

ANDREAS MORITZ

Se acabaron los infartos

*Haz las paces con tu corazón
y cúrate a ti mismo*



EDICIONES OBELISCO

Índice

Razones legales.	7
La enfermedad.	11
Síntoma de un cuerpo enfermo.	11
Fases iniciales de la enfermedad cardíaca.	13
Principales factores de riesgo.	14
Las cardiopatías y el consumo de carne	17
El cuerpo almacena proteínas	19
La acumulación de proteínas: una bomba de relojería	26
El revelador papel de la homocisteína	28
La proteína C-reactiva revela la verdad	31
Cómo y por qué tienen lugar los ataques cardíacos.	33
El riesgo de sufrir un infarto	42
Acabar con el mito del vínculo entre colesterol y cardiopatía.	63
El colesterol no es el culpable	64
La muerte en las grasas trans	66
Sano hoy, enfermo mañana	69
Qué pueden causar las estatinas	74

¿Protege la aspirina realmente de las enfermedades coronarias?	82
Los peligros del colesterol bajo	85
El colesterol es vida y sangre	90
Cuando el colesterol pide ayuda	94
Equilibrar el colesterol de un modo natural. . .	98
Superar la enfermedad coronaria: dos historias alentadoras	102
Causas no dietéticas de la cardiopatía	107
Cuando no existe un apoyo social	107
Los principales factores de riesgo: insatisfacción laboral e infelicidad	108
La necesidad de amar	111
Qué puede hacer un cónyuge cariñoso.	113
El poder curativo de las caricias.	115
Consejos útiles para acabar con las cardiopatías	120
Acerca del autor	123
Otros libros del autor	127

La enfermedad

Síntoma de un cuerpo enfermo

Hace menos de cien años, la enfermedad coronaria era extremadamente rara. Hoy en día acaba con la vida de más personas en el mundo desarrollado que todas las demás causas de muerte juntas, excepto las enfermedades iatrogénicas o causadas por los médicos. De acuerdo con el *New England Journal of Medicine*, el paro cardíaco súbito se lleva de 350.000 a 450.000 vidas al año tan sólo en Estados Unidos (más de un millar al día) y es responsable de más de la mitad de todas las muertes atribuidas a la enfermedad cardiovascular. Cada año, 865.000 estadounidenses, por ejemplo, sufren un infarto de miocardio. En 2004 eran 7,8 millones de estadounidenses los supervivientes de esta enfermedad. Los costes directos (asistencia sanitaria) e indirectos (producción perdida) asociados a la enfermedad coronaria ascendieron en total a 133.000 millones de dólares estadounidenses en 2004. Un estudio reciente concluye que el 85 % de las personas de más de 50 años de edad y el 71 % de las de más de 40 años ya tienen algunas arterias obstruidas.

Aunque la habilidad para reconocer a los pacientes que corren un alto riesgo de sufrir un paro cardíaco ha mejorado mucho en los últimos veinte años, el 90 % de las

muertes súbitas por fallo cardíaco ocurren en pacientes en los que no se habían detectado factores de riesgo. Se sabe que la mayoría de las muertes súbitas por fallo cardíaco se producen en pacientes que han contraído previamente una enfermedad coronaria, pero el paro cardíaco es la primera manifestación de este problema subyacente en el 50 % de los pacientes.

La causa subyacente más común del paro cardíaco súbito es un infarto que origina una arritmia del corazón y el cese posterior de su actividad. En los países industrializados, los porcentajes de mortalidad por ataques al corazón han disminuido gracias a una serie de avances importantes en la cardiología. Este logro incluye nuevos medicamentos, operaciones de bypass y angioplastias. Sin embargo, ahora los «beneficiarios» de esta clase de atención cardiológica sufren secuelas imprevistas, a menudo devastadoras; sus corazones lastimados siguen latiendo, pero no con la fuerza suficiente para proporcionar a las personas una calidad de vida. Muchos preferirían una muerte rápida a un prolongado y doloroso sufrimiento.

