

# **Aviso y declaración de hechos:**

**Una colección de extractos de decisiones judiciales, documentos gubernamentales, y artículos que han sido publicados en revistas médicas revisadas por pares proporcionando evidencia de que la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) NO es una prueba de diagnóstico válida.**

**James Roguski**

**PCRFraud.com**

**7 de agosto de 2024**

## **Notificación de los hechos**

Por la presente se le notifica que los hechos incluidos en este documento muestran claramente que el uso de la RT-PCR proceso como “prueba” diagnóstica es un acto fraudulento.

También se le notifica que cualquier intento de su parte de coaccionar, intimidar, ordenar, forzar u obligarme de alguna manera a someterme a dichas pruebas se considerará un intento de su parte de participar en un acto de fraude y una posible violación de mi autonomía corporal y de mi derecho de consentimiento informado a

rechazar todas y cada una de las pruebas y tratamientos. Antes de continuar intentando exigir que alguien se someta a una “prueba” de RT-PCR, debe tener en cuenta que todo hombre, mujer y niño tiene siempre el derecho inalienable de NEGARSE a someterse a cualquier tipo de tratamiento de salud, tratamiento relacionado, incluidos (y especialmente) procedimientos inexactos e inapropiados que no brindan Diagnósticos precisos y verificables. En pocas palabras, la “prueba” RT-PCR no “funciona”, porque la RT-PCR es en realidad una prueba de laboratorio que nunca fue diseñado para ser utilizado como prueba diagnóstica de enfermedades. Esta evidencia incluye decisiones judiciales de Portugal, Alemania y Canadá, documentos oficiales del gobierno y numerosos artículos revisados por pares que se han publicado en varias revistas médicas.

- El proceso RT-PCR no detecta (ni puede) detectar virus infecciosos existentes.
- El proceso de RT-PCR no diagnostica (ni puede) diagnosticar enfermedades, contagiosidad o infectividad.
- El proceso de RT-PCR no determina (ni puede) determinar si algún patógeno específico es el verdadero causante de una enfermedad o cualquier conjunto de síntomas.
- El proceso de RT-PCR puede producir, y de hecho produce, falsos positivos como resultados.

No reconocer la frecuencia y la falta de confiabilidad de los resultados falsos positivos de las pruebas y las consecuencias posteriores. Las decisiones basadas en estos resultados equivocados han llevado a una plétora de injustificadas consecuencias como:

1. El rastreo de contactos y las pruebas innecesarias han llevado al aislamiento y cuarentena injustificada de hombres, mujeres y niños sanos.
2. El distanciamiento social, el uso obligatorio de mascarillas y la soledad han tenido consecuencias negativas para los seres humanos.
3. Las personas han recibido diagnósticos inexactos y tratamientos médicos inadecuados.
4. Se dieron diagnósticos erróneos a personas que en realidad gozaban de buena salud aterrizándolas.
5. Se ha infligido a un estrés financiero, mental, emocional y psicológico sin precedentes a millones de personas.
6. Se han experimentado retrasos en procedimientos quirúrgicos o de otro tipo y estancias hospitalarias prolongadas.
7. Muchos empleados y propietarios de pequeñas empresas han perdido sus medios para ganarse la vida.
8. Se restringieron la educación, los viajes, las comidas, el ocio y otras actividades sociales.
9. Los ensayos clínicos basados en “pruebas” RT-PCR han sido esencialmente inexactos.
10. Las estadísticas epidemiológicas han sido falsificadas, lo que ha dado lugar a una prevalencia exagerada de hospitalizaciones y tasas de mortalidad.

Tiene 30 días para refutar punto por punto la siguiente información. A menos y hasta que tal se ha refutado punto por punto, se considerará un hecho aceptado que el uso de la RT-PCR proceso como “prueba” diagnóstica para determinar “casos” de enfermedad es un uso fraudulento de la tecnología y que tales pruebas nunca deberían exigirse a ningún hombre, mujer, niño ni a sus animales o propiedades.

## **Exposición de los hechos:**

1. El 11 de noviembre de 2020, el Tribunal de Apelación de Lisboa (Portugal) dictaminó que el proceso RT-PCR se muestra incapaz de determinar más allá de toda duda razonable que tal positividad corresponde, de hecho, a la infección de una persona por el virus SARS-CoV-2.

2. El 8 de abril de 2021, el Tribunal de Familia de Weimar (Alemania) dictaminó que, con efecto inmediato, dos escuelas de Weimar tienen prohibido exigir a los estudiantes que se cubran la boca a la nariz de cualquier tipo (especialmente máscaras calificadas como las máscaras KN95), imponer distanciamiento social y/o participar en las pruebas rápidas de SARS-CoV-2.

3. El 26 de junio de 2024, el Tribunal de Justicia de Ontario (Canadá) dictaminó que las personas no estaban obligadas a someterse a “pruebas” invasivas, como el hisopo nasofaríngeo utilizado para recolectar muestras para el proceso RT-PCR.

4. La Organización Mundial de la Salud ha definido un “caso” de COVID-19 como un resultado de una prueba de PCR positiva. La dependencia del proceso RT-PCR como único requisito para determinar un “caso” de COVID-19 sin un diagnóstico diferencial basado en observaciones clínicas era esencialmente imposible antes de 2020.
5. El proceso de RT-PCR definido en la “prueba” original (Corman-Drosten) NO se basó en un virus aislado. Se basó en una secuencia genética compilada en una computadora (in silico).
6. El proceso RT-PCR, no es una prueba que pueda diagnosticar enfermedades o contagio, nunca fue ni pretendió ser una herramienta de diagnóstico. El proceso de PCR simplemente crea copias del material genético encontrado en una muestra. La detección de determinadas moléculas mediante el proceso RT-PCR, no proporciona evidencia de enfermedad o contagio. La presencia de ácidos nucleicos por sí sola no debe utilizarse para inferir enfermedad, infección, diseminación viral o contagio potencial.
7. Por diseño, los pasos iniciales del proceso de RT-PCR destruyen el material de origen. El proceso NO PUEDE medir virus intactos. Un resultado llamado “positivo” ni siquiera asegura la presencia de viriones individuales.
8. El potencial de falsos positivos derivados del uso del proceso RT-PCR es enorme. Incluso si la especificidad de una “prueba” es del 99%, si la prevalencia de infección en la comunidad es 1/100, entonces la “prueba” arrojará un resultado falso positivo el 50% de las veces.
9. Existe amplia evidencia de que cualquier afirmación de un resultado "positivo" obtenido al ejecutar el proceso RT-PCR a través de más de 24 ciclos son en realidad falsos positivos.
10. No hay pruebas de que las secuencias de ácidos nucleicos que se utilizan en cualquiera de las diversas RT-PCR. Las “pruebas” identifican la presencia de un patógeno viable que causa el COVID-19. Un número desconocido de también otros patógenos pueden estar presentes, para los cuales NO se están realizando pruebas. Incluso si el proceso RT-PCR identifica la existencia de restos genéticos del SARS-CoV-2, no descarta la posibilidad que algo más puede ser la causa real de la enfermedad.

