

⚡ DRA. MIRANDA TRAUMA ⚡

TENGO LOS HUESOS
DESENCAJADOS

ESGUINCES.
ARTROSIS.
LUMBAGO...

Un libro
con humor
para vivir
SIN DOLOR



¿Cómo sobrevive nuestro pie a unos zapatos de tacón? ¿Y nuestros hombros a esos fantásticos bolsos de ocho kilos llenos de cosas «por si»? ¿Se puede prevenir un latigazo cervical?

¿Por qué hay que perder peso si sufres artrosis?

¿Cómo evitar posturas sexuales que dañen tus articulaciones?

La doctora Miranda Trauma, con mucho sentido del humor pero sin perder el rigor, dedica este libro a todas las mujeres con los huesos desencajados que quieren vivir sin dolor. Mujeres maduras y mujeres en la cuarentena, mujeres con arrugas, mujeres fuertes, mujeres inquietas... que se quieren tal y como son, con sus varices, su piel de naranja, sus marcas de cirugía y sus heridas de cáncer. Y que tienen un común denominador: las ganas de cuidarse. En dos palabras: mujeres diez.

Dra. Miranda Trauma.

Tengo los huesos desencajados

Esguinces, artrosis, lumbago...
Un libro con humor para vivir sin dolor



Título original: *Tengo los huesos desencajados*
Dra. Miranda Trauma, 2019

Revisión: 1.0
18/10/2019

*A mis padres: Montse y Pedro,
porque no sabes lo que te llegan a querer tus padres
hasta que tú no te sacrificas por tus propios hijos.
Va por ellos, porque lo han hecho lo mejor posible.
A mi hija Rita, mi mejor trabajo.*

A modo de introducción.

UN ENCARGO, UNA DELICIA.

Este libro que tienes entre manos fixe un encargo. En realidad, la idea inicialmente me gustó y me contrarió a partes iguales. Hasta ese momento, con mi web www.mirandatrauma.com era un espíritu libre que escribía sobre medicina y traumatología según me apetecía (me daba la real gana). Últimamente, después de más de dos años y medio, escribir sobre medicina (traumatología, en particular) me hastiaba un poco, así que había decidido echar una canita al aire y de vez en cuando brotaba un «Batallitas Miranda». Algo más personal e íntimo, más reflexivo, que, como «escritora *amateur*», me llenaba un poco más que hablar de meniscos...

Por otro lado, la idea de un libro me atraía mucho, me gustaba fantasear con la oportunidad de desarrollar ampliamente capítulos médicos simplemente pincelados en mis *posts*.

Al principio, hasta que decidí hacia dónde tenía que dirigirme, fue un poco forzado. Como cuando estrenas unos zapatos nuevos, que puede que te rocen un poco en el juanete, o quizá la horma posterior a la altura del talón de Aquiles roza y te sientes incómodo.

Poco a poco, a medida que nos íbamos leyendo e intercambiábamos *mails* y charlas telefónicas, la cosa fue más fluida. Como en una relación (cortejo) nos «estábamos conociendo». Yo le iba mostrando mis luces y sombras, y ella con descaro me soltaba: «Esto de ti no me gusta y eso sí». Y así, entre *mails*, negativas, respuestas incómodas y encajes de verdades que sonrojan, pasamos nueve meses. No sé si llamarlo noviazgo o embarazo. Y un día de marzo decidimos que sí, que sin pasar por el altar firmaríamos papeles. Y mira, ya me ves, ahora estoy escribiendo mis votos poco antes de pasar por capilla. (Ironía modo *on*, lo siento, chiste demasiado fácil pero no me he podido resistir...).

¿Sabes? Después de este proceso te diré que estoy orgullosísima de estos zapatos que al principio me costó calzar pero que ahora se adaptan y funden con mi piel, unos zapatos cómodos que espero me lleven muy lejos y me acerquen a ti.

«Doctora Miranda, debe ser un libro para mujeres»; esto retumbaba en mi cabeza después de cada charla con mi editora, Mónica Liberman. Pues aquí está.

Si eres una jovencita que no ha rozado los veinte, treinta o cuarenta, solo te puedo dar las gracias y decir: continúa. Continúa por orden médica. Felicidades, ya eres una mujer diez. A lo

mejor, leer esto antes de echar arrugas, perdón, líneas de expresión —no volverá a ocurrir—, te ayudará a entender a tus compañeras de vida, madres, tías o abuelas. Ellas, aunque aún no lo sepas, están ya de vuelta de todo. Entiéndelas, envejecen con dignidad.

Un libro para mujeres, mujeres *fuertes*, mujeres inquietas, con hambre de saber, con ganas de cuidarse, con ganas de vida. Y a medida que escribía iba echando en falta cosas anárquicas que iba añadiendo sin ton ni son. Un puzle del que aún no sabía prácticamente NADA.

No sé costura, mi abuelita y mi madre siempre me han cosido los dobladillos de faldas, pantalones y botones. (Habrase visto una cirujana —sí, soy traumatóloga— que no sepa coser. Y sí, amiga mía, no sé coser telas; en lo «otro» creo que llego a defenderme de maravilla).

Lo que te decía, no sé coser, pero puedo detectar una buena pieza con una tela magnífica enseguida. Con unos acabados delicados Y unos patrones perfectos. Los grandes diseñadores trabajan bien con modelos escuálidas y con modelos talla 50. Ahí está la diferencia entre un maestro de costura y alguien que simplemente cose.

Si el patronaje es bueno, la tela es exquisita, poco a poco, sin que te des cuenta vas hilvanando los patrones que simplemente encajan. Los detalles finales aportan, pero será una pieza que llevarás años y años y nunca te cansarás de usar. Espero que disfrutes conmigo en este viaje que a mí me ha cambiado solo con escribirlo y que me encantaría que a ti te sacudiera suficiente para saber, una vez más, que debes cuidarte tú por encima de todo.

Tengo una prenda fetiche que nunca imaginarías cuál es. Una camiseta negra, de manga corta y cuello cerrado. Lleva escrito CITY. Me ha acompañado los últimos diez años de mi vida. Algodón y una mezcla perfecta y exacta de licra; esa justa medida de licra es mágica.

La llevé durante todo el embarazo, la vestía el día que nació mi hija Rita, y la llevo ahora que peso 20 kilos menos. Milagrosamente continúa quedándome bien, como un guante. Cuando me miro al espejo con ella puesta, me sorprende que la llevara a parir al hospital.

Intentaré que lo que te quiero contar —que es mucho y variado— no parezca un popurrí, más bien procuraré que sea como un LBD (*Hule black dress*), o sea el vestido negro corto tipo cóctel que queda bien a toda mujer, que la hace sentir glamurosa, segura y espléndida con poco.

¿Cuántas veces has oído eso de que con un buen zapato —de tacón, por supuesto— y un buen peinado siempre estás divina, te pongas lo que te pongas?

Así que me tomaré la libertad de guiarte un poco por la anatomía humana a medida que diseñemos nuestro vestido fetiche perfecto para ti, una mujer diez.

Definición de mujer 10; mujer segura. ¿Y ya está? Sí, y ya está. Que se quiere tal y como es, con sus varices, piel de naranja, marcas de cirugías, heridas de guerrera por cáncer de mama (con o sin pecho). Una mujer con un corazón lleno de cicatrices por la gente que partió, y cómo no, por la traición y desamor. Alguien con ganas de amarse y de amar. Eso es una mujer diez, y tú sabes que lo eres.

Imagina el vestido como a ti te apetezca, me da igual si no es negro, si tiene licra o no; en tu imaginación irá cogiendo forma a medida que repasemos las diferentes partes del cuerpo con las que te acariciará.

También habrá tiempo para los complementos con los que te haré reír; cómo sobrevivir a unos zapatos de tacón y a esos bolsos fantásticos de 8 kilos de peso llenos de cosas para «y si».

Quizá, a medida que desarrollemos la parte médica estricta a lo largo del libro, tengas necesidad de ampliar información y tires del capítulo de traducción simultánea de español-médico

para poder entenderlo.

Hablaremos de temas jugosos y *hot*, de lencería fina y sexo. Quizá te llame tanto la atención que furtivamente saltes páginas en busca del capítulo «El Kamasutra traumatológico» (véase pág. 191). Si es así, te voy a confesar que yo también iría directa a ojearlo; llámalo impulsividad, llámalo lo quiero ya.

Y seguro, seguro que finalmente aprenderás qué significa obsolescencia. Y si no me consideras un muermo y llegas hasta el final, decidirás si eres del tipo que busca excusas o busca soluciones, si eres fan del ahorita o del ahora. Tú decidirás. ¿Empezamos?

P.D.: en caso improbable de que el lector sea varón.

Punto 1. ¿Llevas tantas palabras leídas y aún no te has enterado de que es un libro para MU-JE-RES? ¿En serio?

Punto 2. Ni se te ocurra leerlo, pues no habrá nada de utilidad para ellos. (De todos es sabido que estos forzudos no padecen de lumbalgia, no se rompen los meniscos y tampoco tienen fascitis plantar).

Punto 3. Como se trata del sexo fuerte, cuando nos hacen el amor (recordad, chicas, vosotras solo debéis dejar hacer...) (ironía modo *on*), nunca se cansan ni les duele la espalda *a posteriori*. Ellos no necesitan consejos de posturas antidolor en la cama. Lo saben TO-DO.

Punto 4. Este libro posee un complicadísimo sistema de detección de sudor. Una vez compruebe la presencia de XY —sexo masculino—, el libro se autodestruirá.

Punto 4 bis. Si el libro se lee en formato electrónico, con permiso de Bill Gates y el señor Zuckerberg, unos sicarios se acercarán a tu domicilio y te apuntarán a un posdoctorado de fracturas de fémur y tibia. —Es muy bueno, tiene prácticas y todo—. (Bueno, en realidad, no serán sicarios, serán unos amables señores que te explicarán anatomía a medida que repases los huesos... Ejem).

Una vez soltadas estas melifluas nimiedades, chicos valientes que desafían las normas, chicas diez y sobre todo mujeres diez, ¡mujeres diez!, ahí vamos. *Go!*

1

MI PRIMERA VEZ (CON LA TRAUMA...)

No había cumplido los quince años cuando, junto con mis hermanas Inés y Montse, me adentré en el mundo de la traumatología. La víctima: nuestro gato Mishifuti.

Mishifuti era un minino de pueblo que vivía en el huerto de nuestra casa, entraba y salía buscando algo más que flirtear con las gatas que maullaban las noches de primavera. Era un donjuán empedernido; a veces pasaban semanas sin tener noticias suyas. Una noche loca seguro que las cosas no le salieron bien. Volvió arañado, desastrado, hecho un poema, y maullando de dolor. Tenía la pata trasera rota. (No era preciso realizar una radiografía para ver cómo saltaba adolorido a tres patas. También se podía comprobar que la pata que no apoyaba estaba deformada a la altura del fémur. Ese hueso fracturado se comportaba como una marioneta rota).

Empecé a idear cómo entablillar la pata al gato... Solo lo había visto en películas; y en ellas parecía fácil curar al que se rompía la pierna. De repente: ¡eureka! Le pedí permiso a mi madre para salir a comprar tres helados de polo para guardar los palos de madera. Mi madre, sin prestarme mucha atención, me dijo que sí.

Raudamente, mis hermanas y yo nos zampamos el helado; jugar a veterinarios sería, con mucho, lo más emocionante aquella tarde aburrida de verano.

Una vez tuvimos nuestro preciado trofeo (tres tristes trozos de madera), procedimos a alinear la pata y a colocar cantidades ingentes de esparadrapo.

Mishifuti pegó algún alarido de dolor, pero enseguida se dio cuenta de que no éramos el enemigo y solo le queríamos ayudar.

