de 2021. Por lo tanto, a principios de 2021, los lotes EL, EM y EN distribuidos a Kentucky estaban adulterados, mientras que los mismos lotes distribuidos a California no. La adulteración podría haber tenido lugar en la planta de fabricación, si los ingredientes se mantuvieron en secreto para los trabajadores (lo que pasó, consulte Denunciantes) y si había una vacuna disponible con actividad extendida (que era la BNT162c, una vacuna autoamplificada que estaba disponible para reemplazar a la BNT162b en la prueba de Kentucky).

Es probable que se utilizara la Interestatal 75 como ruta de distribución, ya que Georgia, Tennessee, Kentucky y Michigan se encuentran en esta ruta, y Minnesota está adyacente.



La bomba de la mortalidad

Utilizo la frase "bomba de la mortalidad" para describir un ingrediente biológicamente activo que produce una muerte retardada seis meses después de la exposición. Describe una situación en la que hay una "explosión" de muertes, mayor que cualquier nivel anterior.

Vale la pena tener en cuenta que el efecto retardado, que se observa en estos estados del sudeste, podría haber sido un ensayo. Se llevó a cabo en un pequeño número de estados seleccionados y probablemente en un pequeño número de personas. Ahora que saben que funciona, se puede utilizar en poblaciones mucho más grandes, posiblemente como un medio de despoblación significativa.

VIDEO: La bomba de la mortalidad

La piedra guía de Georgia

La Piedra Guía de Georgia es un obelisco inscrito en ocho idiomas diferentes y fue erigido el 22 de marzo de 1980, 40 años antes de los primeros confinamientos. Pretende profetizar una inminente aniquilación de la población mundial. Es curioso que este lugar (Georgia) forme parte de un eje sureste que va desde Florida a través de Georgia, luego Tennessee, luego Kentucky, luego Wisconsin, Michigan y Minnesota, todos estos estados que muestran un retraso en la mortalidad y, por lo tanto, un probable despliegue de una "vacuna" autoamplificada.

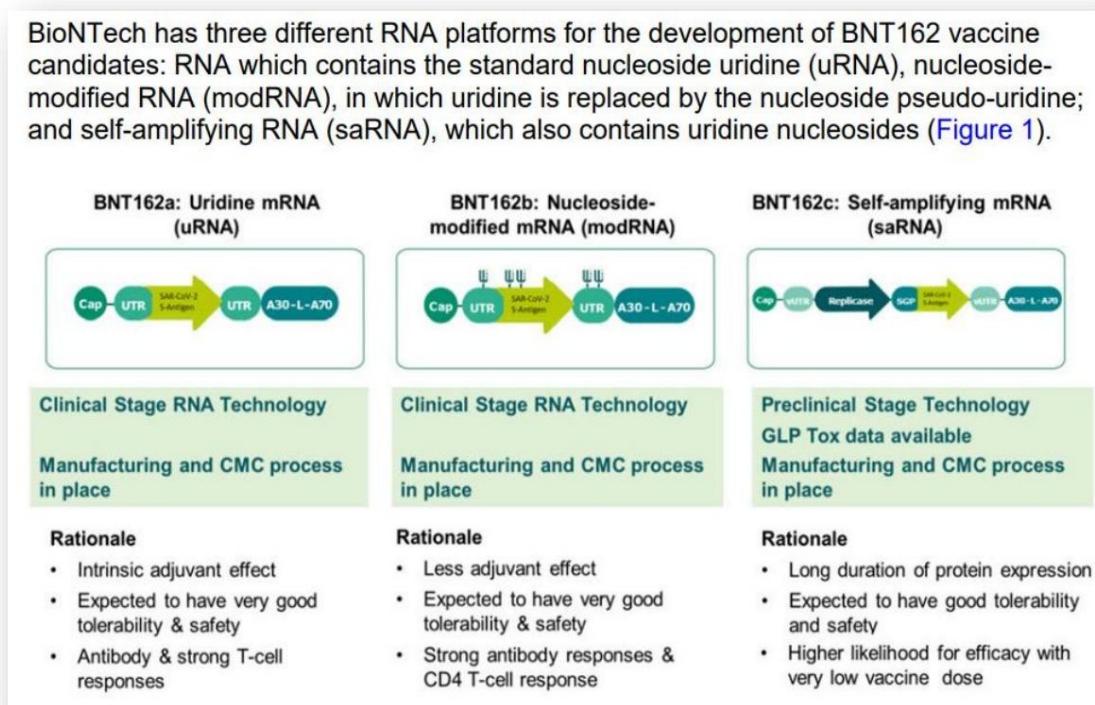
ARN autoamplificante

En agosto de 2020, BioNTech publicó un folleto para investigadores (_____ BioNTech agosto de 2020, ver pág. 13) en el que describen el desarrollo de tres plataformas de vacunas diferentes denominadas a, b y c.