El resultado no intencionado de la mejora de la atención cardiológica es un incremento sin precedentes de una enfermedad extenuante llamada *insuficiencia cardíaca crónica*, que bien podría calificarse de epidemia. Por insuficiencia cardíaca se entiende la pérdida progresiva de capacidad del corazón para bombear sangre y suministrar oxígeno al cuerpo. «La insuficiencia cardíaca es fruto de nuestros logros en el tratamiento de la enfermedad coronaria y la hipertensión», por decirlo en palabras del doctor Michael Bristol, de la Universidad de Colorado. La opción de tratar los síntomas de la enfermedad coronaria

y la hipertensión en lugar de sus causas ha provocado más sufrimiento de lo previsto. Ha llegado la hora de adoptar un enfoque más holístico de las causas de esta enfermedad más mortífera del mundo moderno y de aplicar métodos encaminados a recuperar las funciones del corazón de forma rápida y permanente y sin efectos secundarios.

Fases iniciales de la enfermedad cardíaca

Nuestro sistema cardiovascular está formado por un dispositivo central de bombeo, los músculos del corazón o miocardio, y un conjunto de conductos o vasos sanguíneos compuesto de arterias, venas y capilares. El miocardio bombea la sangre a través de los vasos sanguíneos para suministrar oxígeno y nutrientes a todas las partes del cuerpo. El sistema vascular tiene una longitud de más de 100.000 km y una superficie de más de 2.000 m². Las 60-100 billones de células del organismo dependen del flujo de la sangre a través de esta vasta red de conductos y canales de circulación.

Los diminutos vasos capilares, cuyo grosor es de apenas una décima parte de un cabello humano, tienen una importancia particular para el cuerpo. A diferencia de las arterias, los capilares dejan pasar el oxígeno, el agua y los nutrientes a través de sus delgadas paredes para hacer llegar el alimento a los tejidos de destino. Al mismo tiempo, dejan que ciertos residuos celulares retornen al flujo sanguíneo de manera que puedan ser expulsados del cuerpo. Si la red capilar se congestiona por las razones que se describirán posteriormente, el corazón tendrá que bom-

bear la sangre con más presión para llegar a todas las partes del organismo. Esto supone un incremento notable del trabajo del corazón, cuyos músculos se tornan tensos y fatigados. También debilita las paredes vasculares, que pierden elasticidad. Con el tiempo, el esfuerzo del corazón provoca estrés y fatiga y merma las funciones más importantes del cuerpo.

Puesto que los capilares también se encargan de alimentar las células musculares de las arterias, un suministro deficiente de oxígeno, agua y nutrientes causará finalmente lesiones en las arterias y su destrucción. Para contrarrestar esta autodestrucción involuntaria, el organismo responde con la inflamación. La respuesta inflamatoria, que a menudo se confunde con una enfermedad y se trata como tal, es, en realidad, uno de los mejores métodos con que cuenta el organismo para incrementar el suministro de sangre y nutrientes vitales para fomentar el desarrollo de nuevas células y ayudar a reparar el tejido conectivo dañado. Sin embargo, la concatenación de respuestas inflamatorias genera, finalmente, importantes lesiones en las arterias que, a su vez, originan el desarrollo de depósitos arterioscleróticos. El endurecimiento de las arterias (ateroesclerosis) se considera comúnmente la causa principal de la cardiopatía, aunque esto no es, como han demostrado estudios recientes, del todo cierto.

Principales factores de riesgo

Se piensa que la mayoría de los ataques al corazón se deben a una obstrucción de las arterias coronarias que pro-

voca la destrucción de millones de células cardíacas, y que los derrames cerebrales están provocados por una oclusión de las arterias del cerebro, lo que causa la muerte de millones de células cerebrales. Puesto que las células del cerebro o neuronas coordinan las actividades y los movimientos de todas las partes del cuerpo, su muerte puede conducir a una parálisis parcial o completa del organismo y a la muerte. Se considera que un derrame cerebral no es más que la consecuencia de una arteriosclerosis avanzada.