## **PCRFraud.com**

**1. El 11 de noviembre de 2020, el Tribunal de Apelación de Lisboa (Portugal) dictaminó que el proceso RT-PCR se muestra incapaz de determinar más allá de toda duda razonable que tal positividad corresponde, de hecho, a la infección de una persona por el virus SARS-CoV-2.**

### **Tribunal de Apelación de Lisboa**

El Tribunal de Apelación de Lisboa confirmó la decisión de un tribunal inferior en apoyo del recurso de hábeas corpus que había sido presentado por los cuatro viajeros alemanes y dictaminó que la Autoridad Sanitaria Regional de Azores había violado tanto el derecho portugués como el derecho internacional al confinar a los cuatro viajeros alemanes en un hotel. Los jueces dictaminaron que sólo un médico puede “diagnosticar” a alguien con una enfermedad y criticaron este hecho, debido a que los cuatro viajeros alemanes al parecer nunca fueron examinados por un médico. II. La solicitud formulada sería también manifiestamente infundada porque:

A. La prescripción y el diagnóstico son actos médicos, responsabilidad exclusiva del médico, registrado ante el Colegio Médico o Asociación Médica competente. Así, como la prescripción de métodos de diagnóstico auxiliares (como es el caso de las pruebas de detección de infecciones y virus), así como el diagnóstico de la existencia de una enfermedad, en relación con todas y cada una de las personas, es materia que no puede llevarse a cabo mediante Ley, Resolución, Decreto, Reglamento o cualquier otro medio normativo, por ser actos que nuestro ordenamiento jurídico reserva a la competencia exclusiva del médico, dado que él, al asesorar a su

paciente, debe intentar siempre obtener su consentimiento informado.

B. En el caso que nos ocupa, no existe ningún indicio o prueba de que tal diagnóstico haya sido efectivamente realizado por un profesional calificado en los términos de la Ley y que haya actuado conforme a las buenas prácticas médicas. De hecho, lo que se desprende de los hechos establecidos es que ninguno de los solicitantes fue siquiera visto por un médico, lo cual es francamente inexplicable, dada la supuesta gravedad de la infección.

C. El único elemento que aparece en los hechos probados, en este sentido, es la realización de pruebas RT-PCR, uno de los cuales arrojó un resultado positivo en relación con uno de los solicitantes.

D. En vista de la evidencia científica actual, esta prueba por sí sola resulta incapaz de determinar, sin un margen razonable de duda, de que dicha positividad corresponde, de hecho, a la infección de una persona por el Virus SARS-CoV-2, por varios motivos, de los cuales destacamos dos: Porque la confiabilidad depende de la cantidad de ciclos que componen la prueba; Porque esta confiabilidad depende de la cantidad de carga viral presente. III. Cualquier diagnóstico o cualquier acto de vigilancia de la salud realizado sin previa observación médica del paciente y sin la intervención de un médico registrado en el OM (quien realizaría la evaluación de sus signos y síntomas, así como los exámenes que considere adecuados a su condición), viola el Reglamento no. 698/2019, de 5.9, así como lo dispuesto en el artículo 97 del Estatuto del Colegio Médico, pudiendo constituir delito de funciones, v.g. y P. por el artículo 358 al.b), del C.Penal. IV. Cualquier persona o entidad que emita una orden cuyo contenido conduzca a la privación física, ambulatoria, o la libertad de otras personas (cualquiera que sea la nomenclatura que asuma esta orden: confinamiento, aislamiento, cuarentena, protección profiláctica, vigilancia sanitaria, etc.), que no cumpla con las disposiciones legales, a saber, las disposiciones del artículo 27 del CRP, estará realizando una actividad detención ilegal.

<https://www-dgsi-pt.translate.google.com/translate?sl=pt&tl=en&hl=en-US>

**2. El 8 de abril de 2021, el Tribunal de Familia de Weimar (Alemania) dictaminó que, con efecto inmediato, dos escuelas de Weimar tienen prohibido exigir a los estudiantes que se cubran la boca a la nariz de cualquier tipo (especialmente máscaras calificadas como las máscaras KN95), imponer distanciamiento social y/o participar en las pruebas rápidas de SARS-CoV-2.** Tribunal de Familia de Weimar en el Estado Federal de Turingia La inadecuación de las pruebas PCR y las pruebas rápidas para medir la incidencia de infección. Respecto a la prueba PCR, el tribunal escribe: “Ya el perito Prof. Dr. med. Kappstein señala en su opinión de experto de que sólo se puede detectar material genético con la prueba PCR utilizada, pero no si el ARN se origina a partir de virus capaces de infectar y, por tanto, de replicarse (= reproducción). También el experto Prof. Dr. rer. biol. hum. Kämmerer también confirma en su opinión experta sobre biología molecular que una prueba de PCR, incluso si se realiza correctamente, no puede proporcionar ninguna información sobre si una la persona está infectada con un patógeno activo o no. Esto se debe a que la prueba no puede distinguir entre materia "muerta"\*, p. un genoma completamente inofensivo fragmento como un remanente de la lucha del propio sistema inmunológico del cuerpo contra un resfriado o una gripe (como el genoma todavía se pueden encontrar fragmentos muchos meses después de que el sistema inmunológico haya “resuelto” el problema) y materia “viva”, es decir, un virus “fresco” capaz de reproducirse. Entonces, incluso si todo se hace “correctamente” al realizar la PCR, incluidos todos los pasos preparatorios (PCR diseño y establecimiento, recolección de muestras, preparación y realización de PCR), y la prueba es positiva, es decir: detecta una secuencia del genoma que también puede existir en uno o incluso en el virus “Corona” específico (SARS-CoV-2), esto no significa bajo ninguna circunstancia que la persona que dio positivo esté infectada con un SARS-CoV-2 replicante y, en consecuencia, infeccioso = peligroso para otras personas. Más bien, para la determinación de una infección activa por SARS-CoV-2, se requieren pruebas adicionales y específicamente diagnósticas. Se deben utilizar métodos como el aislamiento de virus replicables. El experto señala que, según la opinión científica unánime, todos los resultados “positivos” que son sólo detectados después de un ciclo de 35 no