- BNT162a: ARNm de uridina.
- BNT162b: ARNm modificado con nucleósidos.
- BNT162c: ARNm autoamplificador.

BNT162c se caracteriza por tener una "larga duración de expresión proteica".

BioNTech has three different RNA platforms for the development of BNT162 vaccine candidates: RNA which contains the standard nucleoside uridine (uRNA), nucleoside-modified RNA (modRNA), in which uridine is replaced by the nucleoside pseudo-uridine; and self-amplifying RNA (saRNA), which also contains uridine nucleosides ([Figure 1](#)).



En Noviembre de 2020, BioNTech publicó un informe.

BioNTech noviembre de 2020: ver pág. 10

En este informe mencionan que se encuentran en desarrollo 3 plataformas diferentes BioNTech-

- ARNm que contiene uridina no modificada

(uRNA).

- ARNm modificado con nucleósidos (modRNA)
- ARN autoamplificado (saRNA)

3 INTRODUCTION

3.1 Background

In December 2019, an outbreak of pneumonia of unknown cause in Wuhan, Hubei province in China started. The disease spread rapidly and in January 2020, the agent was identified. By 1 April 2020, infection with the novel coronavirus (SARS-CoV-2) was confirmed in approximately 820,000 people with more than 40,000 casualties¹. A vaccine is urgently needed and BioNTech decided to develop a rapid vaccine project (BNT162) with the surface or spike protein (S protein) of the virus as the viral antigen.

The development of *in vitro* transcribed RNA as an active platform for the use in infectious disease vaccines is based on the extensive knowledge of the company in RNA technology, which has been gained over the last decade. The core innovation is based on *in vivo* delivery of a pharmacologically optimized, antigen-coding RNA vaccine to induce robust neutralizing Abs and accompanying/concomitant T-cell responses to achieve protective immunization with minimal vaccine doses (Vogel et al. 2017, Moyo et al. 2018, Pardi et al. 2017).

At BioNTech, three different RNA platforms formulated with lipid nanoparticles (LNPs) are under development, namely non-modified uridine-containing mRNA (uRNA), nucleoside-modified mRNA (modRNA) and self-amplifying RNA (saRNA). In the present study, an LNP-formulated modRNA encoding luciferase was used representatively to investigate the *in vivo* biodistribution and the immune response of the vaccine candidates.

LNP formulations from a third party provider (Acuitas) were tested in comparison to the in-house formulation (b) (4) Acuitas (b) (4)
(b) (4) (b) (4) Acuitas also provided an LNP formulation that is cGMP-ready, namely LNP8, which contains two proprietary lipids (ALC-0159 and ALC-0315) and has the identical composition as the LNP formulation used in the BNT162 program.

3.2 Objectives

The objective of this study was to investigate the biodistribution of luciferase expressed by the LNP-formulated modRNA using bioluminescence measurements in BALB/c mice, as well as innate immune system activation, formation of antibodies against luciferase and T-cell activation.

¹ Coronavirus disease (COVID-2019) situation report 72, World Health Organization; /www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

Se están llevando a cabo ensayos clínicos en los que se utilizan "vacunas" autoamplificadas contra la COVID-19 con sujetos humanos. Uno de estos ensayos se lleva a cabo con 500 sujetos en Alemania. Se trata de un ensayo de fase 2, y su fecha de finalización está fijada para Abril de 2023. Este es el tipo de vacuna que planean lanzar a continuación. Las pruebas que se describen a continuación sugieren que es posible que ya la hayan lanzado a pequeña escala en 7 estados de los EEUU. Es razonable suponer que quieran lanzarla a mayor escala pronto. Esta es la siguiente fase.

¿Cuáles son estos tres tipos de vacunas y en qué se diferencian en sus efectos?