Las arterias cerebrales se hallan ubicadas muy cerca del corazón. La presión de la sangre en el interior de las arterias cerebrales y cardíacas es relativamente más alta que en otras arterias del cuerpo; de ahí la diferencia de tensión arterial en las distintas arterias del sistema circulatorio. Si se producen opacidades y congestiones en las ramificaciones de las arterias, la presión de la sangre empieza a aumentar. Esto afecta especialmente a las arterias coronarias (del corazón) y cerebrales y a la carótida (del cuello), hasta el punto de llegar a lesionarlas. Los vasos sanguíneos, que ya están debilitados por la congestión interna y las deficiencias nutricionales, son los primeros en dañarse. Todo esto puede convertir la hipertensión arterial en un importante factor de riesgo de derrame cerebral o de enfermedad coronaria.

Pero tratar de reducir la tensión arterial a base de medicamentos no es una solución, sino un mero aplazamiento y un agravamiento del problema. De acuerdo con investigaciones recientes, esta medicación de la tensión arterial puede favorecer en realidad la insuficiencia cardíaca crónica. Si no se subsanan las causas que originan la tensión arterial alta, el tratamiento convencional de la hiperten-

sión puede dar lugar a una grave deshidratación de las células y mermar drásticamente la capacidad de la sangre para suministrar oxígeno a los músculos del corazón y eliminar los residuos ácidos de las células y los tejidos del cuerpo. Esto agrava, a su vez, el riesgo de cardiopatía, trastornos hepáticos y renales y muchas otras dolencias.

Los países del hemisferio occidental ostentan el récord del mundo en el porcentaje de la población que sufre enfermedades cardíacas. Hace ya muchos años, los médicos echaron la culpa a la mala alimentación, a la ingesta excesiva de calorías, a la falta de ejercicio, al tabaquismo y al estrés, que se consideraban los principales factores de riesgo. Los últimos estudios han añadido unos cuantos más, como los radicales libres, la contaminación, la circulación deficiente, determinados fármacos y sustancias químicas y la pérdida de capacidad de la sangre para digerir proteínas, que puede dar lugar a la formación de coágulos de sangre. Cuando no se consigue desintegrar las proteínas debido a la falta de enzimas proteolíticas (bromelaína, tripsina y quimotripsina), las consecuencias más probables serán los ataques al corazón o de apoplejía y las flebitis.

La principal causa física de la enfermedad coronaria, sin embargo, reside en la ingesta excesiva de proteínas animales. Cuando éstas quedan retenidas en el cuerpo se convierten en uno de los factores de riesgo más importantes de la enfermedad coronaria y, en general, de la mayoría de otras muchas enfermedades. Uno de los hallazgos más recientes entre las causas de las lesiones y la inflamación de las arterias es la proteína denominada homocisteína, que se encuentra en elevadas concentraciones en la carne.

Las cardiopatías y el consumo de carne

A fin de ilustrar el desarrollo de las cardiopatías desde su práctica inexistencia hasta su puesto número uno en el ranking de principales enfermedades mortales del mundo occidental, seguidamente se describirá las tendencias estadísticas que reflejan la evolución de esta enfermedad en Alemania, un típico país industrializado moderno. En el año 1800, el consumo de carne en Alemania era de unos 13 kg por persona y año. Cien años más tarde, se había multiplicado casi por tres: 38 kg por persona y año. En 1970 había alcanzado la cifra de 94,2 kg por persona y año, lo que supone un incremento del 725 % en menos de 180 años. Durante el período que transcurre de 1946 a 1978, el consumo de carne en Alemania aumentó un 90 %, y los ataques al corazón se multiplicaron por 20. Estas cifras no incluyen el consumo de grasas. Durante el mismo período, el consumo de grasa se mantuvo invariable, mientras que la ingesta de cereales y patatas, que son importantes fuentes de proteínas vegetales, disminuyeron un 45 %. Por tanto, las grasas, los hidratos de carbono y las proteínas vegetales no pueden considerarse causas de enfermedades cardíacas. Así, sólo queda la carne como principal factor responsable del dramático auge de esta enfermedad vascular degenerativa.

Si se tiene en cuenta el hecho de que al menos el 50 % de la población alemana tiene sobrepeso y que la mayoría de las personas con este problema comen más carne que las personas de peso normal, el consumo de carne por parte de las personas que tienen sobrepeso tiene que haberse cuadruplicado en los 33 años posteriores a la segun-

da guerra mundial. El sobrepeso se considera un importante factor de riesgo a la hora de padecer hipertensión arterial y cardiopatías.