Una vez vendado desde casi la pelvis hasta la punta de las almohadillas gatunas, me entraron las dudas...

¿Lo habremos hecho bien?

¿Cuánto tiempo necesitará de vendaje?

¿Se dejará quitar el vendaje?

Mi padre, Pedro, empezó a trabajar muy joven, a los nueve o diez años. Estudios básicos los mínimos y poco más. Para sacar adelante a una familia de cuatro mujeres —mi madre Montserrat y las tres «Marías»—, trabajó de sol a sol como albañil. Quizá no tenía, no tiene, estudios pero a sentido común no le gana nadie.

Cuando le pregunté cuándo debía quitarle el vendaje, me sonrió y me soltó: «El gato, cuando

ya no le duela, será lo suficientemente espabilado para lamerse la pata y se quitará el vendaje él solo».

Y así fue. Mishifuti necesitó la saliva de más de una semana para conseguir quitarse toodo el esparadrapo.

Y a finales de verano, ver saltar y pasear el gato por el huerto era un espectáculo. Primero pasaba el gato, luego las tiras de esparadrapo y finalmente los palos de polo. Al estilo de los coches americanos con las latas colgando y la frasecita: «*Just married!*».

El gato se curó a la perfección, no quedó cojo. No es que por aquel entonces Miranda Trauma tuviese ya convalidado primero de medicina, es que Mishifuti había gastado ya una vida y solo le quedaban seis.

MÉDICO, ¿DE FAMILIA?

Ya te habrás dado cuenta de que no procedo de una familia de médicos. Mis abuelos paternos y maternos fueron campesinos en la dura posguerra. Mis abuelos paternos tuvieron que emigrar de Extremadura para Catalunya. Recuerdo perfectamente explicar a mi abuelo Pedro el año de la «*jambre*» (hambre con h aspirada, como se pronuncia con «acento extremeño»). ¿Cuánta hambre y penurias debieron pasar para venirse para Catalunya con más de cincuenta años el matrimonio y tres hijos?

Mis padres tampoco pudieron estudiar, ambos tuvieron que empezar a trabajar pronto para ayudar a la economía doméstica. Fui la primera universitaria de la familia.

Muchas noches de invierno o de verano, mi padre, cansado, llegaba a casa y en su discurso — que no sermón— nos explicaba los esfuerzos para criarnos. Pasar frío en invierno y mojarse al trabajar a la intemperie y asarse en verano con una espalda curtida por un sol de escándalo. Ver sus manos con callos fuera de lo común y con grietas por el frío era lo habitual. Aspirar el olor corporal característico de un albañil después de un duro día junto a los componentes del cemento me afinó el olfato. Y no hablo del sudor. Hablo de olor a cemento.

En mi consulta siempre saludo y ofrezco mi mano a mi paciente. Solo con acariciar según qué manos rudas y ásperas ya sé a qué se dedica. Y lo duro que debe ser su trabajo. Si además huele a Portland de modo especial, no es preciso que el paciente me diga cuál es su profesión. Lo sé y a mí me basta.

NO TODOS LOS MÉDICOS VENIMOS DE FAMILIA.

Lo que más ayudó a comprender y difundir la especialidad de médico de familia fue la serie de los noventa *Médico de familia*. De todas formas, algunas veces, cuando los flamantes doctores se presentaban, se producían algunas situaciones cómicas, como la que le sucedió a uno de ellos cuando yo era residente en Tarragona:

—Buenos días, soy xxx, su médico de familia.

—¿Mi médico de familia?

—Sí.

—¿Y esa qué especialidad es?

Y en aquel momento el acompañante, que hasta entonces estaba calladito sin interrumpir, soltó:

—Médico de familia porque su padre era médico, le viene de familia.

Y ahora ya me callo y me río contigo. ¿A ver si los niños de la clase de mi hija Rita van a tener razón...? El otro día me contó que en cuanto un niño se lastima en el patio a la hora del recreo se encargan de avisar a Rita antes que a las profesoras.

Y yo le digo a mi hija:

—Hombre, Rita, tú te pasaste nueve meses con tu madre (en la tripa) y viniste un montón de veces conmigo a quirófano. Pero de ahí a que te llamen a ti en vez de a la «seño» me parece muy gordo...

Lo que te explicaba. Si por ser de familia, el conocimiento te llegara como el Espíritu Santo en forma de lengua de fuego y te otorgara superpoderes... podría *entender* que las escayolas me queden niqueladas, seguro que me viene por parte de padre.

2

SOBRE MÍ.

¿QUÉ QUIERES QUE TE CUENTE?

Mi buen amigo Rafa Pardo, que junto a mis *coaches* literarios han discutido y comentado lo que les ha parecido mi libro mientras lo iba desarrollando, me soltó: «Esta presentación tuya es un poco sosa, lo puedes hacer mejor. Háblales de tu web, con cariño: www.mirandatrauma.com».

Y sí, podría soltarte un rollo explicando una serie de cosas sobre mí, pero te voy a contar la presentación que más me ha sorprendido en mi vida, la de un profesor en su primer día de clase...

Segundo de BUP, primeros de septiembre, esa sensación todavía de libertad, pues tus profes tienen tantas ganas como tú de comenzar el curso: cero.

Llega la profesora de literatura castellana, metro sesenta, cuarenta y pocos kilos, pelo largo marrón claro, lacio, dos trenzas largas a los lados y colocadas hacia el zénit en plan princesa Leia.

—Buenos días, chicos, me llamo María José Villalba y soy vuestra profesora de literatura española.

—Buenos días —contestamos al unísono.

—Página cuatro, ejercicio tres.

Y esas palabras de esa chica menuda retumbaron como una bomba nuclear en nuestros aún estivales cerebros. ¿En serio que empezábamos así? ¿De golpe? ¿Sin anestesia?

El más gallito de la clase le soltó en plan angelical (forzado).

—¿En serio, señorita? ¿No tenemos que conocernos un poco?

—Tenemos todo el curso para conocernos —soltó ella, suavemente.

Pues, una vez dicho esto, me voy a tomar la libertad de soltarte suavemente lo mismo.

Presentaciones las justas; al tema. Un poco de pragmatismo —en plan trauma— también nos irá bien.

Ya nos iremos conociendo, ¿no crees?

OBSOLESCENCIA PROGRAMADA Y CANAS

Te prometo que este giro, aunque sorprendente, toca hacerlo, pues si no lo hago ahora no entenderías el resto del libro. Así que déjate guiar por mí, aunque ya hayas pensado que estoy un poco loca (creo que tienes un poco de razón...), pero te aseguro un viaje divertido.

- *Obsolescencia* según la Real Academia Española: cualidad de obsolescente.
- *Obsolescente*: que se está volviendo obsolescente. (Entre tú y yo: caduco).

Se supone que este libro debería ser una obra para mantener y recuperar la salud —en la medida de lo posible— en mujeres que ya no son unas niñas (entre las que yo ya me encuentro).

¡Ya está Miranda soltando palabrotas! Pues no, lee y diviértete conmigo:

Hace unos años echaban en la tele un documental americano que se llamaba *Obsolescencia programada*. En él se explicaba el complot mundial de los grandes, iniciado en los años veinte del siglo XX para programar la caducidad de todos los productos comprados. Con ello se pretendía que los productos que hasta ese momento duraban eternamente no lo hicieran y hubiera que cambiarlos. Con este hecho maquiavélico, que incitaba al consumo, se trataba de reactivar la economía, maltrecha tras las dos guerras mundiales. (¡Toma ya!).

En este programa se mencionaban las siguientes curiosidades:

1. Que en Estados Unidos existe una bombilla —en un parque de bomberos— que lleva más de cien años funcionando y no tiene fecha de caducidad. Que existe una webcam que la graba día y noche. En este momento creo que llevaban cuatro webcams rotas y cero bombillas fundidas. Y como los americanos no tienen mucha historia antigua... le montaron una fiesta de cumpleaños —a la bombilla— cuando cumplió cien años. (Mi abuela diría: «No tienen nada mejor que hacer»).
2. Que las medias de nailon usadas por las mujeres en los años cuarenta duraban tooooda una vida, no como ahora, que con un poco de suerte te las puedes poner dos miserables días. Y al ser yo una obsolescente de más de cuarenta años, he llegado a la conclusión siguiente: yo con quince y novel en el uso de medias podía usar unos pantis durante todo un invierno. Ahora, que soy todo delicadeza, con más de cuarenta, me duran con mucha suerte un par de *outfits* (queda más *in* que decir dos puestas).

3. Que las impresoras tienen un chip programado para imprimir hasta cierto número exacto de fotocopias. Llegado ese punto, aun habiendo mimado la impresora, será como una terca mula y no dará ni un paso más, ni una triste fotocopia más.

Me acuerdo un montón de las fotos que veía de mi bisabuela Eugenia. Ella se llamaba Eugenia en honor a la reina Victoria Eugenia. Mi nombre es Maria Eugènia (y si lo queréis en español, María Eugenia), mis apellidos son Miranda Sanromá. Bien. Pues mi bisabuela Eugenia murió de una lesión vascular cerebral (ictus) por una crisis hipertensiva a los sesenta y cuatro años. Nunca llegó a cobrar la pensión de jubilación. Con sesenta y cuatro años mi bisabuela era una «abuelita» como la entendemos hoy día. Pelo canoso, postura encorvada de cuerpo y, como no podía faltar para aderezar el kit, el riguroso negro por duelo eterno por los familiares fallecidos. Yo nunca llegué a conocerla, pero todos los de cierta edad que leemos ahora estas líneas evocamos esas imágenes color sepia de nuestros antepasados, sean hombres o mujeres, a los que les tocó vivir un mundo mucho más hostil, una, dos o tres guerras, hambre, incomodidades y muchos dramas...

Muy bien, Miranda, ¿y eso qué tiene que ver con la obsolescencia programada?

Pues mucho.

En esta vida podemos intentar postergar la llegada de la vejez como la entendemos hoy día.

Hace unos años, se hablaba de que los treinta eran los nuevos veinte. Y ahora que yo ya pasé los cuarenta oigo —con alivio— que los cuarenta son los nuevos treinta.

En realidad, lo que queremos es alargar esa impresión de salud, esa impresión de eterna juventud. Y eso..., perdona que te diga, es, hasta cierto punto, solo un efecto óptico.

Y ahora seré mala. Cuando a mi consulta llega un paciente varón deportista de más de cuarenta con dolor de rodilla y los meniscos gastados, le suelto lo siguiente:

—Mira, es que, a partir de los treinta y cinco, empiezan los problemas de huesos.

—¿Cómo? Pero si solo tengo cuarenta y cinco. Soy joven —suele decir, con unos ojos desorbitados por la sorpresa extrema.

—Sí, ¿a qué edad crees tú que se moría la gente en la Edad Media?

—Mmmmm. ¿Cómo?

—Sí, perdona que sea brusca y directa, pero en la Edad Media, tú y yo ya estaríamos muertos o seríamos los ancianos del lugar. En la Edad Media, sin vacunas, sin antibióticos, sin limpieza, sin anestesia ni cirugía, la gente moría como moscas. Todos estos años que vivimos de más es a expensas de la obsolescencia programada.

—Pero si soy muy joven.

—Ahí te daré la razón. Eres muy joven, igual que yo, y ya he pasado los cuarenta y cuatro.

P.D.: quiero que sepas que, como buena cirujano, soy pragmática y directa hasta el infinito. Una de mis debilidades es que no tengo filtro y que soy demasiado franca. Luego, cuando «rascan» un poco más y me conocen, observan que en el fondo, en el fondooo, también poseo un tierno corazoncito...

CUIDARME, ¿PARA QUÉ?