1. ARN que contiene uridina no modificada (ARNu) : el ARN está formado por una cadena de letras ACU o G, donde A = adenina, C = cisteína, U = uridina y G = guanina. **El ARN no modificado (ARNu) contiene estas 4 letras. Nuestro sistema inmunológico innato puede detectar el ARN no modificado y destruirlo.**
2. ARN modificado con nucleósidos (modRNA) : **en este ARN, la uridina se reemplaza por pseudouridina, por lo que nuestro sistema inmunológico ya no puede detectarla.**
3. ARN autoamplificado (saRNA) : Las vacunas de ARNm autoamplificado (saRNA) son similares a las vacunas de ARNm convencionales, con la excepción de que **las vacunas de ARNs también autorreplican su ARNm**. El ARNm autoamplificado tiene dos marcos de lectura abiertos. El primer marco de lectura abierto, como el ARNm convencional, codifica la proteína antigénica de interés. El segundo marco de lectura abierto codifica una ARN polimerasa dependiente de ARN (y sus proteínas auxiliares) que autorreplica la construcción de ARNm en la célula y crea múltiples autocopias. **El ARN autorreplicante genera 64 veces la cantidad de antígeno (espiga) en comparación con el ARN no amplificador y, como consecuencia, produce una respuesta inmunogénica mucho más fuerte - ver - Estudio. Además de producir más antígeno, el ARN autoamplificado produce antígeno durante un período más prolongado.** Ver - Estudio

¿Un aumento exponencial sin límite?

En el caso del ARN autoamplificador, el ARN codifica la proteína Spike, pero también codifica una polimerasa que luego produce una copia de la molécula de ARN. **El proceso se repite exponencialmente. Pero, ¿qué lo detiene?.** Si se autoamplifica pero no se detiene por sí solo, entonces esperaríamos una producción incesante de proteína Spike a lo largo del tiempo, lo que causaría un daño continuo y acumulativo hasta que se produjera una falla orgánica. **No parece haber ningún control interno que limite la producción de Spike. Esto significaría que el efecto del ARN autoamplificador es equivalente a tomar dosis repetidas indefinidamente.**

Desde el punto de vista del fabricante, BNT162c requiere una dosis inicial menor, pero debido a la autoamplificación dentro del cuerpo, la cantidad final de proteína de pico circulante puede ser mucho mayor que con BNT162b. Experimenta un aumento exponencial en el que la cantidad de

proteína de pico circulante se duplica cada vez: 2 elevado a la potencia n

How does saRNA work?

RNA vaccines work on the principle of the messenger RNA. This is the molecule that is delivered by the vaccine into the human body. The molecule carries 'instructions' to encode for or produce a "harmless piece" of the spike glycoprotein present on the surface of the coronavirus.

Once the 'instructions' are 'read' and the protein is expressed or produced, the mRNA molecule disintegrates.

The spike protein produced is an antigen, which the patrolling immune system cells recognise as not belonging to the body. The immune system then mounts a response against the protein, which causes it to do the same if it subsequently encounters the virus.

Since the vaccine does not contain any part of the actual virus, it is considered safer than other kinds of attenuated, killed, vector, or subunit vaccines.

With saRNA, the RNA not only encodes for the spike protein, but also encodes for a polymerase or an enzyme that then produces a copy of the RNA molecule. The process then repeats exponentially, resulting in a high protein expression or production of spike protein. This, theoretically, leads to an improved response and thus requires a low dose during administration.

Este documento - aquí afirma que las vacunas autoamplificantes pueden replicarse hasta por 2 meses.

Aquí hay 2 videos de Médicos por la Ética del Covid:

VIDEO 1: Vacunas autoamplificantes

VIDEO 2: Vacunas autoamplificantes

¿Cuánta vacuna autoamplificada es necesaria para inundar su circulación con picos?

Si cada ARNm codifica un antígeno + las enzimas necesarias para replicar el ARNm 100 veces, y luego esos ARNm por sí mismos producen 100 antígenos + las enzimas necesarias para replicar cada uno de los 100 ARNm 100 veces, se puede ver que **la cantidad más pequeña de ARN autoamplificado podría inundar su circulación con proteínas de pico**. No tiene que ser tanto como una sola inyección o incluso una sola gota de esa inyección. **La cantidad más pequeña que ingrese a su sistema sería efectiva.**

Además de generar una mayor carga viral, las vacunas autoamplificadas pueden facilitar la "excreción", ya que solo se necesitaría una pequeña cantidad de ARNm para transferirse de un contacto cercano a una sola

de sus células, y el efecto de multiplicación garantizaría una infección completa.