De acuerdo con las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, el incremento anual en el número de ataques al corazón en los países de Europa occidental es paralelo a un aumento continuo del consumo de carne de hasta 4 kg por persona cada año. Esto demuestra que los hábitos alimenticios cambiaron después de la segunda guerra mundial mediante la sustitución de una dieta mixta saludable por otra muy rica en proteínas animales, pero pobre en hidratos de carbono, es decir, en frutas, verduras y cereales. Según la OMS, el consumo de grasa se mantuvo prácticamente invariable. Los ataques al corazón y la arteriosclerosis empezaron a proliferar dramáticamente en Alemania y otros países industrializados poco después de la guerra. Hoy en día, esta dolencia provoca más del 50 % del total de muertes.

Aunque el consumo de grasa no es menor entre los vegetarianos que entre los carnívoros, aquéllos tienen la menor tasa de mortalidad por cardiopatías. La revista de la Sociedad Médica de Estados Unidos (*Journal of the American Medical Association*) ha informado de que una dieta vegetariana puede prevenir el 97 % de todas las oclusiones coronarias. Las dietas Atkins y South Beach, de elevado contenido proteínico y bajas en hidratos de carbono, gozan de una increíble popularidad, pero tienen el grave efecto secundario de privar de nutrientes al organismo al obstruir sus vasos capilares y arterias con proteínas sobrantes y reducir la ingesta de combustible a través de los

hidratos de carbono. Sin duda, esto puede hacer que una persona pierda peso, pero no sin dañar también los riñones, el hígado y el corazón. Tanto el doctor Atkins, quien falleció víctima de la enfermedad coronaria y la obesidad, como el ex presidente de Estados Unidos Bill Clinton, un fiel seguidor de la dieta South Beach y portador de un cuádruple bypass coronario, sufrieron las consecuencias de una dieta con un alto contenido proteínico (véase el apartado siguiente para más detalles). Millones de estadounidenses entre otros, van por el mismo camino.

La razón de la práctica ausencia de las enfermedades coronarias entre los vegetarianos radica en que éstos consumen muy poca o ninguna proteína de origen animal. El consumo de grasas es, por consiguiente, un cómplice de este tipo de enfermedad, pero no su causa. La histeria colectiva desencadenada que una y otra vez culpa a las grasas, que suelen asociarse al colesterol, de ser la principal culpable nutricional de la enfermedad coronaria, carece totalmente de fundamento y no tiene ninguna base científica.

El cuerpo almacena proteínas

La carne y sus derivados tienen una concentración de proteínas de cinco a diez veces mayor que los alimentos vegetales proteínicos. Mientras que es muy fácil ingerir un exceso de proteínas animales, es mucho menos probable que se coman demasiadas proteínas procedentes de las hortalizas, los cereales y los frutos secos: necesitaríamos un estómago por lo menos cinco veces más grande para

contener cantidades tan enormes de alimento. Se sabe que el organismo es capaz de almacenar el azúcar que no utiliza y otros hidratos de carbono en forma de grasa, pero no es tan conocido que el cuerpo también tiene una gran capacidad para almacenar las proteínas. Los «almacenes» que tiene el cuerpo para ello son los *tejidos conectivos* (los fluidos que median entre los vasos capilares y las células) y las *membranas basales* de las paredes vasculares, las cuales sostienen las células de los vasos capilares y las arterias (*véase* ilustración 1). Cuando este «almacén» de proteínas está lleno, los órganos y arterias que están abastecidos por esos capilares congestionados de proteínas empiezan a sufrir la falta de oxígeno y nutrientes, y se ahogan sus propios residuos metabólicos. La crisis de toxicidad resultante da lugar a un proceso inflamatorio del cuerpo, el cual es necesario para aumentar el flujo sanguíneo y hacer que lleguen los nutrientes necesarios para el desarrollo de nuevas células y la reparación de los tejidos dañados. Los episodios continuos de inflamación de las paredes de las arterias pueden causar hemorragias y la formación posterior de coágulos de sangre. Los coágulos de sangre son la causa principal de los ataques de apoplejía y de corazón (*véase* ilustraciones 2a/b). Como medida de emergencia para prevenir un infarto de miocardio o un derrame cerebral, el organismo trata de contener la hemorragia de las heridas. Para ello inyecta la *lipoproteína LP5*, similar al pegamento, en el flujo sanguíneo. LP5 se adhiere a las heridas abiertas y las sella. Para favorecer la curación de las heridas e impedir que vuelvan a sangrar, la pegajosa LP5 atrapa las moléculas de lipoproteína, que son relativamente grandes, como las moléculas de coleste-