Nuestro aspecto juvenil.

Vida sana, comida saludable, ejercicio o deporte con moderación, ropa juvenil, cuidados faciales (cremas antiarrugas por doquier) y la perpetua visita de rigor a la peluquería para cubrir las malditas canas.

Las canas; la prueba inequívoca de que la obsolescencia está haciendo acto de presencia.

Eso y los malditos huesos y dolores en los cambios posturales.

¿Y si, además de parecer jóvenes, intentamos recuperar la salud? Recuperar la salud en general y más concretamente del esqueleto. ¿Pero sabes, amiga mía? Obesidad, hipertensión, diabetes y artrosis van de la mano. Y se cruzan en el mismo camino pero en dirección contraria con la dieta mediterránea y el ejercicio y otros hábitos saludables.

Un día, mientras intentaba comprender en qué momento un adulto joven podía ser considerado un adulto inicialmente caduco, al levantarme del sofá exhalé un quejoso «uff». En ese momento decidí que había pasado de adulta joven a adulta inicialmente obsolescente y caduca.

Me encanta la cantante Shakira, la letra de sus canciones y la pasión con la que canta darían para una asignatura en literatura española contemporánea. Esa delicadeza y profundidad en algunas de sus composiciones son una delicia. No apta para corazones recién quebrados, pero sí para el resto de mortales.

Shakira, hace unos años, realizó un vistoso vídeo en el que estaba enjaulada durante casi toda la canción —«Loba», se titulaba—. No debía de tener más de treinta y cuatro cuando rodó el vídeo. Pues me encantó que comentara que después del rodaje, en el que realizaba contorsionismos infinitos y poco anatómicos, había necesitado mucho tiempo para recuperarse del dolor de huesos y músculos que había padecido, y acto seguido me vino a la mente Madonna, que ya ha pasado de los cincuenta y muchos y en sus vídeos se sigue moviendo como siempre. Y no puedo evitar pensar que todo eso lo hace bajo los efectos del Voltarén (con ello no quiero quitar méritos ni a la fabulosa Madonna, ni al fantástico Voltarén).

Te aseguro alguna reflexión incómoda, cuarto y mitad de risas y quizá una onza de lágrimas. Me encantará acompañarte en este camino de satisfacción y salud activa que te intentaré transmitir. Nada en plan clase magistral —ya no tenemos edad para eso—; más bien café con las amigas, confesiones en una terracita una mañana de domingo al sol de invierno.

Sí, este libro es para ti, que, pese a ser inicialmente obsolescente y caduca, te aferras a la vida con unas agallas y energía que te hacen la mujer más valiente del mundo. Una mujer diez. E intentaré, por todos los medios, mostrarte de frente tus debilidades y, sobre todo, las armas para postergar eternamente —cual Santo Grial— ese magnífico estado de «casi salud», en perfecta caducidad perpetua.

5

LA ALIMENTACIÓN, EL PILAR DE MI SALUD

¡Y a estamos! ¡Otro libro de salud que nos habla largo y tendido de la dieta! Porque, a pesar de ser cirujana, gasto más saliva explicando a mis pacientes una y otra vez por qué deben perder peso que en la consulta en sí misma. Por tanto, un libro que se supone que es un reflejo de mi consulta médica diaria tiene que tener también esta parte fundamental. Vital.

Dicen las malas lenguas que existe una traumatóloga en el hospital de Santa Tecla que pone a dieta a todos sus pacientes que deben colocarse una prótesis. (No tengo ni idea de quién se trata...). ¿Y a los que no? A los que no, también.

¿No te has fijado que cuando has visto muchos diseños de un mismo modisto eres capaz de distinguirlos? Eso es un Versace, eso un Hannibal Laguna, eso un Carolina Herrera. Así que me encantaría que entendieras que lo primero es saber cómo conseguir una buena tela, un buen material para confeccionar una prenda que nunca pase de moda, algo indestructible, que se convierta en *vintage*. Por eso, amiga mía, si quieres una prenda que sea eterna y no envejezca nunca, ¡suelta lastre!

Es cierto que en España está cambiando la figura que se encarga de comprar y abastecer los hogares. El hombre se ha incorporado —en gran medida— a realizar las labores del hogar y eso incluye las compras. Pero, aun así, muchísimas veces la responsabilidad y el peso de la compra recae sobre la mujer encargada del cuidado del hogar.

Ocuparse de este trabajo, a veces ingrato, otras no, es una gran responsabilidad y, como decían en el cómic de *Spidermam* «Un gran poder conlleva una gran responsabilidad».

¿A qué me refiero con eso?

Tú conoces a todos los miembros de tu hogar. Puede que vivas sola o convivas con tu compañero nada más. Pero también puede que seas una «superabuela» y a la hora de comer se junten todos tus hijos y todos tus nietos, más los yernos y nueras. O hayas instaurado la norma de que el domingo se come paella en tu casa.

Tú los conoces a todos.

- Sabes si algún nieto tuyo padece de obesidad infantil (las tasas en España hoy día son

espeluznantes).

- Conoces si existe alguien diabético en tu familia y si está bien controlado.
- Estás al tanto de si hay alguien hipertenso que solo con oler la sal se ponga a doscientos de tensión.
- Sabes a quién el colesterol le lleva por el camino de la amargura.
- Y puede que también tengas alguien intolerante a la lactosa, a la fructosa, al sorbitol.

Seis consejos aprendidos a base de «tortas».

1. ¡Con el estómago lleno, por favor!

Eso ya te lo ha contado todo el mundo y lo has comprobado tú misma. Con apetito o con hambre se compra más y peor. Se cae fácilmente en la tentación. Y te aseguro que las grandes superficies y el *neuromarketing* hacen el resto.

2. ¡Cuidado con las ofertas!

En las grandes superficies y supermercados las ofertas incitan a la compra de más cantidad de producto. Y lo que *a priori* parece más económico acaba siendo más caro. Y eso, con según qué productos poco recomendables, puede provocar cargamentos que rocen el pecado, lo no saludable.

3. ¡Atención a ese capricho!

No es lo mismo el capricho de un chocolate *noir* 70 por ciento de cacao (puede ser monodosis o una pequeña tableta) que caer de bruces ante el *marketing* agresivo y comprar tres tabletas de chocolate porque estaban de oferta. A eso me refiero, y mientras sonríes y asientes con la cabeza, sabes que a ti también te ha pasado, porque a mí, amiga mía, también me ha pasado.

4. Cuidado con salir a comprar cansado (en mi caso después de una guardia).

Los que nos dedicamos a la salud hemos aprendido que ir de compras mal dormido o cansado equivale a muchas compras erróneas e inadecuadas. Ese mensaje, interiorizado a base de malos momentos en la guardia; porque yo lo valgo...; esa hora baja y comprar no un capricho sino una retahíla de caprichos... pueden ocasionar una próxima tragedia ante la báscula cuando compruebes esa semana que NO BAJAS de peso. ¡Nunca compres deprimida!

5. Internet puede ser una buena opción.

Cada vez más, la gente realiza la compra en supermercados por internet, y eso libera de cargas nocivas de espaldas, tendinitis de brazos y antebrazos y, a su vez, de caprichos inesperados de última hora.

6. No demonizar.

No es mi trabajo ni mi función decidir qué alimentos te puedes permitir y cada cuánto. No soy dietista nutricionista, ni pretendo ser una entendida en ello. Para eso existe una diplomatura y másteres específicos. Hay muchos nutricionistas o expertos en salud que demonizan cualquier alimento hipercalórico y son, en mi opinión, demasiado rigurosos.

CHISTE.

Dicen que un nutricionista es aquella persona que, cuando se encuentra con alguien desnudo por la calle que come un cruasán, solo ve el cruasán y nada más.

Pues eso, no voy a demonizar. No es lo mismo comer un producto de bollería una vez al mes que todos los domingos, o todos los ágapes el fin de semana.

Si realizas cinco comidas al día, por treinta días, se trata de ciento cincuenta comidas.

Saltarse una vez al mes una buena alimentación sería una frecuencia de 1/150. Todos los domingos equivaldría a 4/150. Y todos los ágapes del fin de semana, (para muchos empieza el viernes al mediodía), supondría 32/150.

Y con este ejemplo claro de algo supuestamente esporádico, creo que puedo decir que algo poco saludable e hipercalórico tomado muy de tarde en tarde puede no ser perjudicial. Es más, puede contribuir a que mantengamos una dieta sana (o estricta) el resto de días del mes.

UN ESTUDIO SOCIOLÓGICO.

Siempre me ha gustado observar a la gente mientras compra. Como diría Mercedes Milà, «hacer un estudio sociològic».

Fijarme en qué tipo de productos carga en sus carros: bollería industrial, productos lácteos azucarados, refrescos de 2,5 litros archiconocidos, platos precocinados, alcohol, bolsas de patatas tamaño XL o bien frutas frescas, verdura, legumbres y productos poco procesados y de proximidad para cocinar platos más sanos, ligeros y naturales.

Creo que también puedo llegar a ser un experta en averiguar detalles de su vida, poco relevantes y rozando quizá la indiscreción, pero al alcance de toda persona observadora. Pañales y toallitas: bebé en casa. Higiene íntima femenina: mujeres fértiles. Productos procesados en envases individuales: alguien que vive sol@.

Observar esas personas anónimas, sus cuerpos, comprobar si existe o no cojera y las formas de sus piernas pueden hacer el resto. Muchas veces, los carros de compra más cargados de calorías «insanas» son también los que llevan las personas más enfermas o más obesas.

P.D.: hace ya unos ocho años, en una guardia maldita de verano, una noche loca con las enfermeras y auxiliares de mi planta, les expliqué que el mejor lugar para conocer a un chico u hombre «libre» no era una discoteca sino un supermercado.

Se quedaron anonadadas cuando comenté mis reflexiones fruto de la observación de «mis estudios sociológicos».

Buscad el candidato ideal y, una vez lo tengáis, observad detenidamente su carro. (Para eso va muy bien encontrarse en la fila ante la caja registradora. En cualquier otro momento parecerá acoso...).

Lleva material femenino en el carro: mujeres fértiles en casa. Pareja o hijas en edad fértil.

Bollería industrial con logos infantiles: pequeños en casa.

Compresas para las pérdidas de orina: ¡cuidado! ¡Vive con su madre!

Gran cantidad de bebida alcohólica y bolsas de patatas: fiesta a la vista o una gran adicción. (No te conviene).

Comida precocinada individual: quizá viva solo... Podría ser un buen candidato.

¡Aún se ríen cuando se acuerdan!

UNOS TRUCOS DE MIRANDA

- **Intenta evitar en la medida de lo posible las bebidas azucaradas.**

Hasta hace poco te diría que optaras por las bebidas con edulcorantes, pero los últimos estudios también las desaconsejan. Agua y poco más.

- **Cuidado también con las bebidas alcohólicas.**

Sí, hasta hace nada se decía que una copa al día era bueno para el corazón y blablabla. Ya se sabe que eso es incorrecto. El alcohol no es bueno nunca.

¿Sabías que se relaciona con un total de dieciocho tipos diferentes de cáncer? Si a mí me dejan escoger en una ruleta rusa, prefiero dispararme con todo el cargador vacío sin ninguna bala. A menor exposición, menor posibilidad de desarrollar cáncer.

Luego está esa frasecita que he oído hasta la saciedad; «Pero, mujer, de algo nos tenemos que morir». De acuerdo, pero yo decido jugar menos a la lotería del cáncer evitando la posibilidad de desarrollarlo.

- **Vigila la cocción de los alimentos.**

Existe un incremento de calorías entre comer patatas al vapor, al horno o fritas. Parece poco importante, pero esa diferencia calórica al cabo de meses o años es la que hay entre tener un normopeso o ir incrementando año a año tu peso corporal.