Dada la cantidad microscópica necesaria para infectar, también es importante evitar cualquier procedimiento médico invasivo en el que se sospeche que existe una intención dañina, es decir, un hisopado nasal o cualquier otro tratamiento médico forzado. Por ejemplo, como estudiante de ciencias farmacéuticas, aprendí sobre los solventes que pueden penetrar las capas dérmicas de la piel y transportar una carga de ingredientes activos. Si dicho disolvente llevara LNP que contuvieran saRNA y se aplicara una gota de este a un hisopo nasal...

¿Cuánto tiempo tarda cada ciclo de replicación?

Dado que el número de muertes y lesiones es proporcional a la concentración de proteínas Spike, entonces podemos determinar el tiempo de replicación a partir del tiempo que tardan las muertes en duplicarse.

Dando sentido a los perfiles de medicamentos de vacunas en diferentes estados de EEUU.

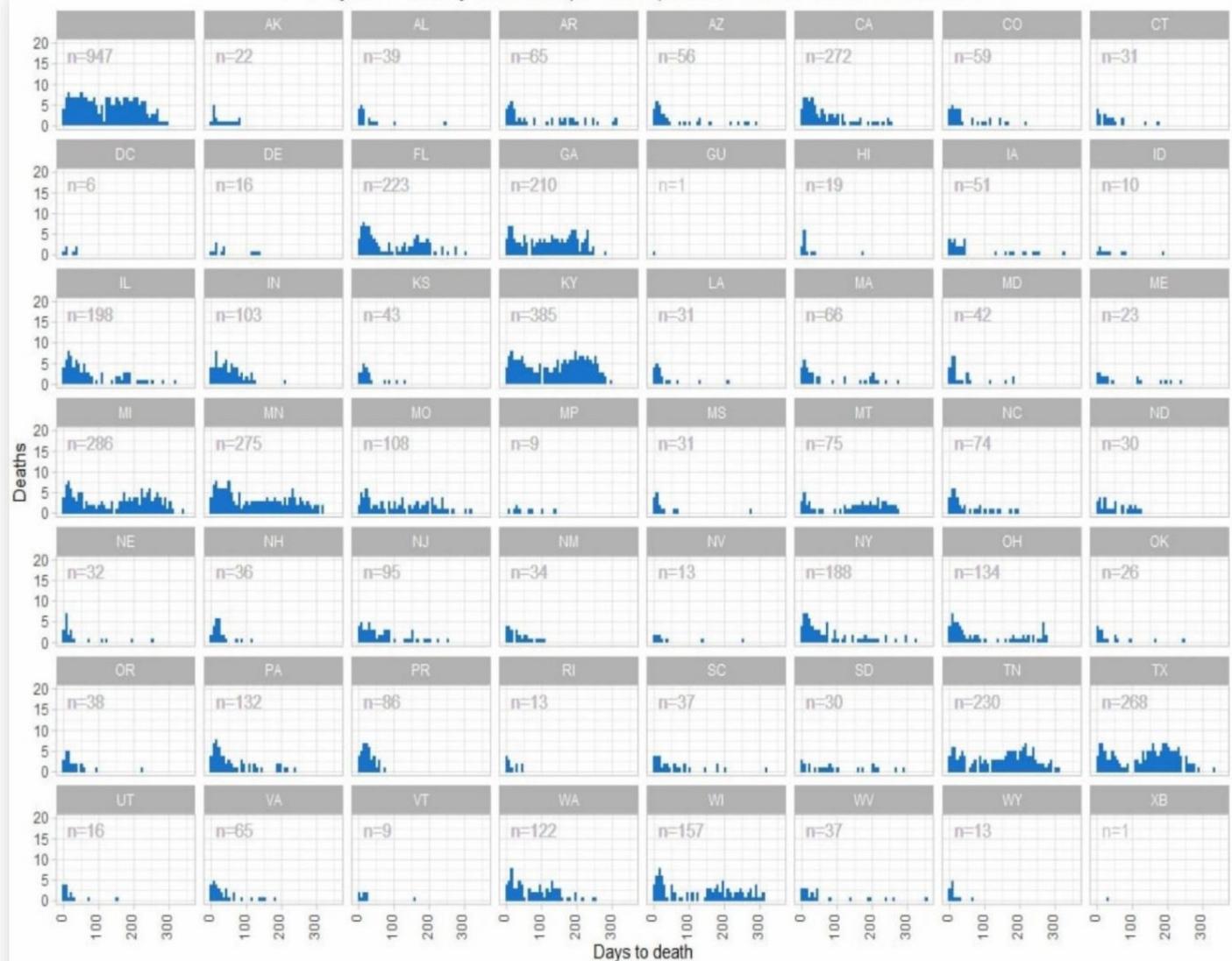
Ahora podemos observar los perfiles de los diferentes estados que muestran el efecto de la vacuna en función del tiempo. En la mayoría de los estados, el perfil muestra que las muertes se concentran en un corto período de tiempo después de la vacunación y que disminuyen rápidamente a medida que pasa cada día después de la vacunación. Esto sería de esperar con BNT162b, ya que el cuerpo metaboliza y excreta el fármaco, por lo que su concentración disminuye con el tiempo. Como la concentración del fármaco determina su efecto (número de muertes), en consecuencia, el número de muertes disminuye rápidamente con el tiempo, siguiendo una disminución exponencial.