tienen base científica (es decir, no están basados en evidencia). En el rango ct 26-35, la prueba sólo puede considerarse positiva si coincide con un cultivo viral. Por el contrario, la prueba RT-qPCR para la detección del SARS-CoV-2, que se propagó por todo el mundo con la ayuda de la OMS, fue (y siguiendo todas las demás pruebas basadas en él como modelo) establecido en 45 ciclos sin definir un valor ct para "positivo". Finalmente, el revisor señala que la baja especificidad de las pruebas provoca una alta tasa de falsos positivos, que resultan en aislamiento (cuarentena) y distanciamiento social innecesarios (por ejemplo, escuelas cerradas, “brotes notificaciones”) como consecuencia resultaron en ser falsas alarmas. El efecto error, es decir, un elevado número de falsos positivos es particularmente fuerte en pruebas realizadas en personas asintomáticas. Falta precisar que la prueba PCR utilizada, así como las pruebas rápidas de antígenos, según lo acredita el perito en principio, en nuestra opinión, no son adecuados para la detección de una infección por el virus SARS-CoV-2. Además, las fuentes de error descritas y otras enumeradas en el peritaje con efectos graves, por lo que no es posible realizar una determinación adecuada de la infección por SARS-CoV-2 en Turingia (y en todo el país) rudimentariamente disponible.

<https://web.archive.org/web/20210411173241/https://jdfor2024.com/2021/04/reasonable-fact-based-verdict-from-weimar-germany-no-masks-no-distance-no-more-tests-for-students/>

### **3. El 26 de junio de 2024, el Tribunal de Justicia de Ontario (Canadá) dictaminó que las personas no estaban obligadas a someterse a “pruebas” invasivas, como el hisopo nasofaríngeo utilizado para recolectar muestras para el proceso RT-PCR.**

**Tribunal de Justicia de Ontario** La Sra. Fernando tomó un vuelo en avión hasta su casa en Mississauga y llegó al aeropuerto Pearson el 9 de abril 2022. Al parecer fue vacunada, pero rechazó la prueba de COVID, que fue seleccionada al azar para ser realizado sobre ella. En particular, le pidieron... que se sometiera a una prueba de COVID-19 con hisopo nasal, y ella se negó. La señora Fernando fue condenada en juicio por incumplir una orden bajo la Sección 58 de la Ley de Cuarentena (la “Ley”) y se le impuso una multa de \$5,000 con cargos adicionales, llevándola a pagar una multa de \$6,255. Ella apeló a este Tribunal. El argumento, en pocas palabras, es que la Ley no autorizaba a un oficial de detección a utilizar una prueba de detección, que implicaba la entrada en el cuerpo del viajero de un instrumento u otro cuerpo extraño. La prueba que propuso el Sr. Roxas implicó la inserción de un hisopo nasal en la cavidad nasal de la Sra. Fernando, contrario al artículo 14 de la Ley de Cuarentena. Las disposiciones pertinentes son las siguientes, que citan el artículo 14 de la Ley de Cuarentena: Tecnología de detección. 14(1) Cualquier persona calificada autorizada por el Ministro podrá, para determinar si un viajero tiene una enfermedad transmisible o síntomas de una, utilizar cualquier tecnología de detección autorizada por el Ministro que no implica la entrada en el cuerpo del viajero de ningún instrumento u otro cuerpo extraño. La fiscalía planteó que tal vez la inserción en la cavidad nasal no implicaba la entrada en el cuerpo. No estoy de acuerdo. La inserción de un hisopo nasal en la cavidad nasal es definitivamente una inserción en el cuerpo. Se decidió que la prueba de hisopo nasal, que el oficial de detección en este caso requirió o exigió a la Sra. Fernando someterse a, era un requisito o exigencia ilícita. La negativa de la señora Fernando a cumplir con el requerimiento o exigencia era lícito por su parte. Porque el requerimiento o exigencia que le haga el oficial de control no era legal, la Sra. Fernando no debería haber sido declarada culpable por el Juez de Paz.

Estoy revocando la decisión del Juez de Paz y declarando que no es culpable.

<https://www.canlii.org/en/on/oncj/doc/2024/2024oncj336/2024oncj336.html>

**4. La Organización Mundial de la Salud ha definido un “caso” de COVID-19 como un resultado de una prueba de PCR positiva. La dependencia del proceso RT-PCR como único requisito para determinar un “caso” de COVID-19 sin un diagnóstico diferencial basado en observaciones clínicas era esencialmente imposible antes de 2020.**

**20 de marzo de 2020:**

Caso confirmado: Persona con confirmación de laboratorio de infección por COVID-19, independientemente de su cuadro clínico y de sus signos y síntomas.

<https://web.archive.org/web/20200624130127/https://www.who.int/publications-detail-redirect/global-surveillance-for-covid-19-caused-by-human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance>

<https://web.archive.org/web/20200604220207/>

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272502/retrieve>

**16 de diciembre de 2020:**

Caso confirmado de infección por SARS-Cov-2

A. Una persona con una prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) positiva.

B. Una persona con una prueba de detección del antígeno del SRAS-Cov-2 positiva y que cumple la definición de caso probable o los criterios de sospecha A o B.

C. Una persona asintomática con una prueba de detección del antígeno del SRAS-Cov-2 positiva que esté en contacto con un caso probable o confirmado.

[https://web.archive.org/web/20201223174118/https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance\\_Case\\_Definition-2020.2](https://web.archive.org/web/20201223174118/https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.2)

<https://web.archive.org/web/20201223103839/>

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1322790/retrieve>

**Caso confirmado de infección por SARS-Cov-2(2 Opciones)**

A. Una persona con una Prueba de Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAAT) positiva, A independientemente de los criterios clínicos o los criterios epidemiológicos.

B. Una persona que cumpla los criterios clínicos y/o epidemiológicos ( caso sospechoso A) con un resultado positivo en la prueba del antígeno-RDT del SRAS-CoV-2 realizada por un profesional o un autodiagnóstico.

[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance\\_Case\\_Definition-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2022.1)

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360579/WHO-2019-nCoV-Surveillance-Case-Definition-2022.1-eng.pdf>

**Revista internacional de teoría, práctica e investigación sobre vacunas** Por primera vez en la historia de la medicina, se utilizó un ensayo de laboratorio (RT-PCR) como único criterio para diagnóstico de una enfermedad (COVID-19) y para definir la infecciosidad de un virus (SARS-CoV-2) sin calificar síntomas clínicos y la prueba de la replicación de un virus competente para justificar la aplicación en toda la población intervenciones médica no aprobadas. Cuarentenas innecesarias en individuos sanos, así como encierros y atroces daños colaterales en las sociedades y economías de todo el mundo debido al elevado número de "casos PCR" falsos positivos. Por otra parte, los individuos sintomáticos infectados recibieron una falsa sensación de seguridad por los resultados falsos negativos de las pruebas, lo que podría dar lugar a conglomerados de COVID-19. Tanto nuestros resultados como los datos de la literatura confirman que la validación de cualquier prueba diagnóstica basada en la PCR mediante secuenciación. Para prevenir futuras malas prácticas la ciencia necesita una revisión de la realidad y debe reiniciar el diálogo científico y liberarse de la influencia política y el dogma.