Conozco personalmente a Carlos Casabona —pediatra y experto en nutrición— y estoy enamorada de su libro *Tú eliges lo que comes*. En esta obra puedes ver de forma gráfica (con fotos) cómo cambia el índice calórico de un producto en función de la cocción. Me encanta la foto de las patatas. De patatas chips a patatas asadas hay una diferencia de más de cuatrocientas calorías.

- **Fruta en casa siempre a la vista.**

En la última reunión informal que tuve con compañeros médicos sanitarios del grupo @pantomaka, narraban con nostalgia que en su casa había, en un lugar de honor, un frutero, siempre hasta los topes de fruta de temporada. Explicaban que llegaban a casa a media tarde y siempre

caía una apetitosa manzana o una dulce naranja. Hoy día no existen fruteros en casa, muchas veces las piezas de fruta están en la nevera, porque fuera de la nevera se estropean. Pero, en realidad, se trata de un pez que se muerde la cola... Si no está a la vista, no apetece.

Existe una relación directa entre el número de piezas de fruta que comes al día y la posibilidad de padecer obesidad o sobrepeso. Y no hace falta ser Albert Einstein para entenderlo.

Lo primero que debes dejar de creer es que la fruta tiene azúcar, luego engorda. Claro que tiene azúcar, en forma de fructosa, pero también posee grandes cantidades de fibra y vitaminas, y eso es vital para evitar el sobrepeso.

Es más, el poder calórico de la fruta o la verdura es inferior a otros alimentos más habituales de lo que tú crees en tu dieta. Y eso es un plus.

En mi consulta visito un amplio espectro de la población, pero me dedico de modo especial a la ortopedia infantil. En España actualmente existe un 40 por ciento de obesidad infantil. CUA-REN-TA-POR-CIENTO, cuatro de cada diez niños padecen de obesidad.

De nada sirve engañarse diciendo que tu hijo —quien dice tu hijo, dice tu nieto— no está gordo, que está fuerte. Fuerte equivale en lenguaje médico a obeso... Tenlo en cuenta.

- **Verduras y vegetales.**

La picardía puede ayudar más a la salud de lo que tú crees.

Preparar una ensalada vistosa y refrescante ANTES de la cocción de la paella ayuda a saciar los estómagos más voraces y evita el repetir con gula.

- **Echa un vistazo a las tablas calóricas de los alimentos.**

Aprende qué alimentos son más calóricos, por ejemplo de un aperitivo. Debes controlar las calorías de los alimentos... Habitualmente, el sabor de los alimentos reside en la cantidad de grasa que poseen. A más grasa, más sabor, más calorías. Es fácil...

Y llegó la hora de los alimentos anticáncer. Ahora no es preciso que cojas un rotulador fluorescente ni un apunte extra para el libro. Los alimentos anticáncer simplemente NO EXISTEN.

DE LA SALUD, EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

(¡Miranda: otro médico empeñado en que pierda peso!)

Las peluqueras ven de lejos un corte de pelo realizado por una profesional, los ingenieros detectan las obras maestras a la primera. Los médicos, solo por el porte, solo por la presencia, podemos saber mucho sin siquiera preguntar. Los traumatólogos, además, por las medidas físicas y la forma anatómica de las piernas.

Claro que la vida nos sorprende y puede que esa persona obesa sea feliz, haga deporte y se mueva tan ágil como un cohete. (Sí, me ha pasado y me he quedado sorprendida). Igual que cuando vas de tiendas te acabas comprando el vestido típico que sabes que te sienta como un guante, que resulta que siempre tiene el mismo tipo de corte porque es lo que más te favorece.

Así que, aunque me asegures que con sobrepeso te duele todo cero, ahí va mi «sermón».

Veamos, ¿por qué un trauma como yo está empeñado en explicarte una vez más la importancia de *perder peso* o de *mantener un «normopeso»*? ¿Acaso crees que recibo sobornos de dietistas y marcas de barritas y batidos hipocalóricos como «Pismanán y Visentury»? Si así fuera, ¿crees que continuaría viviendo en un piso de 90 metros cuadrados?

No recibo ningún soborno de nadie. Solamente me interesa tu salud por encima de todo e intentaré por todos los medios que comprendas *la magnitud de la tragedia cuando se trata de obesidad*.

Te ruego que me escuches con mucha atención. Puede que nunca te lo hayan contado tan claro como pretendo.

Sabes que soy traumatóloga, atiendo a pacientes con *artrosis en rodilla, cadera y zona lumbar* (también llamado lumbartrosis).

EXISTE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE OBESIDAD Y ARTROSIS.

Esa relación es tan clara que puedo llegar a actuar como una «vidente» y prever —con un cien

por cien de acierto— cuándo el paciente va a desarrollar una artrosis.

A veces, con la presión asistencial que tengo (número de pacientes por día de consulta alto), puedo llegar a tener hora y media o dos de espera. Y aun así, insisto en la importancia de mantenerse en normopeso. Cuando los pacientes se dan cuenta de ello (de que no me importa el retraso y lo que me importa es él o ella), en ese preciso momento, intuyen la gravedad del problema. Sus huesos, TUS HUESOS, LO AGRADECERÁN.

YO ESTOY RELLENITA Y NO ME DUELE NADA.

Conozco mujeres y hombres de todas las condiciones físicas y antropométricas. Incluso yo, durante unos cuantos años de mi vida, fui una ágil rellanita. Y un día aparece un pero.

Y empecé a comer más sano y a realizar de manera sistemática ejercicio (que no deporte). Lo podrás leer más adelante (véase pág. 225).

ESPERA Y VERÁS.

Y aun siendo alguien feliz que goza con la comida (como yo), llegará un momento, tarde o temprano, que un médico o sanitario te recomendará que elimines tu sobrepeso o tu obesidad instaurada.

Este consejo *sanitario no será para* intentar meterse en unos pantalones de Zara talla 42. No, amiga, este consejo será por la aparición de algún «pero», de algún elemento distorsionador de tu salud: aumento de colesterol, una bronquitis inesperada, un dolor de rodillas sobrecogedor, un lumbago de Champions...

Y cuanto más tarde te llegue ese momento, más difícil te será el acto heroico de ponerte a dieta (fíjate que no he dicho a régimen) y empezar con el ejercicio físico (reitero que no deporte), debido a que el metabolismo basal es más lento en alguien más mayor y más activo en alguien más joven.

LUEGO YA NO HAY MARCHA ATRÁS. EL SACRIFICIO GIGANTE. DE PERDER PESO CON ARTROSIS.

En mi consulta atiendo cada semana a pacientes con artrosis evolucionada de rodilla y obesidad mórbida. Muchos de ellos son terriblemente jóvenes para colocarles una prótesis de rodilla. Y a la vez son terriblemente «viejos» para realizarles una cirugía meniscal por artroscopia. (En el capítulo «¡Me matan las rodillas!», tendrás más información específica sobre ello).

Así que tengo y controlo a muchos pacientes a los que les explico que la única mejora franca

que pueden hacer en sus vidas es bajar de peso. Y que a la vez se me quejan de que con sus rodillas les es imposible realizar cualquier tipo de ejercicio...

Entonces, muchas veces se entra en bucle: el paciente me explica que no puede caminar por dolor y solo puede perder peso haciendo una dieta estricta, pero como muchas veces está ansioso o deprimido por la situación exasperante aún come más.

Hay ocasiones en que enfermos posoperados —con reposo estricto— por una fractura de tobillo o con una lesión de rodilla de larga evolución pueden ganar la friolera de 8 o 10 kilos en un par de meses. Es entonces cuando la doctora Miranda más cáustica aparece y les suelta: «Jolín, ¡pues poco te duelen las rodillas si alcanzas la nevera!».

Y si aún no los he convencido, les explico que hagan una simple prueba, que acarreen esa tarde un par de garrafas de agua de cinco litros y las paseen un par de horitas por casa o por la calle. La respuesta es evidente: «Me quedaré destrozado de la espalda y las rodillas». Pues, a decir verdad, tú no estás paseando diez litros un ratito por Tarragona, ¡tú estás paseando un par de bombonas de butano desde hace años!

Pongo otro ejemplo real y veraz de esta necesidad de pérdida de peso... A ver si te convengo.

Hace unos años en un centro de atención primaria (CAP) de Tarragona realizaban un estudio sobre un fármaco tomado por boca —oral— para la supuesta mejora de la artrosis de rodilla. Para que nos entendamos, tipo cartílago de aleta de tiburón... Buscaban personas mayores de sesenta y cinco años que padecieran de dolor de rodillas. Excluían a dos tipos de pacientes:

- Los que tenían una cirugía previa de rodilla (artroscopia para menisco o cirugía realizada en los años ochenta que consistía en «abrir» la rodilla y extraer todo el menisco).
- Los afectados de obesidad o sobrepeso.

¿Puedes suponer cuál fue el problema que tuvieron en ese CAP? Imagina y acertarás. ¡Que no existían enfermos con dolor de rodilla que fueran delgados y sin cirugías de rodilla previas!

¿Cómo se te queda el cuerpo después de oír eso? Parece imposible y no lo es. Es más, te puedo asegurar que el 80 u 85 por ciento de los pacientes que opero de prótesis de rodilla como mínimo padecen de sobrepeso y como máximo duplican el peso estándar.

Ejemplo tonto: mujer de 1,54 metros, con 105 kilos de peso...

Por eso debemos ponernos las pilas pronto. Y no dejar instaurar el sobrepeso, puesto que de ahí a la obesidad y al inicio de los problemas ya no queda nada.

No sé si te he convencido, pero mientras releía este capítulo, me ha venido a la mente un *reality* americano que me sorprendió muchísimo. Se trataba de la odisea que viven las mujeres americanas que padecen obesidad mórbida que desean meter su cuerpo en el traje de novia soñado.

Imágenes morbosas sí, lágrimas derramadas al comprobar que el traje de sus sueños era incompatible con su tamaño corporal fuera de lo común. Comprobar cómo podían existir trajes de corte sirena de talla 52, escotes palabra de honor con grandes mamas. Y como, por arte de magia, esas pobres muchachas, a medida que soltaban lágrimas y mocos, despertaban de un letargo y, por primera vez en mucho tiempo, se daban cuenta de que el «vestido de sus sueños» estaba reñido con «su día especial».

A mí me pasó algo parecido, y te aseguro que cuando preparé mi boda usaba una talla 48, no

más.

Si uno quiere sentirse desgraciado el resto de su vida, siempre encontrará un motivo para serlo. Si uno quiere tirar *palante*, hará de los jirones un motivo para levantarse con más ánimo y seguir. De ti depende.

Mi talla 48 no entraba en los cánones de las novias que buscan vestido *prêt-à-porter*. Así que tuve que tirar de imaginación. Y sí, los vestidos que me probaba solo eran aproximaciones de ideas concretas: de un corpiño, de un corte sirena, de un cancán.

Y entonces ocurrió. Ahí estaba.

Mi hermana menor, Montse, lo había escogido como finalista el año anterior a mi boda, cuando se casó ella. A Montse, que es infinitamente más guapa y delgada, le quedaba de escándalo. Cuando lo vi en el *atelier* supe que era el mío. Me estuvo esperando pausadamente entre bastidores un año entero hasta que yo aparecí.

Sabía qué tipo de vestido quería. Era ese. Pero no era de mi talla. Y era un vestido diseñado hacía más de un año. En el taller no disponían de más tela idéntica. Me comentaron que harían todo lo posible por encontrar esa preciada tela. Si así era, tenía ya el vestido, si no, continuaría buscando.