rol LDL y VLDL (el colesterol «malo») y las incorpora a las paredes arteriales. El «vendaje» protector resultante salva la vida del enfermo, al menos durante un tiempo. Cuando este mecanismo de supervivencia se produce en las arterias coronarias, se denomina *endurecimiento arterial* o *enfermedad coronaria*.

La persona que ingiere demasiados hidratos de carbono (azúcar, pan y pasta) o grasas en una comida particular puede llegar a altas concentraciones de estas sustancias y de lipoproteínas portadoras de colesterol en la sangre. Pero un análisis de sangre revelaría, asimismo, una mayor concentración de proteínas si ingiriera una comida abundantemente proteínica. La dietética parte del supuesto de que la proteína se consume por completo durante el proceso digestivo, pese a que esto no esté demostrado científicamente. La hipótesis es que las proteínas que las células no utilizan ni necesitan siguen circulando en la sangre hasta que las enzimas del hígado las descomponen y después son eliminadas en forma de urea.

Cuando el individuo no cuenta con la suficiente cantidad de estas enzimas para eliminar el exceso de proteínas del torrente sanguíneo, surge un problema importante. El hígado de una persona tipo Kapha o Pitta,¹ por ejemplo, precisa una dieta poco proteínica para mantener en forma su organismo, por lo que su capacidad para descomponer estas proteínas es reducida. Cuando los conductos biliares del hígado están obstruidos por cálculos,

1 Tipos corporales según la ciencia ayurvédica (véase capítulo 5, del libro *Los secretos eternos de la salud*, Ediciones Obelisco).

la capacidad de este órgano para ese fin es todavía menor. Lo mismo se aplica a las personas que ingieren con regularidad demasiadas proteínas. En todas estas situaciones, la proteína sobrante que el hígado no es capaz de descomponer ni eliminar es absorbida en su lugar por el tejido conectivo subcutáneo, lo que a corto plazo es la solución menos dañina. También acabará acumulándose en el tejido conectivo intercelular de los órganos, lo que puede tener consecuencias fatales. Si se ingieren continuamente grandes cantidades de proteínas, el tejido conectivo intercelular y las membranas basales de los vasos capilares empiezan a llenarse de proteínas y a aumentar de tamaño. A menos que se interrumpa la ingesta de proteínas, las células de las paredes de los vasos capilares se irán debilitando y lesionando de manera progresiva. El cuerpo responde con una inflamación para ayudar a destruir las células dañadas y eliminar las que han muerto. La respuesta inflamatoria tiene, a su vez, efectos secundarios. Es el comienzo de la arteriosclerosis ocasionada por una dieta inadecuada.

En 1955 se descubrió que las personas que se abstienen de ingerir proteínas animales durante algún tiempo no producen más urea después de sus primeras comidas proteínicas. Esto significa que el tejido conectivo de esas personas todavía no contiene cantidades anormales de proteínas, algo que se aplica a todos los vegetarianos, cuya fuente de proteínas es puramente vegetal, por ejemplo, cereales, legumbres, frutos secos, semillas, etcétera. Las personas que siguen una dieta vegetariana rara vez desarrollan un exceso de proteínas en los tejidos conectivos y paredes vasculares, y, por consiguiente, no corren el

riesgo de desarrollar depósitos ateroscleróticos. Este hecho ha sido confirmado por la Sociedad Médica de Estados Unidos.