<https://ijvtpr.com/index.php/IJVTPR/article/view/71>

**Revista internacional de teoría, práctica e investigación sobre vacunas** La prueba PCR ha sido erróneamente elegida como el estándar de oro para diagnosticar la infección y la enfermedad por COVID-19, a pesar de que nunca ha sido validada ni estandarizada. Los síntomas de la enfermedad por COVID-19 al no especificarse, porque pueden ser cualquier cosa, todo y nada en absoluto según las autoridades. Van desde síntomas clínicamente observables que pueden conducir a la muerte hasta ningún síntoma en absoluto – desde todo lo anterior demuestra que todo el alcance de la ciencia diagnóstica COVID-19 está viciado.

<https://ijvtpr.com/index.php/IJVTPR/article/view/81/216>

**5. El proceso de RT-PCR definido en la “prueba” original (Corman-Drosten) NO se basó en un virus aislado. Se basó en una secuencia genética compilada en una computadora (in silico). El artículo de**

### **Corman-Drosten contiene los siguientes errores específicos:**

1. No existe ninguna razón específica para utilizar estas concentraciones extremadamente altas de cebadores en este protocolo. Las concentraciones descritas dan lugar a un aumento de las uniones inespecíficas y de las amplificaciones del producto PCR, lo que hace que la prueba no sea adecuada como herramienta de diagnóstico específico para identificar el virus SARS-CoV-2.
2. Seis posiciones de tambaleo no especificadas introducirán una enorme variabilidad en el mundo real. La confusa descripción inespecífica del documento de Corman-Drosten no es adecuada como protocolo operativo estándar, por lo que la prueba no es adecuada como herramienta de diagnóstico específica para identificar el virus SARS-CoV-2.
3. La prueba no puede discriminar entre el virus completo y los fragmentos virales. Por lo tanto, la prueba diagnóstica de virus intactos (infecciosos), por lo que la prueba no es adecuada como diagnóstico específico para identificar el virus del SARS-CoV-2 y deducir la presencia de una infección.
4. Una diferencia de 10° C con respecto a la temperatura de recocido Tm para el par de cebadores1 (RdRp\_SARSr\_F y RdRp\_SARSr\_R) también hace que la prueba no sea adecuada como herramienta de diagnóstico específica para identificar el virus del SARS-CoV-2.
5. Un error grave es la omisión de un valor Ct en el que una muestra se considera positiva y negativa. Este valor Ct tampoco se encuentra en las presentaciones de seguimiento, lo que hace que la prueba no sea adecuada como herramienta de diagnóstico específica para identificar el virus SARS-CoV-2.
6. Los productos de la PCR no han sido validados a nivel molecular. Este hecho hace que el protocolo sea inútil como herramienta de diagnóstico específico para identificar el virus SARS-CoV-2.
7. La prueba PCR no contiene ni un único control positivo para evaluar su especificidad para el SARS-CoV-2 ni un control negativo para excluir la presencia de otros coronavirus, lo que hace que la prueba no sea apta como herramienta de diagnóstico específica para identificar el virus SARS-CoV-2.
8. El diseño de la prueba en el documento Corman-Drosten es tan vago y defectuoso que uno puede ir en docenas de direcciones diferentes; nada está estandarizado y no hay ningún procedimiento operativo normalizado. Esto cuestiona en gran medida la validez científica de la prueba y la hace inadecuada como herramienta de diagnóstico específica para identificar el virus del SARS-CoV-2.
9. Lo más probable es que el artículo de Corman-Drosten no fuera revisado por pares, lo que hace que la prueba no sea adecuada como herramienta de diagnóstico específica para identificar el virus del SARS-CoV-2.
10. Encontramos graves conflictos de intereses en al menos cuatro autores, además de que dos de los autores del artículo de Corman-Drosten (Christian Drosten y Chantal Reusken) son miembros del consejo editorial de Eurosurveillance. El 29 de julio de 2020 se añadió un conflicto de intereses (Olfert Landt es director general de TIB-Molbiol; Marco Kaiser es investigador principal de GenExpress y actúa como asesor científico de TIB-Molbiol) que no fue declarado en la versión original (y aún falta en la versión de PubMed); TIB-Molbiol es la empresa que fue "la primera" en producir kits PCR (Light Mix) basados en el protocolo publicado en el manuscrito Corman-Drosten, y según sus propias palabras, distribuyeron estos kits de prueba PCR antes de que la publicación fuera enviada [20]; además, Victor Corman & Christian Drosten no mencionaron su segunda afiliación: el laboratorio comercial de pruebas "Labor Berlin". Ambos son responsables del diagnóstico virus [21] y la empresa opera en el ámbito de las pruebas PCR en tiempo real. A la luz de nuestra reevaluación del protocolo de prueba para identificar el SARS-CoV-2 descrito en el artículo de Corman-Drosten, hemos identificado errores y falacias inherentes que hacen que la prueba PCR del SARS-CoV-2 sea inútil.

<https://web.archive.org/web/20220924034939/https://cormandrostenreview.com/report/>

**6. El proceso RT-PCR, no es una prueba que pueda diagnosticar enfermedades o contagio, nunca fue ni pretendió ser una herramienta de diagnóstico. El proceso de PCR simplemente crea copias del material genético encontrado en una muestra. La detección de determinadas moléculas mediante el proceso RT-**

**PCR, no proporciona evidencia de enfermedad o contagio. La presencia de ácidos nucleicos por sí sola no debe utilizarse para inferir enfermedad, infección, diseminación viral o contagio potencial.**

**Reino Unido** No se puede confiar en un único valor de Ct en ausencia de contexto clínico para tomar decisiones sobre la infecciosidad de una persona. La RT-PCR detecta la presencia de material genético viral en una muestra, pero no es capaz de distinguir si existe un virus infeccioso. Figura 2. Genoma del Genoma del SARS-CoV-2 con las dianas RT-PCR más comunes Resaltadas

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/926410/Understanding\\_Cycle\\_Threshold\\_Ct\\_in\\_SARS-CoV-2\\_RT-PCR.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/926410/Understanding_Cycle_Threshold_Ct_in_SARS-CoV-2_RT-PCR.pdf)

**Canadá** Se considera que una persona es infecciosa si expulsa partículas víricas intactas y capaces de infectar a otras personas. Las pruebas PCR no pueden distinguir el material genómico vírico procedente de partículas víricas intactas en personas que son infecciosas o fragmentos de partículas víricas presentes en individuos que se han recuperado. No sabemos qué cantidad de virus se necesita realmente para causar una infección en alguien y hay otros factores importantes que pueden influir en la infecciosidad, como la salud de la persona expuesta y el tipo de exposición que se haya producido.