Sin embargo, algunos estados (MI, TX, FL, TN, KY, MN, GA) tienen una respuesta más prolongada a las vacunas: las muertes ocurren con mayor frecuencia y durante un período de tiempo más largo de aproximadamente 6 meses. Cuando observamos el perfil de estos estados, vemos que se asemeja más a una línea recta, lo que sugiere que la tasa de muertes no cambia con el tiempo, lo que a su vez sugiere que la concentración de la toxina permanece constante con el tiempo. Es de suponer que la toxina se está metabolizando y excretando, por lo que su persistencia en el tiempo debe deberse a que se regenera y reemplaza. Esto sería de esperar con BNT162c. En consecuencia, **se propone que en los estados de MI, TX, FL, TN, KY, MN y GA se han implementado vacunas autoamplificadoras**. Esto explicaría tanto la mayor frecuencia como la duración prolongada de las muertes.

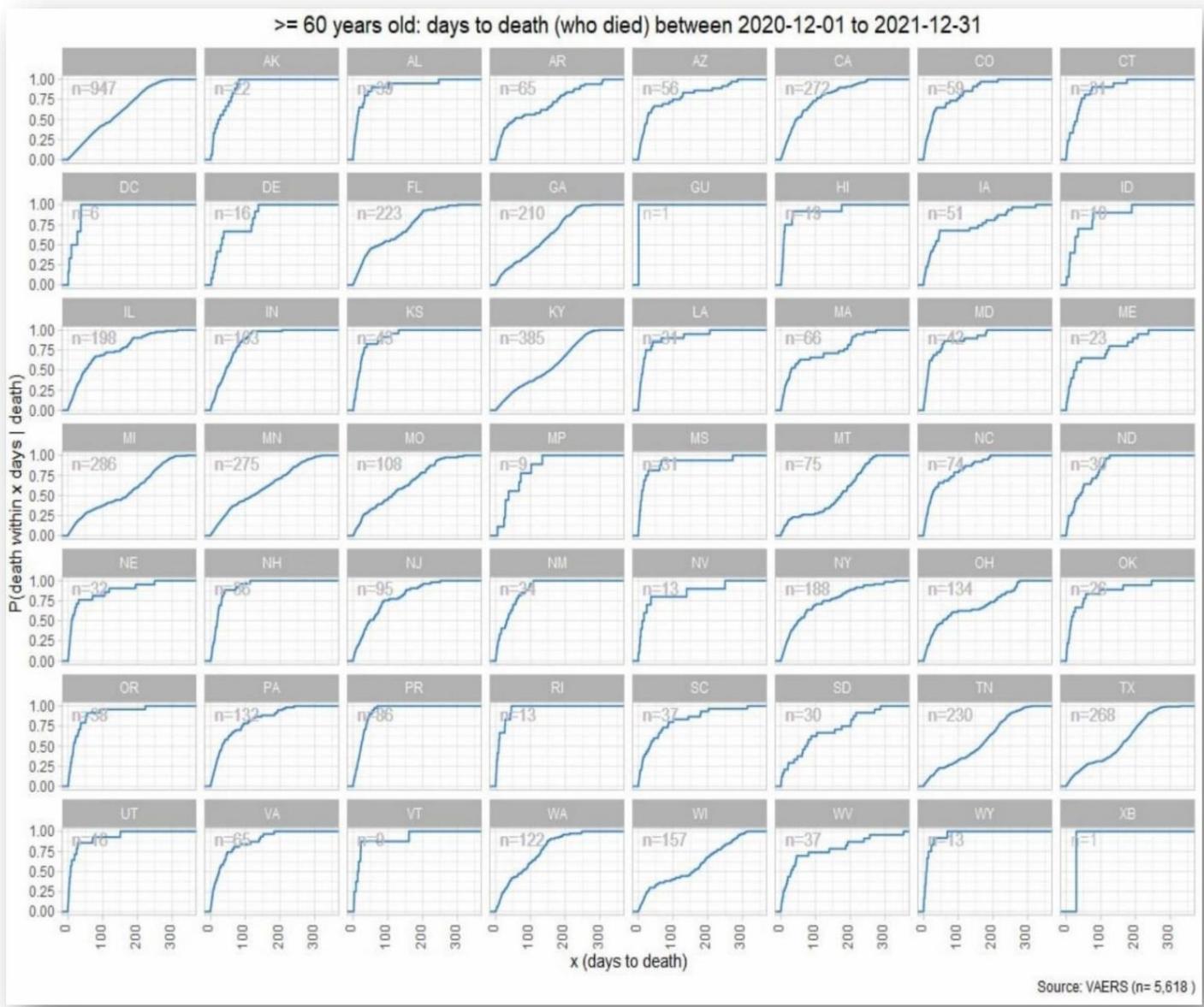
El efecto de una vacuna autoamplificada sería el mismo que el de una reexposición constante a la toxina. Como cada exposición genera daño, se deduce que el daño aumentará con el tiempo hasta que se