Días después tuve suerte y me dijeron que tenían tela suficiente para confeccionar mi vestido. No tener ese vestido, del que me había enamorado en cuanto lo vi, me fastidiaba, pero la desazón por la inseguridad, el sentirme incómoda con partes de mi cuerpo, no entrar dentro de los cánones de belleza establecidos aún me molestaba más. Abandonar el peregrinaje por encontrar un vestido de boda me tranquilizó. El día de mi boda llevé un flamante vestido *prêt-à-porter* ideal, aun siendo una novia de talla no estándar. Estaba preciosa.

DOLOR CERVICAL, ARENA DE PLAYA Y WHATSAPPITIS

Sabes bien que una prenda de ropa que te siente como un guante te puede despertar diferentes estados de ánimo en ti. El tacto suave del mullido cuello alto de un jersey de cachemira será lo más parecido a una caricia continua. Un escote insinuante, escote barco, te hará sentir segura sin enseñar nada. Y para los días en que te sientes especialmente rompedora y quieres resplandecer te atreverás con un escote palabra de honor. Y como tú estás diseñando tu vestido ideal mientras paseamos por la anatomía de tu lindo cuerpo, te dejo a ti y a tu imaginación la misión de imaginar qué corte tendría ese vestido que te sentaría de diez, para ti, una mujer diez.

Ahí va el cuello, nos centraremos en esa parte corporal, ese trocito de la anatomía que puede hacerte caer en el peor de los infiernos.

¡Venga, doc., no seas exagerada! Eso lo dicen todos los que no saben qué significa sustentar — con dolor— esos 7 u 8 kilos de cabecita las horas que no duermes.

Venga, Miranda, que luego por la noche descansan y ya está. ¡¿Seguro?! Para quien padece de dolor cervical, la noche es el peor de los momentos. ¿Y sabes cuál es el máximo enemigo? Te doy una pista: puede ser suave, puede ser dura, puede ser hasta de plumas. (Me salió con rima).

¿Ya has caído?

Más pistas: la reina de Reino Unido se la lleva siempre en una maleta cuando viaja.

Efectivamente: la almohada.

¿Acaso habías pensado que era una simple coincidencia que tú —que sí padeces de dolor cervical— empeoras cada vez que duermes en cama ajena? Eso no es una coincidencia. Eso solo tiene un culpable y se llama AL-MO-HA-DA.

¿Sabes que esa almohada debe ser distinta en función de tu modo de dormir?

Si duermes boca arriba, debe tener un grosor bajo y adaptarse perfectamente a la curvatura de tu cuello. Si duermes de lado (médicamente decúbito lateral), la almohada ha de tener un grosor más elevado. Tiene que ser suficientemente firme para mantener una buena relación entre el cuello y la almohada. Ni debe alejarse del oído izquierdo ni debe acercarse al oído derecho. (¿Entiendes?).

ARENA DE PLAYA.

¿Y ahora de qué me hablarás, Miranda? ¿Del relax que se siente al pasear por la playa?

Sí, pero no. Te hablaré del ruido que hace tu cuello obsolecente. Cuando giras o doblas o estiras, oyes atrás una vibración y un ruido. Ese ruido se propaga a través de los huesos de tu propio cráneo. Es el ruido de la artrosis incipiente. Ruido a arena de playa.

Nada bucólico ni romántico... Aparece en un alto porcentaje de la población a partir de los treinta y cinco años.

(¡Yo empecé antes de los treinta!).

EL FANTASMA DEL LATIGAZO CERVICAL.

Cuando preparé una revisión sobre el latigazo cervical, leí cosas realmente peculiares que me hicieron replantear todo lo relacionado con el dolor cervical después de un accidente de tráfico.

En mi artículo sobre el latigazo cervical colgado en mi web, obvié información altamente candente y que no sería fácilmente aceptada por las redes.

Pero he decidido que aquí me voy a regodear.

- **Canadá.**

Un dato a tener en cuenta lo implantaron en Canadá. Hasta hace unos años, la posibilidad de poner una demanda posaccidente de tráfico era algo natural y habitual. El porcentaje de demandas era altísimo.

Las instituciones decidieron entonces establecer una tasa «disuasoria» de unos cien dólares canadienses. Se debían abonar al momento o en los primeros días. El pago de esa tasa daba derecho a presentar una demanda. Si no, no.

Parece ser que disminuyó drásticamente la tasa de demandas. Ahí queda eso.

- **México no es Canadá.**

Este dato que te explicaré ahora te ayudará a entender un poco más la situación de bienestar de la que quizás disfrutas y de la que hasta ahora no te habías dado cuenta.

No tiene que ver nada con Canadá, ni con los latigazos cervicales, pero creo que es lugar adecuado para decirlo. A mí me asombró tanto que hoy me apetece contártelo aquí, en medio de mis explicaciones sobre el cuello.

Siendo RI, acudí en Madrid al encuentro nacional de los médicos que tratan la columna vertebral. Se trataba de la GEER, Grupo Español de Estudio de Enfermedades del Raquis.

Unos compañeros traumatólogos mexicanos vinieron a presentar un estudio sobre fracturas vertebrales. En él se tenían en cuenta una serie de parámetros y la incorporación al lugar de trabajo tras el accidente. Piensa que algunos de ellos se operaban.

¿Cuánto tiempo crees que esos pacientes estaban de baja antes de incorporarse a su trabajo? Haz una porra.

¿Cuatro meses?

¿Dos meses?

¿Un mes?

¿Quince días?

Esos pacientes mexicanos se incorporaban a su lugar de trabajo ¡a los doce días!

¿Acaso los mexicanos son superhéroes? Sí, lo son. Pero por otro motivo. Son superhéroes porque son superpadres y mantienen a sus familias y muchos de ellos no tienen derecho a ningún subsidio. ¿Cómo te has quedado? Lo mismo me pasó a mí.

A veces uno no se da ni cuenta de la suerte que tiene de vivir donde vive; el estado de bienestar que damos por «natural» deja de serlo cuando descubres situaciones en otros lugares del mundo. Un subsidio puede significar la diferencia entre una recuperación digna. Después de un accidente grave, no acceder a una «paga» puede significar pasar el resto de tu vida soportando dolor crónico.

¡Claro que existe la picaresca! Pero siempre acaban pagando justos por pecadores.

- Trabajo y días de baja.

Otro estudio demostró que, en función de la especialidad y remuneración del accidentado, se podía saber si habría una pronta recuperación o no.

Te lo cuento mejor. Vamos a poner dos supuestos parecidos: dos mujeres de mediana edad (mejor diré dos chicas de cuarenta y cinco años, porque, entre tú y yo, las chicas de cuarenta y cinco años existen, yo soy una de ellas).

Una trabaja de camarera unas diez horas al día, libra solo los lunes y con las propinas alcanza los mil cien euros al mes. De baja cobra unos novecientos euros.

La otra chica es directora de personal en una multinacional, tiene a su cargo a quince administrativos y controla una empresa de cien trabajadores. Esta muchacha trabaja de lunes a jueves de ocho a cinco y el viernes de siete a tres. A final de mes recibe unos dos mil cuatrocientos euros. De baja cobrará unos mil novecientos.

Así, sin ningún otro ítem que pueda ayudar a alcanzar la recuperación, ¿quién crees que puede que se columpie un poquito?

Ya sé que la «rica» puede acudir y pagar a su fisio descontracturante (cincuenta euros sesión) y realizar sesiones de yoga, mientras que la más humilde hará cola religiosamente para obtener diez, como mucho veinte, sesiones en la Seguridad Social...

Pero sin que yo lo escriba sabes leer entre líneas.

- Chocador y chocado.

¿Qué quieres decir con esto, Miranda?

Sencillo, fácil y da que pensar...

El chocador sería el «provocador» del impacto. Por estadística, es el que impacta por atrás o por el lado. El chocado es el que «recibe» el impacto. Estadísticamente es el que absorbe la colisión del vehículo.

¿Te das cuenta de que existe un número enorme de chocados en los accidentes de tráfico y en cambio muy pocos chocadores?

¿Curioso? Es cierto que el que choca se percató y puede contracturar su cuello en señal

de defensa. Pero realmente es extraño que casi no exista este dolor cervical en el chocador.

Como decimos en catalán: «*Ves a cobrar al riu*» (en español sería parecido a «Pídele peras al olmo»), que se podría traducir como: el chocador no tiene derecho —en España— a indemnización, así que ¿adónde te irás a quejar?

- Artrosis previa.

También te diré que está demostrado que si padeces claramente de artrosis cervical la posibilidad de recuperarte de un latigazo cervical es menor. No hace falta ser muy listo para saber algo así.

Otro ejemplo, esta vez mecánico, para lo mismo: dos coches, uno flamante y nuevo, otro con 250.000 kilómetros a sus espaldas. Ambos deciden cruzar por un paso elevado de peatones a 80 kilómetros por hora. ¿Quién tiene más posibilidades de romper la suspensión? ¿Sonríes? Elemental, querida Watson.

Y después de estas verdades revisadas de artículos científicos, tú mismo puedes ampliar tu campo de visión y comprobar lo que imaginabas y sobre lo que no tenías gran idea. Sé claramente que no son datos médicos de España, de acuerdo, pero, con todo ello, creo que te puedes hacer claramente una idea de a lo que me refiero.

Estos datos que acabo de compartir contigo preferí obviarlos en mi *post*, pues cada caso personal puede tener sus peculiaridades y son datos generales. Y con ello me tomo la libertad de que se puedan interpretar libremente. Mis veinte años de experiencia me han enseñado que no debo juzgar nada de nadie. Lee por qué.

UNA HISTORIA DE AMOR (QUE CAMBIÓ MI VISIÓN).

Juzgamos y damos por hecho gran cantidad de cuestiones que no son ciertas. A este no le gusta trabajar (sin saber nada de él), esta solo quiere el dinero de su marido, etcétera.

Tengo una tendencia natural a meter la pata. Con los años, he ido modulando mis meteduras de pata, y la prudencia y el saber estar me han salvado de más de un apuro.

Hace ya unos años visité una pareja; él era un señor mayor, inglés —más de noventa años—, que se había retirado aquí, en Tarragona. Se dirigía a mí en su idioma, y yo me defendía con mi inglés artrósico y oxidado. Como buen inglés vestía impecablemente con su pañuelo al cuello, su camisa, suéter y americana (un lord). Le acompañaba una señora de rasgos orientales de unos cincuenta años. De entrada, di por hecho que era su cuidadora.

¡Error! ¡Mirandaaaa, era su esposa! Los controlé un par de años en mi consulta.

Luego les perdí la pista.

Hace medio año, un día atendí a una paciente en la consulta de fracturas. Su cara me resultaba familiar. Revisé su historial. Cuando llevas once años paseándote por el mismo hospital, algunos pacientes se repiten, pero no había nada de su historial médico traumatológico que me implicara.

Le pregunté de qué la conocía, me sonrió y me habló de su marido. Del lord inglés. Inmediatamente recordé esa pareja atípica y mis apuros lingüísticos por culpa de su cabezonería y mi *poor english*. Me contó que había fallecido. Y a medida que me explicaba cómo había sido y

cómo era su situación actual, vi que sus ojos se empañaban de lágrimas. Comprobé que esa señora amaba a su marido fallecido. Y lo que a mí inicialmente me había parecido una relación de simbiosis (tú ya me entiendes) era, en el fondo, una bonita historia de amor.

Con eso lo único que te quiero dejar claro es que ese día otra venda cayó de mis ojos y continué el camino por la vida con más ganas de aventuras, sorpresas y no juzgar a nadie.

Y volviendo a los pescuezos...

UN VOLTARÉN ANTES DE OPERAR.