<https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/polymerase-chain-reaction-cycle-threshold-values-testing.html>

**El CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU.)**

La detección de ácido nucleico viral no equivale a aislar un virus.

[https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/7/4/01-7431\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/7/4/01-7431_article)

**El CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU.)** Un resultado positivo indica la detección de ARN o ácidos nucleicos virales de la gripe en la muestra respiratoria, lo que confirma la infección por el virus de la gripe, pero no significa necesariamente que el virus infeccioso esté presente o que el paciente contagie.

<https://www.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/molecular-assays.htm>

**Nueva Zelanda**

Una prueba positiva no puede decirnos: Si la persona se encuentra infectada Ni la probabilidad de que la persona enferme

<https://web.archive.org/web/20210122000504/https://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/covid-19-novel-coronavirus/covid-19-health-advice-public/assessment-and-testing-covid-19/covid-19-test-results-and-their-accuracy>

**Singapur**

Es importante señalar que la detección de ARN viral por PCR no equivale a infecciosidad o virus viable.

<https://www.ncid.sg/Documents/Period%20of%20Infectivity%20Position%20Statementv2.pdf>

## **Suecia**

Las comparaciones de los resultados con la detección de virus por PCR y el cultivo de virus muestran que la PCR no puede utilizarse para determinar si un individuo sigue siendo contagioso o no porque la PCR también detecta ARN de virus no infecciosos. Por lo tanto, debe evitarse la toma de muestras mediante PCR para determinar la infecciosidad.

<https://kommun.falkenberg.se/images/sv/files/vagledning-om-smittsambetsbedomning-vid-covid-19%C3%85H.pdf> (pág. 6 – 7)

## **Nature Reviews Microbiology (Revista Nature)**

Aunque la detección del ARN viral en muestras respiratorias mediante RT-PCR es muy sensible y específica, no distingue entre el virus competente para la replicación y el ARN residual. La RT-PCR no puede determinar directamente la infecciosidad debido a su incapacidad para diferenciar entre replicación (infeccioso) y el ARN viral residual (no infeccioso).

Lamentablemente, en la actualidad no existe ninguna prueba diagnóstica en el punto de atención para determinar la infecciosidad del SARS-CoV-2 en una muestra de un paciente.

Hasta la fecha, no existe ninguna prueba diagnóstica que determine de forma fiable la presencia de virus infeccioso.

<https://www.nature.com/articles/s41579-022-00822-w>

## **The Lancet (Revista The Lancet)**

Aunque el uso de métodos de PCR sensibles es útil desde el punto de vista del diagnóstico, hay que tener cuidado para evaluar la duración de la excreción viral y el potencial de infección, ya que la PCR no distingue entre el virus infeccioso y el ácido nucleico no infeccioso.

La presencia de ácido nucleico por sí sola no puede utilizarse para definir la excreción viral o el potencial de infección.

Para muchas enfermedades víricas (SARS-CoV, coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio, virus de la gripe, virus Ébola y virus Zika) se sabe que el ARN viral puede detectarse mucho después de la desaparición del virus infeccioso. El sistema inmunitario puede neutralizar los virus mediante la lisis de su envoltura o la agregación de partículas víricas. Estos procesos impiden la infección posterior, pero no eliminan el ácido nucleico, que se degrada lentamente con el tiempo.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30868-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30868-0/fulltext)

## **Enfermedades Infecciosas Clínicas (Revista Clinical Infectious Diseases)**

Los virus vivos completos son necesarios para la transmisión, no los fragmentos identificados por PCR.

<https://academic.oup.com/cid/article/73/11/e3884/6018217>

**Enfermedades Infecciosas Clínicas (Revista Clinical Infectious Diseases)** Un resultado positivo de RT-qPCR puede no significar necesariamente que la persona siga siendo infecciosa o que aún enfermedad significativa.

El ARN podría proceder de virus no viables o muertos. A menudo, el virus vivo sólo se puede aislar durante la primera semana de los síntomas, pero no después del octavo día, incluso con pruebas RT-qPCR positivas.

<https://academic.oup.com/cid/article/71/16/2252/5841456>

### **Clínica Cleveland (Cleveland Clinic)**

La prueba puede seguir detectando fragmentos del virus del SARS-CoV-2 incluso después de que usted se haya recuperado de COVID-19 y ya no sea contagioso. Así que puede seguir dando positivo si ha tenido COVID-19 en un pasado lejano, aunque no pueda contagiar el virus SARS-CoV-2 a otras personas.

<https://my.clevelandclinic.org/health/diagnostics/21462-covid-19-and-pcr-testing>

### **7. Por diseño, los pasos iniciales del proceso de RT-PCR destruyen el material de origen. El proceso NO PUEDE medir virus intactos. Un resultado llamado “positivo” ni siquiera asegura la presencia de viriones individuales.**

La preparación de las muestras excluye la detección de virus con capacidad de replicación. Una prueba PCR -aunque se realice correctamente- no puede proporcionar ninguna información sobre si una persona está infectada o no por un patógeno activo.

Esto es técnicamente imposible, porque el procedimiento de la prueba incluye la destrucción completa del material biológico y la separación de los ácidos nucleicos del resto del material, destruyendo así cualquier estructura necesaria para la función biológica, como la replicación y la infección.

Esto se debe a que la prueba no puede distinguir entre materia "muerta"\*, como un fragmento de genoma completamente inofensivo, como un remanente de la lucha del propio sistema inmunitario contra un resfriado o una gripe (tales fragmentos de genoma pueden seguir encontrándose en el organismo muchos meses después de que el sistema inmunitario haya "resuelto" el problema), y materia "viva", es decir, un virus "fresco" y reproducible.

Un paso crucial en este proceso es la desnaturalización completa de todo el material biológico y la separación de

los componentes principales: proteínas, lípidos y ácidos nucleicos, para disponer finalmente del ARN como base de partida para la RT- qPCR. El protocolo original de Chomzynski y Sacchi de 1987 sigue siendo un componente de casi todos los protocolos de la purificación de material biológico para el aislamiento de ARN, ya sea preparado en el laboratorio o en "kits de extracción" comprados. Los componentes de la solución de extracción original son fenol/cloroformo y alcohol isoamílico, y en varias soluciones comerciales modificadas [hay] sustancias de acción similar pero menos tóxicas. Todas tienen en común que destruyen por completo cualquier estructura biológica viva o reproducible.

En el proceso de laboratorio de preparación de una muestra de frotis, que es obligatorio antes de la RT-qPCR, cualquier material biológico, ya sea una célula vital, un virus replicable o incluso simplemente restos celulares y residuos de genes, se desnaturalizado de tal manera que ya no es posible saber si el material procede de un organismo intacto o incluso de un organismo competente para la replicación o de muestras que ya han sido dañadas o destruidas.