produzca un colapso orgánico y la muerte. Las lesiones y la muerte alcanzan un máximo a los 180 días, por lo que **puede darse el caso de que las vacunas autoamplificadas solo sean activas durante 6 meses. Por lo tanto, recibir una dosis de refuerzo cada 6 meses garantizaría la continuidad del daño.**

>= 60 years old: days to death (who died) between 2020-12-01 to 2021-12-31



Source: VAERS (n= 5,618)



Resumen

Entonces, en vísperas del lanzamiento de la vacuna en Noviembre de 2020, BioNTech estaba trabajando en estas tres plataformas: algunas de las vacunas serían de ARNu y otras de ARNm, y algunos serían saRNA .

- El ARN modificado con nucleósidos (**modRNA**) está modificado para evadir el sistema inmune innato, reemplazando la uridina con pseudouridina, algo que hace que el ARNm extraño sea invisible a nuestras defensas naturales.

- El ARN autoamplificado (**saRNA**) convierte al cuerpo en una fábrica de **aún más ARNm**, Esto hace que el cuerpo genere la proteína de pico tóxica durante un período más prolongado. Aquellos estados que tuvieran la mala suerte de recibir el ARNs_a experimentarían una exposición prolongada a la toxina y, en consecuencia, un número elevado de muertes.

Así que, con esto se puede ver que **no todas las vacunas son iguales: existen al menos tres tipos. Una puede evadir las defensas y la otra puede reproducirse, por lo que, incluso si algunas son atrapadas por las defensas, simplemente son reemplazadas por otras.**

Puedes pensar en estos 3 tipos de vacunas como 3 soldados diferentes: el segundo soldado es invisible para tus defensas y el tercero puede clonarse o multiplicarse.

Es inmediatamente obvio que estos tres tipos de vacunas podrían producir niveles de letalidad muy diferentes.

Fuentes:

Las FIGS 1, 2 y 3 anteriores están tomadas del trabajo de Jason Morphett, cuyos artículos sobre substack puede encontrar referenciados a continuación.

- [Artículo de Jason Morphett1](#)

[Artículo 2 de Jason Morphett](#)

- Geoffrey Freissen Phd - investigó la mortalidad excesiva en el tercer trimestre y recopiló algunos Datos muy interesantes aquí: [artículo de Geoffrey Freissen - Mortalidad en el tercer trimestre](#)

Contacto

equipodecienciacovid@protonmail.com