Cuando tenía veinticinco años no entendía cómo mis compañeros traumatólogos añosos (curiosamente, ahora yo ya estoy en esa etapa de mi vida) se lamentaban en *petit comité* cuando realizaban cirugías largas de columna, pues podían pasar tranquilamente tres o cuatro horas mirando fijamente un campo quirúrgico —lugar de trabajo durante una operación— sin descanso.

La posición era con la cabeza ligeramente baja, con el mentón mucho más cerca del esternón que de la posición de descanso.

Antes de la cirugía comentaban si el cuello les molestaba o no, algunos de ellos «preventivamente» se tomaban un Voltarén en el desayuno. Y si no había sido así, oíamos los quejidos a lo largo de aquellas «horitas de nada».

Esa postura para operar, curiosamente es la posición «natural» de revisar tu teléfono móvil. Puede que tú no operes columnas, pero, si miras periódicamente tu celular y tienes dolor en el occipucio (cogotillo, para la familia), es una clara consecuencia de abuso del teléfono móvil.

LA WHATSAPPITIS.

Los emoticonos, las risas falsas, los *ok* y los *likes* lo miden todo.

Nos miramos el ombligo cotidianamente con trescientas consultas diarias a un celular. Pero no somos capaces de preguntar a quien más nos importa —hijo, hija, marido o madre— trescientas veces al día si están bien. Ni siquiera de llamarles, hablarles o mirarles a los ojos.

Te hablo de Whatsapppitis. Para tu información, te diré que no es un término que me he inventado yo. Es una «enfermedad» descrita por primera vez hace ya unos años.

Este término lo acuñó la doctora Inés Fernández-Guerrero cuando, en el año 2014, atendió a una embarazada. Era Navidad. Y la paciente tenía molestias ocasionadas por el abuso de horas de teléfono móvil con relación al envío masivo de mensajes en Nochebuena y Nochevieja.

Si padeces Whatsapppitis, ¿qué te puede doler? Por veinticinco pesetas...

1. Túnel carpiano.
2. Tendinitis de De Quervain.
3. Dedos en resorte.
4. Tendinitis en los flexores...

... ¡Espera, espera! Miranda, ¿me explicas la Whatsappitis en el capítulo de dolor cervical? ¿De qué vas? Espera un poco más y verás por qué...

5. Artrosis en el pulgar.
6. Cervicalgia (todos bajamos la cabeza para leer, no subimos el móvil hacia los ojos...).
7. Lesión en el nervio cubital (horas en la cama con el codo muy flexionado da como resultado entumecimiento en el dedo cuarto y quinto de la mano).
8. Dolor de hombros.
9. Vista cansada.
10. Insomnio. Este es un clásico que pasa desapercibido para gran parte de la población. Lo último que hacen después de cenar en el sofá es tumbarse a mirar publicaciones de Facebook, Instagram o Twitter. (¡¡¡En vez de preguntar a su pareja cómo le ha ido el día!!!).

Y luego lo que más me sorprende es que, cuando hablas con ellos, usan el teléfono móvil de alarma. En modo avión, me sueltan. Les preguntas si alguna vez durante la noche se conectan y algunos confiesan una adicción... Otros niegan rotundamente. Vaya, como si no se hubiese inventado un extraño artilugio hace más de cien años, el despertador de TO-DA la vida.

Hablo de mi caso concreto. Mi teléfono móvil no acude a mi vera en mi cama. Se queda en el comedor.

Tengo un despertador brutal que me permite, sin gafas de miope —casi cinco dioptrías—, ver unos números enormes por si necesito algo por la noche.

Me desvío del tema... El término Whatsappitis apareció en un artículo en la revista científica *The Lancet*.

Es más, te diré: en mi web *www.mirandatrauma* hice una entrada sobre el tema y fue una revolución. No había descubierto la sopa de ajo, pero casi. De diversos lugares del mundo me llamaron para aportarme su visión y sus experiencias personales.

CUANDO IR A LA PELUQUERÍA NO ME RELAJA.

Esto sucede cuando a alguien con dolor cervical e inicios de artrosis le cuesta mantener una determinada postura, ya sea estar con el cuello muy flexionado o muy extendido.

Somos muchas las que pensamos que los lavabos de las peluquerías son obras de Satán, pues te obligan a forzar una postura poco habitual para un cuello que empieza a perder movilidad.

Si tú eres una de esas personas que has sonreído con cada ejemplo que he mencionado, te diré que no bajes la guardia. Autoexplórate periódicamente y comprueba, ante un espejo, el rango de movilidad de tu cuello. Al más mínimo cambio, empieza a actuar, y, con la ayuda de tu fisioterapeuta o tu médico rehabilitador, haz un plan de choque.

Estos pacientes que tienen «un cuello frágil» deberían hacer gimnasia preventiva para tener unos músculos de sujeción potentes. Pero ahora te contaré un cuento sin final feliz.

Me duele el cuello y durante una época de mi vida realizo a pies juntillas la tabla de ejercicios de fortalecimiento cervical que me mandó mi fisioterapeuta.

¡Ostras! ¡Qué buena época tengo! No me duele casi nada, ahora se trata de una simple molestia.

¡Vaya! Ha llegado el domingo y, con el estrés y las prisas, esta semana tampoco he hecho los ejercicios de mantenimiento.

Y un día el dolor vuelve. Te lamentas y nuevamente debes empezar.

Siempre les digo a mis enfermos:

- Si te acuerdas de la gimnasia, te olvidas de la doctora Miranda^[1].
- Si te olvidas de la gimnasia, te acuerdas de la doctora Miranda.

Y lo sabes.

LA CAPILLA SEXTINA.

No sé si has podido observar maravillado la obra de la Capilla Sixtina. Yo, por suerte, a la entrega de este libro, me habré embelesado contemplando esa delicia en dos ocasiones. Hoy cuento los días que me faltan para volver a Roma y comprobar cómo fueron retirados los «vaporosos vestidos» de los angelitos. (La censura tapó sus culitos durante una época oscura...).

¿Sabías que antaño ofrecían espejos para ver la Capilla Sixtina sin hacerte trizas las cervicales?

No puedes pasarte dos horas de reloj mirando al techo de forma continuada. (Bueno, en realidad, sí puedes, pero entonces se trataría de un anuncio patrocinado por Voltarén o cualquier otro antiinflamatorio...).

ESTRELLITIS.

Mientras escribo hoy —en la guardia— este texto, escuchando canciones de Ed Sheeran, pienso que es muy triste tener acuñado un término para el abuso del celular y que el vocablo «estrellitis» no se haya hecho popular.

Imaginas que en vez de ir mirando al suelo nos pasáramos el día con los ojos vueltos al cielo, contemplando nubes, sol y estrellas. Eso también sería perjudicial para tu cuello delicado.

—Mire, doctora, yo también sufro de «estrellitis». Este fin de semana, mi mujer, los niños y yo nos pasamos horas contemplando las estrellas, desconectados de todo. Mire, mire, me duele justo ahí —Señalando el cogote...

¿Cuándo fue la última vez que paraste tu vida y tu mundo y decidiste tumbarte en una playa al lado del amor de tu vida a contemplar las estrellas?

Tuve la suerte de hacerlo el verano pasado en un lugar llamado paraíso. Esa noche —15 de agosto—, en una playa llena de amigos, escuchando una orquesta montada sobre un escenario en la arena, oíamos música y ruido. Nos alejamos mi hija, mi pareja y yo, y nos tumbamos en la arena a contemplar las estrellas. Y entonces ocurrió algo mágico. Saltaron los diferenciales (plomos de toda la vida) de la fiesta (no habían calculado bien la potencia del equipo de sonido...) y todo se volvió oscuridad extrema. En ese momento, las estrellas tomaron protagonismo y continuaron el solo del cantante dejando ver todo su esplendor y encanto.

Pudimos ver la Vía Láctea. A mis cuarenta y tres años fue mi primera vez. Y estrellas fugaces,

mi hija vio una, Francesc otra y yo dos. No te puedo contar qué deseos pedí, pero solo te diré que mientras llegan estoy viviendo como nunca había soñado.

EXTREMIDAD SUPERIOR. DEL HOMBRO AL CODO PASANDO POR EL TÚNEL CARPIANO

Continuando este delicioso paseo por la anatomía humana femenina, nos detendremos un buen rato en el hombro, brazo y mano. La escena más tórrida y *sexí* —a mi parecer— de la historia del erotismo la protagoniza Rita Hayworth en *Gi/da*, desnudando con pausa y ritmo su pálido brazo.

Tú decidirás si eras una fan de las hombreras ochenteras (¡estilizaban la figura que no veas!). O te encanta mostrar hombros. O no puedes con el frío. O eres delicada como la manga francesa. Eso ya es cosa tuya. Pero hazme el favor, continua imaginando el vestido de tus sueños. Eso ya no te lo quita nadie.

DOLOR DE HOMBRO.

Una vez me sugirieron no explicar tanta batallita ni tanta anécdota médica de pacientes. Que fuese más aséptica y fría. Pero para enterarte de la versión más académica y científica de la traumatología y ortopedia ya tienes otros medios, más novedosos —doctor Google, Facebook, Instagram— o más clásicos —traumatología en libros de difícil digestión académica, austeros y duros de pelar.

Spoiler, batallita a la vista.

Durante unos años estuve en la unidad de hombro en mi hospital —Santa Tecla—. Siempre había tenido la sensación de que a veces hay enfermos que proyectan en el hombro o en el cuello la tensión acumulada en sus vidas. Yo misma soy una de ellas. Es cierto que pasar horas ante un ordenador acabando una charla a contrarreloj no ayuda, pero claro está que a las posturas mantenidas se une un factor altamente determinante llamado estrés.

Pues bien, una mañana de otoño o invierno, no recuerdo exactamente la fecha, pero sé que llovía y el día era frío, triste y melancólico, entre mis enfermos tuve varias omalgias, modo técnico de llamar al dolor de hombro. Algunas de mis enfermas tenían tanto dolor y tensión

acumuladas que inyecté (infiltré) la friolera de siete hombros. Hasta aquí todo bien. La sorpresa fue que cinco de esas siete enfermas me comentaron casi al unísono que algo les preocupaba enormemente. ¿Cuándo? En el momento en que las «tocaba», y fijate que no digo explorarlas, porque explorar sabe todo el mundo sanitario, pero «tocar», tocar el alma, sabe muy poca gente.

Una vez explorada la paciente y tras decidir que una infiltración en el hombro aliviaría su dolor, pasaba a recomendarle que si quería podía infiltrarle. Mientras la «tocaba», accedía a hacerlo. Y al tiempo que preparaba mi compañera de fatigas en consulta —María— el campo estéril y yo acariciaba suavemente a esas mujeres y notaban mi comunión con ellas, me contaban lo que realmente les preocupaba.

Era automático. A decir verdad, es así de mecánico. Cuántas veces, al pasar por un mal momento emocional, nos hemos prometido que no lloraríamos ante nadie y no ha sido así. Una caricia delicada, una sonrisa cómplice han sido el detonante para desmoronarnos ante alguien que simplemente nos ha «tocado» el alma...

Y así fue, ese día, cinco mujeres de una edad incierta me soltaron el mismo discurso: «No soy feliz en mi matrimonio. ¿Y si me divorciara?».

Para nada estoy diciendo que los casados o las casadas tengan más dolores de hombro. Te explico un ejemplo concreto de un día concreto, sabiendo que **NO ESTÁ BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA**. Que tan solo fue una casualidad. Porque, seamos sinceros, toda casualidad nunca es suficientemente fuerte para que la estadística diga que la evidencia científica está de nuestro lado. (Ironía modo *on*).

En realidad, en la vida nuestras preocupaciones son muy parecidas en función de la etapa vital en la que nos encontramos:

- En la juventud: los amigos y los novietes.
- En la edad adulta: la pareja, el trabajo y los hijos.
- En la edad obsolescente: la pareja, la familia y la salud.