Debido a este proceso de extracción y preparación, una RT-qPCR positiva que detecte fragmentos del genoma no puede utilizarse para inferir la presencia de virus con capacidad de replicación en la muestra de frotis. Así pues, aunque la PCR, incluidos todos los pasos preparatorios (diseño y establecimiento de la PCR, recogida de muestras preparación y realización de la PCR), se lleve a cabo "correctamente", y la prueba sea positiva, es decir: detecte una secuencia genómica que también puede existir en uno o incluso en el virus específico "Corona" (SARS-CoV-2), esta técnica no puede demostrar en ningún caso que la persona que ha dado positivo pueda estar infectada por un SARS-CoV-2 replicante y, en consecuencia, infeccioso = peligroso para otras personas. Opinión experta de la Prof. Dra. rer. biol. hum. Ulrike Kämmerer.

**8. El potencial de falsos positivos derivados del uso del proceso RT-PCR es enorme. Incluso si la especificidad de una "prueba" es del 99%, si la prevalencia de infección en la comunidad es 1/100, entonces la "prueba" arrojará un resultado falso positivo el 50% de las veces.**

## **Reino Unido**

¿Qué causa los falsos positivos?

Reacciones cruzadas con otro material genético. Otras fuentes de ADN o ARN pueden tener reacciones cruzadas material genético que puede ser amplificado por la prueba RT-PCR. Se observaron falsos positivos inesperadamente en ensayos de norovirus en pacientes con enterocolitis, debido a niveles inusualmente altos de ADN humano en las muestras.

Contaminación durante la toma de muestras. Esto puede ocurrir si la cabeza del hisopo entra en contacto accidentalmente o se coloca sobre una superficie contaminada (por ejemplo, guantes de látex, superficie hospitalaria).

Contaminación durante la extracción de los hisopos. El ARN viral se extrae de los hisopos en solución; la aerosolización accidental del líquido puede causar contaminación cruzada entre las muestras.

Contaminación con el amplicón PCR. El proceso de amplificación por PCR genera millones de copias del ADN diana (amplicón) que pueden causar falsos positivos en reacciones posteriores de PCR. Si un laboratorio de pruebas contaminado accidentalmente con amplicón puede dar lugar a falsos positivos esporádicos.

Contaminación de los consumibles del laboratorio de PCR. La contaminación puede propagarse de un laboratorio post-PCR a un laboratorio de PCR a un laboratorio de pre-PCR por transferencia de equipos, productos químicos, personas o aerosoles. Incluso los laboratorios nacionales experimentados pueden verse afectados.

A principios de marzo de 2020, los ensayos RT-PCR COVID-19 producidos por los CDC fueron retirados después de que muchos mostraron falsos positivos debido a reactivos contaminados.

<https://www.gov.uk/government/publications/gos-impact-of-false-positives-and-negatives-3-june-2020/impact-of-false-positives-and-false-negatives-in-the-uks-covid-19-rt-pcr-testing-programme-3-june-2020>

**Organización Mundial de la Salud** La OMS recuerda a los usuarios de [dispositivos médicos de diagnóstico in vitro] DIV que la prevalencia de la enfermedad altera el valor predictivo de los resultados de las pruebas; a medida que disminuye la prevalencia de la enfermedad, aumenta el riesgo de falsos positivos (2). Esto significa que la probabilidad de que una persona que tenga un resultado positivo (detección del SARS-CoV-2) esté realmente infectada por el SARS-CoV-2 disminuye a medida que disminuye la prevalencia, independientemente de la especificidad declarada.

<https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>

**FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos)** Los valores predictivos positivo y negativo dependen en gran medida de la prevalencia. Los resultados falsos negativos son más probables cuando la prevalencia de la enfermedad es alta. Los resultados falsos positivos son más probables cuando la prevalencia es de moderada a baja.

<https://www.fda.gov/media/134922/download>

**FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos)** Recuerde que el valor predictivo positivo (VPP) varía con la prevalencia de la enfermedad al interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas. El VPP es el porcentaje de resultados positivos de las pruebas que son verdaderos positivos. A medida que disminuye la prevalencia de la enfermedad, aumenta el porcentaje de resultados falsos positivos.

Por ejemplo, una prueba con una especificidad del 98% tendría un VPP de algo más del 80% en una población con una prevalencia del 10%, lo que significa que 20 de cada 100 pruebas son positivas lo que significa que 20 de cada 100 resultados positivos serían falsos positivos. La misma prueba sólo tendría un VPP de aproximadamente el 30% en una población con una prevalencia del 1%, lo que significa que 70 de cada 100 resultados positivos serían falsos positivos. Esto significa que, en una población con una prevalencia del 1%, sólo el 30% de los individuos con resultados positivos tienen realmente la enfermedad. Con una prevalencia del 0,1%, el VPP sería sólo del 4%, lo que significa que 96 de cada 100 resultados positivos serían falsos positivos.

Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta la prevalencia local al interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas.

<https://web.archive.org/web/20201113145232/https://www.fda.gov/medical-devices/letters-health-care-providers/potential-false-positive-results-antigen-tests-rapid-detection-sars-cov-2-letter-clinical-laboratory>

**The Lancet (Revista The Lancet)** El uso generalizado de la PCR en entornos clínicos se ha visto obstaculizado en gran medida por la contaminación de fondo procedente de fuentes exógenas de ADN. En la mayoría de los ensayos específicos de patógenos, la fuente predominante de contaminación se deriva de los productos "de arrastre" de reacciones de PCR anteriores, que pueden albergarse y transmitirse a través de los reactivos de la PCR, los tubos, las pipetas y las superficies del laboratorio. Junto con el gran poder de amplificación de la PCR,

incluso cantidades muy pequeñas de contaminación de arrastre pueden servir como sustratos para la amplificación y dar lugar a resultados falsos positivos.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7106425/>

**Revista de Infecciones (Revista Journal of Infection)** A la luz de nuestros hallazgos de que más de la mitad de los individuos con resultados positivos en la prueba PCR es poco probable que sean infecciosos, la positividad de la prueba RT-PCR no debe tomarse como una medida exacta de la Infección del SARS-CoV-2. Nuestros resultados confirman los hallazgos de otros de que el uso rutinario de resultados "positivos" de la prueba RT-PCR como patrón oro para evaluar y controlar la infecciosidad no refleja el hecho de que entre el 50 y el 75% de las veces que un individuo da positivo en la PCR, es probable que sea post infeccioso. No existe una estandarización internacional entre laboratorios, lo que hace problemática la interpretación de RT-PCR cuando se utiliza como herramienta de cribado masivo.