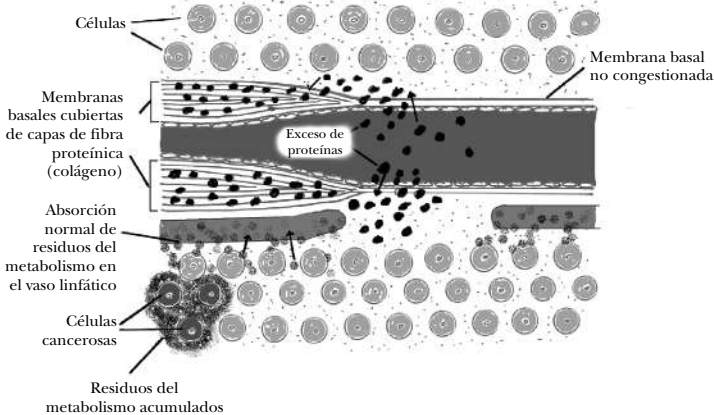
Según una teoría médica comúnmente aceptada, todas las calorías no utilizadas, tanto si provienen de hidratos de carbono, grasas o proteínas, se convierten en grasas y se depositan en las células grasas del cuerpo. Si esto fuera cierto, la grasa sería la única molécula de almacenamiento responsable de la obesidad y de enfermedades relacionadas con ella, incluidas las dolencias cardíacas y la diabetes tipo 2.² Ahora bien, existen pruebas fehacientes de que la grasa acumulada por sí sola no puede ser el factor causante de las enfermedades coronarias. La única otra sustancia que el cuerpo es capaz de almacenar en grandes cantidades es la proteína, y buena parte de ella acaba depositada en las paredes de los vasos sanguíneos.

Nuestro organismo, además de descomponer las proteínas en el hígado y almacenar las que no utiliza en las paredes de los vasos sanguíneos, emplea otra táctica para deshacerse de estos peligros. Un atleta bien entrenado no utiliza más de 40 g de proteína al día; sin embargo, un estadounidense medio ingiere hasta 200 g de proteína al día. El cuerpo almacena todas las proteínas que no puede asimilar –lo cual sucede fácilmente cuando se ingieren más de 30 o 40 gramos al día– en las paredes vasculares, y después las convierte en ácidos nítrico, sulfúrico y fosfórico. Los riñones tratan de neutralizar algunos de estos fuertes ácidos (similares a los de la batería de un automóvil) enla-

2 Véase capítulo 11 de *Los secretos eternos de la salud*, sobre la diabetes.

zando un mineral básico con cada molécula ácida. El resultado es una reducción en el organismo de sus principales minerales básicos, el sodio, el potasio y el magnesio, entre otros. Todo ello lleva al cuerpo humano a un estado de acidosis, sinónimo de una crisis de toxicidad. La cardiopatía es un síntoma característico de la acidosis crónica.

Engrosamiento de la pared de un vaso capilar



Endurecimiento de una arteria

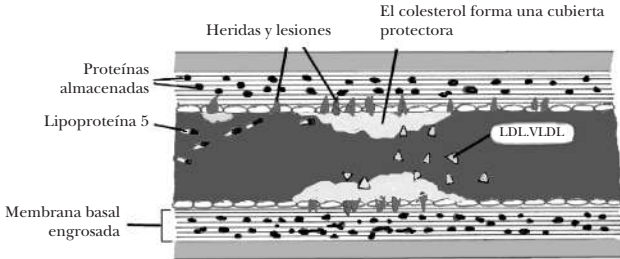


Ilustración 1: Paredes de vasos sanguíneos congestionadas por exceso de proteínas.

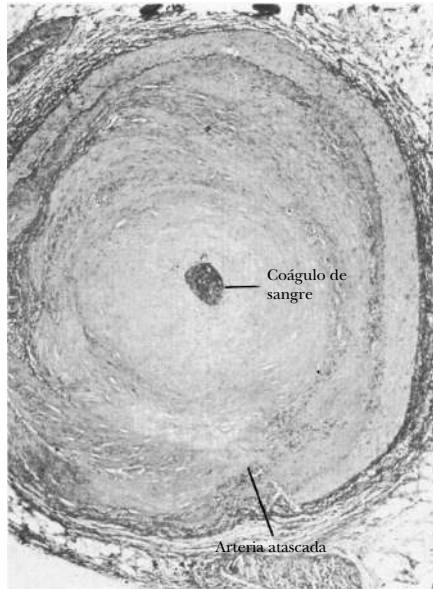


Ilustración 2a: Coágulo de sangre que ha causado un infarto de miocardio en un hombre de 54 años de edad.