Y eso, ahora que me dedico más a la ortopedia infantil, lo puedo corroborar. Cada etapa vital tiene unas preocupaciones.

Aunque es cierto que a todos nos gusta tener una vida tranquila y alejarnos de personas tóxicas. A veces, esa pareja que parecía ser el amor de tu vida con el tiempo pasa a ser alguien tóxico que sería óptimo y saludable alejar de ti antes de que el daño que os inflijáis sea mayor de lo estrictamente necesario.

Un compañero de trabajo mío se dedica a controlar a enfermos con dolor en la espalda. Creo firmemente que, junto con el dolor de hombro y cuello, son los puntos débiles del aparato locomotor cuando se unen el estrés y el padecimiento del alma.

Más de una vez —me explicó—, enfermos apuntados en lista de espera para la realización de cirugías complejas raquídeas —o sea de la columna— se borraban de la lista y entraban meses después vistiendo la mejor de las sonrisas. El motivo: el divorcio de «esa persona tóxica» que era el detonante para una situación de estrés mantenida durante días y días, años y años de padecimiento o, como dirían los anglosajones, de *soul*.

Sé perfectamente que lo que explico aquí puede ser considerado altamente incómodo para gran parte de las lectoras, otras sonreirán y asentirán mientras continúan leyendo. Pero una vez llegado

a este punto, intentaré demostrarte que cada vivencia personal de dolor, de ansiedad y de malestar cambia horrores respecto a una perspectiva diferente.

- *El ejemplo de las vacaciones*

Cada vez que explico a alguien que, además de su dolor, de su molestia, de su malestar existen un montón de factores externos que ayudan a aumentar o mitigar su sufrimiento, pongo este ejemplo. Imagínate de vacaciones en tu lugar favorito. Tumbado en la piscina de un cinco estrellas, con un combinado —sin alcohol— a la sombra o al sol (según prefieras), acompañado de las personas que quieres a tu lado. Nada te preocupa, nada te agobia, tu hipoteca está pagada, llegas sobradamente a fin de mes, no tienes deudas y nada te quita el sueño.

Llegado este punto... ¿dirías que tu dolor, tu problema físico, tiene la misma intensidad en este momento? No, ¿verdad? Pues a eso me refiero.

Todo lo que nos envuelve, todo puede ser un elemento «distorsionador» (me encanta esta palabra) que puede empeorar nuestro dolor inicial.

- *El ejemplo de la princesa Letizia*

Tengo enfermas que debo operar de un túnel carpiano, que me preguntan específicamente si pueden o no realizar las tareas domésticas en casa. Y mi respuesta siempre es la misma. ¿Usted cree que eso lo hace la princesa Letizia? Si su respuesta es sí: hágalo. Si su respuesta es no, no tiene permiso para realizarlo mientras esté convaleciente.

Y entonces empiezo a resolver sus dudas más habituales poniendo específicamente a la princesa Letizia (para mí siempre será *princess*, porque eso de reina envejece mucho) como protagonista.

—¿Letizia friega los platos? No. Pues usted tampoco.

—¿Limpia los baños? No. —Aquí me sonríen, pues ya saben la respuesta.

—¿Ayuda a vestir a sus hijas? Cree que sí. Pues usted puede.

—¿Se ducha sola? Cree que sí. Pues higiene corporal «*selfservice*».

Y así, de un modo divertido y variopinto, mis enfermas aprenden, al menos durante unos días —durante su convalecencia—, a «recibir un trato real».

LA TENDINITIS DEL HOMBRO EN TODAS SUS VARIEDADES.

El hombro —a mi parecer— trabaja como una polea. Realmente es mucho más complejo pero sirve para entender un poco la biomecánica de esta articulación.

Incluso la forma de la polea es parecida a la cabeza del húmero (redondita). Nos podemos imaginar las cuerdas que discurren por esa polea. En este caso, serían los tendones. Y luego tenemos, en la parte superior, un tope o teja a modo de tejado para evitar que se salga de madre.

Hasta aquí todo bien, ¿verdad?

Siempre me ha encantado ir a Ikea —o cualquier otro sitio donde se pueda observar con detenimiento cómo funcionan las piezas mecánicas—, ese abrir y cerrar de cajones, esa apertura y

cierre de puertas perpetua. Comprobar cuántas veces será efectivo sin dar fallos. Aunque, entre tú y yo, todas las marcas dan a veces algún fallo.

Pues eso también nos ocurre a nosotros y a nuestros tendones. A la cuerda o cuerdas de la polea.

De pequeña me tragaba todos los domingos una sesión doble de películas de aventuras en el cine de mi pueblo. Esa escena típica de chica y chico colgados de un puente de madera a punto de caer. Cómo saltaban maderos, se quebraban astillas y cómo esa cuerda se iba destrenzando paulatinamente. Era un sinvivir. Saber si la rubia tonta sería salvada por el aguerrido forzado.

Pues a partir de cierta edad (sí, lo siento, pero de nuevo sale la caducidad como parte inherente al deterioro inexorable de nuestra anatomía). ¡Ironía en modo *on!*, empezamos con esos dolores de hombro.

Cuando se inflama el tendón, hablamos de tendinitis y si la inflamación se convierte en crónica, de tendinosis.

Y de la inflamación reiterada y algún golpecito o golpetazo, pasamos a la rotura del tendón.

Pongamos el ejemplo de las sábanas de algodón como símil de las tendinitis del hombro, esas sábanas de algodón del ajuar de nuestras abuelas o bisabuelas. Fresquitas para el verano mediterráneo, nuestro mejor aliado para esas noches de canícula asfixiante. Esas sábanas que ya transparentan...

Un día, sin querer, tropezamos al tenderlas y hacemos un siete. Y aunque nuestras abuelas les hagan el mejor zurcido posible, mando volvamos a usarlas se romperán otra vez justo por el lado del cosido, porque ya existe un punto de debilidad.

Así se comporta una rotura de tendón de hombro, operado incluso por los grandes cirujanos de hombro...

Lo malo de la tendinitis es el dolor. Un dolor que empeora claramente por la noche y, por consiguiente, las noches en vela son la norma de quien lo padece. Y sin dormir no se es persona, pues no se descansa. A la vez, ese tormento acaba en un círculo vicioso. Pues sin descanso el dolor siempre aumenta.

Es cierto que no todo el mundo padece de igual manera e intensidad las tendinitis del hombro:

- Existen variantes anatómicas (entre tú y yo, huesos de formas más alteradas) que predisponen a padecer de dolor de hombro. ¿Te acuerdas que te hablé de la teja que protegía la polea? Pues si esa teja es picuda y se clava en el tendón, no hace falta ser Einstein para saber que se padecerá de tendinitis.
- La inestabilidad de hombro. Haber padecido de movimientos anómalos en la juventud o tener un hombro ligeramente inestable provocan micromovimientos que, a su vez, irritan los tendones, y eso desemboca en tendinitis.
- El trabajo desempeñado durante la vida laboral. He visto demasiados pintores de brocha gorda —no sé por qué pero Velázquez o Picasso ninguno— y demasiados yeseros. ¿Sabes lo que es un yesero? Te lo explico. Deja de mirar por un momento el libro que lees y dirige tu mirada hacia el techo. Has visto esa perfección, esa superficie lisa sin rugosidades. Pues el «culpable» es el señor yesero. Mi padre, albañil de profesión, ahora ya jubilado, que trabajó en la época donde la medicina laboral preventiva era cero —eso significa que los sacos de cemento aún pesaban 50 kilos, las vigas de 150 kilos se subían entre tres, por narices (vamos

a dejarlo ahí), y las jornadas laborales no bajaban de once horas—, siempre me ha comentado que la peor profesión dentro de la construcción era ser yesero. Acaban con los hombros destrozados y con las cervicales ampliamente fastidiadas. Y el tercer colectivo implicado en el dolor crónico de hombro, ¿te lo imaginas? Las y los peluqueros. Trabajar cortando pelo y con la mano por encima del hombro conlleva un desgaste prematuro de esos tendones. ¿Te habías fijado que casi todas las peluqueras llevan unas plataformas de vértigo? No es casualidad. Cada centímetro que ganan de altura supone un poco menos de dolor de hombro, un poco menos de inflamación.

A lo largo de los años de experiencia vivida en mi formación he ido adquiriendo frases y giros de cada uno de mis maestros. Me he agenciado metáforas, ejemplos prácticos y frases contundentes para poder convencer a mis enfermos de manera óptima y con seguridad. De todos modos, en esos años se confirma la teoría famosa de que el diablo sabe más por viejo que por diablo. A veces, cuando acudo a urgencias a valorar un enfermo que se le resiste a un pobre residente —médico con título que ejerce mientras se forma a lo largo de cuatro o cinco años—, veo las caras de estupefacción por lo «fácil» que me resulta llegar a convencer a un paciente. Y eso solo lo dan los galones, la experiencia y, claro que sí, las canas (ventaja clara de pasar al club de los obsolescentes...).

Pues bien, un compañero mío (el doctor Jordà) me explicaba las batallitas que vivían los pacientes reumáticos antes de la era de la cortisona y, sobre todo, de los fármacos de última generación. A esos enfermos con dolores severos de codo que no podían acceder a prótesis de codo, para quitarles el dolor, se les ofrecía una cirugía piadosa de confort que consistía en fijar —soldar o artrodesar— un codo en flexión y un codo en extensión. ¿Eso por qué? Pues porque el codo y el hombro solo sirven para dos cosas:

1. Llevarse la comida a la boca.
2. Higiene íntima (limpiarse el culo).

Con el codo en flexión se aseguraba que el pobre paciente reumático se alimentara y se pudiese limpiar la cara.

Con el codo en extensión se aseguraba que el paciente era autosuficiente en un acto tan íntimo como la higiene personal.

Así que cuando atiendo a enfermos que padecen de tendinitis o que se han fracturado un hombro, mis tres preguntas habituales son:

1. ¿Duele siempre?
2. ¿No alcanza a la boca y se peina?
3. ¿No se puede asear usted solo?

Cuando se responde que sí a cualquiera de las tres preguntas (sería como la «santísima trinidad» del hombro...), se debe buscar alguna solución quirúrgica. ¿Has oído hablar de las prótesis de hombro? Puede ser la solución. Y si no duele, llegas a la boca y te aseas solo... podríamos decir que el resto ya no es importante.

Sé perfectamente que todos querríamos un estado perpetuo de salud óptima y sé que a nadie le

gusta los ejemplos que ahora describiré en pacientes con dolor de hombro:

- No poder cerrar el sujetador (para eso existen modelos que se pueden abrochar a la altura del esternón). También está el socorrido me lo abrocho delante y luego lo giro hasta colocarlo bien. ¡Atención: al cierre de este libro mi corsetera me ha comentado la última novedad en sujetadores! Los que se abrochan por delante (a la altura del esternón) sin las manos, con tan solo una insinuación de los senos a «fabricar el canalillo». Calculo que por imanes...
- No poder tender la ropa en el tendedero alto del balcón. (Solución: el tendedero SISI que se puede colocar dentro del hogar si eres proecológico; y la secadora si tu economía lo permite, vives en el Cantábrico o eres poco ecologista...).

No afirmo que debas soportar —como si fuese un castigo divino— tu dolor de hombro. Los traumatólogos que se dedican al hombro ofrecen siempre la mejor solución a tu problema.

A veces una infiltración puede aliviar ese círculo vicioso y bajar la inflamación local del tendón. Sería como un *reset* que permitiría volver a hacer vida normal.