[https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00265-6/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00265-6/fulltext)

### **Real Colegio de Patólogos de Australasia**

Es importante identificar a tiempo los resultados falsos positivos verdaderos de la prueba NAT para el SARS-CoV-2, ya que los falsos positivos no reconocidos positivos falsos no reconocidos pueden dar lugar a una cuarentena y un rastreo de contactos innecesarios retrasos en el reconocimiento y tratamiento de la verdadera enfermedad, ansiedad y preocupación significativas en los pacientes con infección nosocomial de otros pacientes con COVID-19 confirmado, desperdicio de equipos de protección personal y estadísticas inexactas sobre la prevalencia local de la infección.

[https://www.pathologyjournal.rcpa.edu.au/article/S0031-3025\(20\)30936-3/fulltext](https://www.pathologyjournal.rcpa.edu.au/article/S0031-3025(20)30936-3/fulltext)

### **Medicina clínica (Clinical Medicine)**

Se reconocieron varias implicaciones significativas potenciales para los resultados falsos positivos de bajo nivel de un solo gen reconocidos. Los pacientes en lista de espera de trasplante fueron retirados de la lista durante 2 semanas. Algunos de los pacientes sometidos a cribado preoperatorio vieron retrasada su intervención. Los pacientes sometidos a cribado antes del alta permanecieron hospitalización, en muchos casos innecesaria.

Consecuencias de los falsos positivos:

- Tratamiento e investigación innecesarios.
- Ausencia o retraso de intervenciones quirúrgicas.
- Aislamiento y localización de contactos innecesarios, con el consiguiente impacto negativo en el personal y los recursos.
- Riesgo de una mayor exposición posterior si el individuo cambia su comportamiento como resultado de creer que se ha infectado.
- Que la persona se encuentre con otros pacientes hospitalizados con COVID-19 y, en consecuencia, expuesta al virus. Un riesgo importante de un resultado falso positivo ocurre cuando el individuo se agrupa con otros pacientes que sufren de COVID-19 y, en consecuencia, está expuesto al virus.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7850182/>

### **Revista de Medicina Laboral y Medioambiental (Journal of Occupational and Environmental Medicine)**

La eficacia de estas pruebas depende no sólo de sus sensibilidades y especificidades clínicas, sino también de la prevalencia de infecciones por especificidades, sino también de la prevalencia de las infecciones por SARS-CoV-2 en el entorno en el que se utilice la prueba. Si consideramos una prueba que se ajusta a las recomendaciones de la FDA para su realización en un... entorno de cribado (sensibilidad del 95%, especificidad del 98%).

En el escenario de cribado, 100 de los 10.000 individuos están infectados y 9900 no lo están. La prueba detectará 95 de las personas infectadas y cinco serán falsamente negativas. De los no infectados, 9702 serán diagnosticados correctamente y 198 serán falsos positivos. El VPP es  $95/95 + 198$  o 32,4%. En este caso 2/3 de los resultados positivos son falsos positivos. Para una prevalencia del 0,1%, el VPP desciende al 4,5%.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7934325/>

**9. Existe amplia evidencia de que cualquier afirmación de un resultado "positivo" obtenido al ejecutar el proceso RT-PCR a través de más de 24 ciclos son en realidad falsos positivos.**

### **Organización Mundial de la Salud**

Es necesaria una interpretación cuidadosa de los resultados NAAT positivos débiles, ya que algunos de los ensayos han demostrado producir señales falsas en valores Ct altos.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334254/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.6-eng.pdf>

**Canadá** Una pregunta frecuente es si los valores Ct pueden ayudar a determinar si un individuo es contagia o no. En no es posible traducir directamente un valor de Ct en grado o duración de la infecciosidad.

<https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/polymerase-chain-reaction-cycle-threshold-values-testing.html>

### **Enfermedades Infecciosas Clínicas (Clinical Infectious Diseases)**

Con Ct = 35, el valor que utilizamos para informar de un resultado positivo para la PCR, <3% de los cultivos son positivos.

<https://academic.oup.com/cid/article/72/11/e921/5912603>

### **Enfermedades Infecciosas Clínicas (Clinical Infectious Diseases)**

Muchos ensayos qPCR implican un corte Ct de 40 para considerar positiva la prueba, lo que permite la detección de muy pocas moléculas de ARN de partida.

Sin embargo, la notificación como resultado binario positivo o negativo elimina información útil que podría servir de base para la toma de decisiones clínicas.

Tras la resolución completa de los síntomas, las personas pueden tener resultados positivos prolongados de la prueba RT-PCR del SARS-CoV-2.

RT-PCR, potencialmente durante semanas, como informan Xiao et al. En estos momentos tardíos, el valor de Ct suele ser muy alto, lo que representa la presencia de una concentración muy baja del virus. Lo que representa la presencia de copias muy bajas de ARN viral [5-8]. En estos casos, en los que las copias de ARN viral en la

muestra pueden ser menos de 100, los resultados se comunican al clínico simplemente como positivos. Esto deja al clínico sin más opción que interpretar los resultados de la misma manera que una muestra de positivo y en la que las copias de ARN alcanzan habitualmente los 100 millones o más.

Un resultado positivo de RT-qPCR puede no significar necesariamente que la persona siga estando infectada o que aún la enfermedad sea significativa. En primer lugar, el ARN podría proceder de virus no viables o muertos. El virus vivo suele ser aislable sólo durante la primera semana de síntomas, pero no después del octavo día, incluso con pruebas RT-qPCR positivas [9].

En segundo lugar, puede ser necesaria una cantidad mínima de virus viable para la transmisión ulterior. Para el control de la infección, la utilidad del ensayo es mayor cuando se identifica a personas que son claramente positivas y riesgo de transmisión ulterior. En particular, cuando se realizan pruebas de COVID-19 en ausencia de síntomas creemos que la notificación del valor Ct o del intervalo podría ayudar a fundamentar mejor las decisiones clínicas.

<https://academic.oup.com/cid/article/71/16/2252/5841456>

### **Enfermedades Infecciosas Clínicas (Clinical Infectious Diseases)**

Por encima de un valor CT de 24, la cantidad de material genético vírico detectable es tan baja que la prueba positiva ya no puede interpretarse en términos de una infección activa.