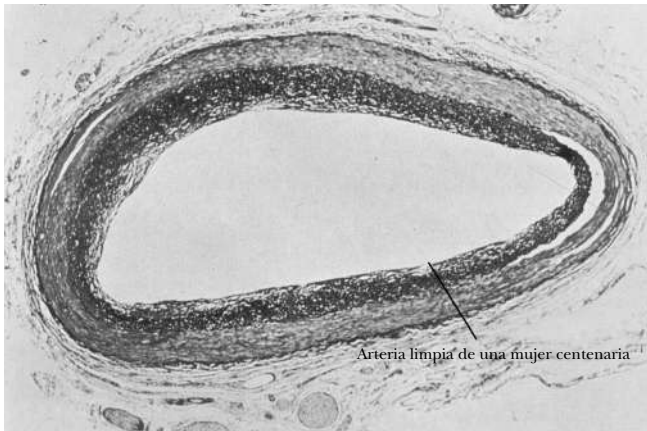


Ilustración 2b: Arteria limpia de una mujer centenaria sana.

La acumulación de proteínas: una bomba de relojería

Las personas obesas tienen concentración de grasa y cantidades excesivas de proteína en sangre. La tendencia de la sangre a formar coágulos, considerada la causa principal de los infartos y las apoplejías, se debe casi exclusivamente a la saturación de proteínas en la sangre. (El tabaquismo incrementa también las concentraciones proteínicas en sangre, como se demuestra más adelante). Las grasas naturales, en cambio, *no* favorecen la capacidad de la sangre de coagularse. A fin de evitar un ataque cardíaco, las células capilares absorben las proteínas sobrantes y las convierten en *fibra de colágeno*, que luego almacenan en sus membranas basales. Aunque esta respuesta de emergencia favorece la dilución de la sangre y, por tanto, contribuye a salvar la vida, también hace que las paredes vasculares se tornen más gruesas y vulnerables.

Los análisis de tejido conectivo de personas obesas han demostrado que éste no sólo contiene células grasas, sino también grandes cantidades de densa fibra de colágeno. El colágeno es proteína pura al 100 %. La formación de más fibra de colágeno que la necesaria es una de las medidas de emergencia que adopta el organismo para hacer frente a las concentraciones peligrosamente elevadas de proteína en la sangre. Al extraer la proteína de la sangre y ponerla de este modo fuera de circulación, la sangre se fluidifica y se evita una crisis importante. Pero la situación cambia drásticamente cuando los «almacenes de proteína» del cuerpo se llenan por completo y se sigue consumiendo proteína.

En este caso, la sangre se satura de proteínas y permanece saturada. Después, comienza a espesarse continuamente y a desarrollar una tendencia a la coagulación.

A menos que la persona afectada tome aspirina, fármaco que tiene un efecto de dilución de la sangre, puede producirse un infarto cerebral o de miocardio. Ahora bien, a largo plazo, la aspirina no sólo no es capaz de prevenir este tipo de accidentes, sino que incluso los llega a favorecer. La ingesta regular o excesiva de aspirina puede provocar también un mayor riesgo de sufrir una hemorragia incontrolada. Por otra parte, la suspensión de un tratamiento con aspirina puede aumentar drásticamente el riesgo de sufrir un infarto de miocardio.

Advertencia: si el paciente sufre *degeneración macular*, la principal causa de ceguera en las personas de más de 55 años de edad, lo mejor es no tomar aspirina.

En algunos estudios recientes se ha llegado a la conclusión de que el tabaquismo es el factor más importante a la hora de desencadenar una degeneración macular; la mitad de todos los fumadores desarrollan esta dolencia. Tan pronto como una persona deja de fumar, el riesgo disminuye un tercio. Un estudio importante ha relacionado la aspirina con esa epidemia del mundo occidental que es la degeneración macular. La administración rutinaria de una aspirina al día, que se prescribe a menudo, hace que la retina sea más propensa a sangrar. Además, la aspirina forma parte de la misma categoría de analgésicos que Vioxx, Celebrex y Aleve, de los que se ha demostrado que incrementan el riesgo de padecer infartos de miocardio y derrames cerebrales en más del 50 % de los casos.