<https://academic.oup.com/cid/article/71/10/2663/5842165>

### **Revista Europea de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases)**

Podemos deducir que, con nuestro sistema, los pacientes con valores de Ct iguales o superiores a 34 no excretan partículas virales infecciosas.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10096-020-03913-9>

### **The New England Journal of Medicine**

El cultivo viral sólo fue positivo en las muestras con un valor de umbral de ciclo igual o inferior a 28,4.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2027040>

**10. No hay pruebas de que las secuencias de ácidos nucleicos que se utilizan en cualquiera de las diversas RT-PCR. Las “pruebas” identifican la presencia de un patógeno viable que causa el COVID-19. Un número desconocido de también otros patógenos pueden estar presentes, para los cuales NO se están realizando pruebas. Incluso si el proceso RT-PCR identifica la existencia de restos genéticos del SARS-CoV-2, no descarta la posibilidad que algo más puede ser la causa real de la enfermedad.**

### **Organización Mundial de la Salud**

Se han notificado coinfecciones de SARS-CoV-2 con otros patógenos, por lo que una prueba positiva para otro patógeno no descarta la presencia de COVID-19 y viceversa.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334254/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.6-eng.pdf>

### **FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos)**

La detección de ARN viral puede no indicar la presencia de virus infeccioso o que el 2019-nCoV sea el agente causal de los síntomas clínicos. Esta prueba no puede descartar enfermedades causadas por otros patógenos bacterianos o virales.

<https://www.fda.gov/media/134922/download>

### **FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos)**

La correlación clínica con el historial del paciente y otra información diagnóstica es necesaria para determinar el estado de infección del paciente. Los resultados positivos no descartan la infección bacteriana ni la coinfección con otros virus.

<https://www.fda.gov/media/137093/download>

### **Eurosurveillance**

En total, hemos analizado hasta la fecha (a 19 de febrero de 2020) 4.084 muestras respiratorias mediante PCR y todas las pruebas han sido negativas para el SARS-CoV-2. Estas pruebas se realizaron en las muestras de 32 casos sospechosos de SARS-CoV-2, 337 personas repatriadas a principios de febrero de 2020 desde China sometidas a dos pruebas, 164 pacientes fallecidos en hospitales públicos de Marsella entre 2014 y 2019 de los que se había enviado al menos una muestra respiratoria a nuestro laboratorio, y también incluían 3.214 muestras respiratorias enviadas desde enero de 2020 a nuestro laboratorio para buscar una etiología viral. En llamativo contraste, hemos analizado 5.080 muestras respiratorias para diversas sospechas de infecciones virales respiratorias desde el 1 de enero de 2020 y hemos identificado virus respiratorios en 3.380 casos. En orden decreciente de frecuencia, fueron: virus de la gripe A (n = 794), virus de la gripe B (n = 588), rinovirus (n = 567) virus respiratorio sincitial (n = 361), adenovirus (n = 226), metapneumovirus (n = 192), enterovirus (n = 171), bocavirus (n = 83), virus de la parainfluenza (n = 24) y parechovirus (n = 8). Entre los virus diagnosticados, también había 373 coronavirus humanos comunes (HCoV), incluidos 205 HCoV-HKU1, 94 HCoV-NL63, 46 HCoV-OC43 y 28 HCoV-229E [5].

Así pues, resulta sorprendente que toda la atención se centre en un virus cuya mortalidad en última instancia parece ser del mismo orden de magnitud que la de los coronavirus comunes u otros virus respiratorios como la gripe o el virus respiratorio sincitial, mientras que los cuatro VHC comunes diagnosticados pasan desapercibidos, aunque su incidencia es elevada.

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.8.2000171>

### **Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (Química Clínica y Medicina de Laboratorio)**

Se detectó un total de 239 dianas positivas de patógenos en 161 niños. La mayor proporción de patógenos fueron el virus respiratorio sincitial humano (VRSH) (en 76 pacientes [31,80%]) y el virus de la gripe A (en 72 pacientes [30,13%]). El coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), el (SARS-CoV-2), el virus causante del COVID-19, se detectó en dos pacientes y representó el 0,84%. En el líquido de lavado broncoalveolar del paciente 1 se encontraron SARS-COV-2, HRSV y metapneumovirus humano (HMPV). broncoalveolar del paciente 1, y SARS-COV-2, MP y HMPV en el líquido de lavado broncoalveolar del paciente 2.

<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/cclm-2020-0434/html>

### **The Lancet [Comment]**

En nuestra opinión, la prueba PCR actual no es, por tanto, el patrón oro apropiado para evaluar una prueba de salud pública del SARSCoV-2. La corta ventana de transmisibilidad contrasta con una mediana de 22-33 días de positividad de la PCR (más larga con infecciones graves y algo más corta entre individuos asintomáticos). Esto sugiere que el 50-75% del tiempo en que un individuo da positivo en la PCR, es probable que sea postinfeccioso.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00425-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00425-6/fulltext)

### **International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research**

Se reveló que una prueba RT-qPCR positiva sigue albergando el riesgo de recoger algo distinto de SARS-CoV-2. Muestras de pacientes de atención primaria sospechosos de SARS-CoV-2, ya que los pacientes síntomas clínicos de una infección respiratoria, tras la RT-qPCR resultaron ser positivos para otros patógenos víricos y bacterianos e incluso para ADN genómico humano (Voogd et al., 2022).

Por lo tanto, confiar únicamente en el resultado positivo de una prueba RT-qPCR conlleva el riesgo de un diagnóstico erróneo, incluso con kits comerciales optimizados. Dicho todo esto, sin embargo, creemos que durante la pandemia de COVID-19 COVID-19: los controles negativos y positivos regulares y suficientes no excluyeron la copresencia de patógeno(s) distinto(s) del SARS-CoV-2 (excepto en el experimento de Killingley que acabamos de mencionar) que podría(n) ser causantes de los síntomas de la enfermedad COVID-19 observados. Además, los síntomas utilizados en el diagnóstico son tan generales y comunes en las enfermedades respiratorias que "... puede que no sea posible distinguir entre las enfermedades víricas objeto de estudio a juzgar únicamente por la presentación clínica" (Czubak et al., 2021). Entre las enfermedades que no pueden excluirse definitivamente se encuentran los virus de la gripe estacional que han sido identificados como coinfectiosos por investigadores de Wuhan (Yue et al., 2020) en algunas personas diagnosticadas con infección por SARS-CoV-2.

Dado que no existen terapias "específicas para cada tipo de virus" que distingan todos los tipos de virus respiratorios, los diagnósticos moleculares apenas tienen más que un mero valor académico. La información crítica que guíe la elección de las terapias debería tener en cuenta las bacterias y hongos coinfectantes que pueden acompañar a los virus respiratorios y para los que es posible que no se disponga de una vacuna, que pueden acompañar a cualquier virus respiratorio y para los que una terapia específica podría haber ayudado o incluso salvado la vida de muchas víctimas, como los "pacientes COVID-19" que murieron con aspergillus no detectado y podrían haber sobrevivido con antifúngicos y que podrían haber sobrevivido con una terapia

antifúngica (Evert et al., 2021).

Afirmamos que realizar pruebas a personas asintomáticas es inútil.

<https://ijvtp.com/index.php/IJVTPR/article/view/82/217>