Y puedes pensar: pues cada vez que me duela me infiltro el hombro y santas pascuas. Pero va a ser que no. Recuerdas que te comenté que llegué a infiltrar siete hombros en un mismo día, pues los motivos son estos:

1. Se trataba de infiltraciones tipo cóctel que mezclaban anestésico local, para quitar el dolor instantáneamente, y corticoide, para actuar durante un par de semanas sobre el lugar infiltrado, bajando la inflamación local.
2. No estaban hechas al tuntún.
3. Era en enfermos que se sabía respondían adecuadamente a las infiltraciones.
4. El número máximo al año sería de tres.

Los últimos estudios sobre las infiltraciones de hombro nos han dado una buena o mala noticia... Nunca sabes cómo tomártelo.

Parece ser que la infiltración con cortisona baja la inflamación y eso, a su vez, disminuye la posibilidad de reparación que tiene de por sí nuestro cuerpo.

No estoy diciendo que se deba aguantar en la vida y ya está. Pero a veces —solo a veces— lo que duele cura...

En otras ocasiones, cuando los tendones solo están inflamados sin rotura, se puede aumentar el paso de las cuerdas de la polea. Lo que te he explicado de las tejas picudas. Te aseguro que si aumentas el paso de la zona, los tendones y el hombro se alivian. Y el paciente mejorará mucho.

Si los tendones están ya parcialmente rotos o rotos de manera completa, la cirugía pasa a ser más agresiva y la recuperación más dura e intensa. Esto incluirá rehabilitación diaria un mínimo de un par de meses.

Y, al final del camino, cuando ya se probó todo y se comprobó que todo está perdido, será cuando llegue el momento protésico. Cuando tratemos la rodilla entenderás un poco más qué significa todo ello.

Pero, verás, a esos enfermos cuyas radiografías le dan a uno ganas de llorar al ver el grado de destrucción masiva articular, les volveremos a preguntar la misma «santísima trinidad»:

1. ¿Duele siempre?
2. ¿Se alcanza la boca y se peina?
3. ¿Se puede asear usted solo?

Si el paciente tiene dolor continuo, no se puede asear y no puede comer con esa mano, será el momento de una cirugía de prótesis. Nunca antes.

Y te pondré el ejemplo completo de una paciente que controlo desde hace años con un hombro para «tirar a la basura» y que se puede tomar una caja de paracetamol en todo el año, cuida de dos nietos y va a clases de yoga y pilâtes. Mientras me cuenta su día a día y me responde a lo que pregunto, la felicidad de mi rostro va en aumento. Y entonces ella me suelta:

—¿Qué hacemos, María Eugènia? (me conoce de cuando yo no tenía más de un metro de altura... ¡Ni Miranda, ni doctora Miranda, ni porras! María Eugènia, como me llaman en mi pueblo).

—Nada —digo, sonriendo.

—¿No estoy para operar?

—No. Te doy otro año de prórroga.

Y nos despedimos con dos besos hasta la siguiente visita. Porque en eso consiste ser médico. En visitar enfermos y comprender sus necesidades y atendérselas. No sirve de nada operar radiografías. Esa es la clave.

EL TÚNEL CARIANO. CONFESIÓN DEL TENDÓN: SÍ, A VECES APRIETO AL NERVIIO...

La estructura de la mano es tan exquisita, con tanto tendón para cada dedo, que obliga necesariamente a tener los músculos que mueven la mano fuera de ella. Esos músculos se encuentran en el antebrazo y, mediante los tendones —que funcionan como cables—, llegan hasta los dedos para hacerlos funcionar.

(Recordad la mano de Terminator, unos cables salían de la mitad del antebrazo. Exactamente así es nuestra anatomía).

Esos tendones tienen unas fundas tendinosas transparentes como la piel de una cebolla. Entre la piel de cebolla —peritendón— y el tendón a veces existen pequeñas cantidades de líquido que ayuda a lubricar esos tendones para que discurran más rápidamente por esas «autopistas» o caminos habituales de paso.

Pero, con tanto cable, con tanto tendón para los dedos, tuvimos un pequeño error de diseño. Si se hubiesen trazado unas autopistas para tendones y otras para nervios, eso no ocurriría. Claro que esto que yo estoy verbalizando en voz alta tiene un pequeño inconveniente. Si la autopista que lleva a los nervios se atasca... toda la mano se queda sin nervios. Y en vez de pata palo sería mano palo. O sea que, aun con un error de diseño, eso está hecho «queriendo» para evitar que en caso de herida profunda, de corte, de fractura de una parte del antebrazo se pierdan todos los nervios de la mano.

Pues bien... con todo lo dicho sobre diseño 3D de anatomía humana, en vez de comentar que a

un iluminado se le ocurrió meter en el mismo lugar donde pasan los tendones flexores al pobre nervio mediano, diremos que fue el mejor estudio presentado y aprobado para evitar males mayores ante ese problema logístico.

El nervio ese, el mediano, da el tacto y la fuerza a la mitad de la mano.

¿Qué ocurre en gente que trabaja mucho con las manos? Por ejemplo, empleadas del hogar, electricistas, fontaneros, albañiles. Que cuando sus tendones entran en modo ITIS —o sea tendinitis—, el que pierde SIEMPRE, siempre, siempre es el nervio. Y eso desencadena el famosísimo túnel carpiano.

¿Quién más puede tener túnel carpiano y tú no tenías ni idea?

1. Las embarazadas. Por cambios hormonales, por la famosísima «retención de líquidos», aunque algunas se pasen todo el embarazo devorando toneladas de pan con plátanos y azúcar. Sí, le continuaremos llamando retención de agua.
2. Pacientes con insuficiencia renal. Muchos de ellos en fase hemodiálisis. Y estos sí que sí retienen líquidos. Verdad verdadera.
3. Traumatólogos que pueden retener o no agua o donuts, pero seguro, seguro que atornillan y destornillan como un fontanero, ebanista o un electricista más.

UN FINDE DE LIBRANZA Y UN FINDE ESTUDIANDO ANATOMÍA.

¿Qué es lo bueno de conocer la anatomía humana? En mi caso, ser traumatóloga... que cuando tienes alguna parálisis o irritación nerviosa corporal vas y aprovechas para repasar la anatomía humana en primera persona.

No hay nada más placentero para todo hijo de vecino si trabajas los fines de semana que saber que es viernes noche y ese finde libras. Hasta aquí todo bien, ¿verdad? Entonces, cuando llevas descansando un poco más de lo normal (yo, los días laborables, a las seis de la mañana ya estoy en pie), cuando decides que el placer más hondo que hay un sábado por la mañana es hacer la croqueta —dar media vuelta en la cama— y decir: «Un ratito más...», ¡y chaaas! Tu magnífico túnel carpiano hace acto de presencia y te dice: «¡Mirandaaaa, hoy ya no dormirás más!».

¿Cuáles son los síntomas del túnel carpiano?

Espera, Miranda, antes de explicarme los síntomas del túnel carpiano... aún estoy pensando por qué ocurre eso los días festivos y no los laborables...

¡Ajá! ¡El gusanito te ha pillado!

No he buscado ningún estudio científico que hable de ello, pero sí usaremos la materia gris que se supone que hay debajo de mi pelazo rubio (¡Soniaaaa, gracias!).

¿Verdad que cuando duermes tus horitas en días laborables —vamos a prorratar entre seis y siete y media— no te da tiempo a levantarte con los párpados como botijos? ¿Y a que los fines de semana sí lo consigues? Pues eso sucede con los tendones inflamaditos en los antebrazos; los días laborables no tienen tiempo material para hincharse, pero el finde se toman la revancha porque hay más tiempo para apretar al pobre nervio mediano, que está descansando de la dura semana de quirófano...

AHORASÍ. SÍNTOMAS DEL TÚNEL CARPIANO

1. Entumecimiento de dedos. ¿Cuáles? Solo unos pocos son los elegidos (dedos).

Este es, habitualmente, mi primer intercambio de síntomas con el paciente:

—Se me duerme la mano.

—Me puede indicar qué parte. Señálela.

—Toooda la mano.

Y en función de la contundencia con la que se explica el paciente, a veces, solo a veces, ocurre esto... (¡Eso que me cuenta no puede ser! ¡Tenemos tres cables —tres nervios— que llevan luz a la mano!).

—Perdón, pero toda la mano no.

—Sí, toda la mano.

—A ver, me explica si se le duerme la mano por la palma o por el dorso.

—Creo que por la palma.

Eso ya es media mano... (Miranda en modo irónico).

—¿Todos los dedos?

—Sí, espere. Mejor se me duermen los dedos pulgar, índice y corazón.

Existen todas las variantes que uno quiera de este momento de la entrevista médica. Incluso existe el grado de cabezonería extrema de decir una vez y otra que es toooda la mano. A estos pacientes los mando para casa y les pongo tareas escolares. Cuando el dolor o el entumecimiento le vuelvan a despertar por la noche se explorará usted mismo la sensibilidad de la mano. Dedo por dedo, zona por zona, para averiguar exactamente qué partes están más dormidas y qué partes menos.

El adormecimiento de los dedos de la mano —que no toooda— es típico en los dedos pulgar, índice y corazón por la zona de la palma. Nada más.

2. Dolor en esos tres mismos dedos.

Además te diré que ese síntoma tan desagradable que se confunde y transforma en dolor siempre ocurre por la noche, en el momento de descanso.

3. Pérdida de fuerza.

Muchos enfermos me dicen que tienen un «abono» en Ikea para cambiar la vajilla y los vasos, pues rompen mucho ajuar al mes...

4. En casos muy severos, ante los golpecitos del médico que explora la mano, puede aparecer la señal de corriente eléctrica que circula por los dedos afectados. Eso siempre es una señal de gravedad del atrapamiento. (Signo de Tinel positivo, o sea calambrito tras golpecito).

¿CÓMO PUEDO MEJORAR MI TÚNEL CARPIANO SIN CIRUGÍA?

Eso, eso, explícale eso, Miranda, a una paciente que trabaje diez horas al día limpiando casas. Dile que debe descansar y que no tiene que forzar tanto sus tendones flexores del antebrazo... Y ella te dirá que sus antebrazos tiran de su precaria economía doméstica y que con ello viven ella,

sus dos hijos (con todo lo que precisan...) y además alimenta a ese fantasma llamado hipoteca.

Ya puedes hacer broma y sacarle hierro al asunto. Pero ella deberá continuar limpiando baldosas, repasando paredes acristaladas y sacando brillo al parqué de familias más adineradas. De esas que pueden pagarse una asistenta para que realice el trabajo más duro de un hogar...

Una vez que sabemos que *el punto más importante para mejorar un túnel carpiano es el reposo*, intentaremos otras estrategias:

- Estiramientos de los flexores (fisioterapia para desinflamar estructuras). Realmente los estiramientos para compensar los tendones inflamados ayudan a drenar (vaciar) los peritendones de líquido (esa capa transparente como de cebolla).
- Antiinflamatorios de modo concreto. Este tema da para un capítulo y lo podrás leer más adelante.
- Uso de férulas nocturnas para mantener las muñecas en buena posición. Férula = muñequera larga con varillas metálicas que mantiene la articulación de la muñeca de manera óptima. Especialmente útil en pacientes que duermen con flexión de dedos, muñecas y codos doblados.
- Consumo de las vitaminas del grupo B.

ELECTROMIOGRAMA: NERVIIO MEDIANO. A MÍ PLÍN, NO ME PIENSO OPERAR.

Pues, aun con un electromiograma de nervio apretado, no me da la gana operarme.

¿Seguro? Ahora te voy a dar un motivo para operarte.

Sé que quizá tuviste una época muy mala con dolor nocturno diario, que no podías descansar, que se te caían las cosas de las manos. Pero eso ya pasó. Y ya no te duele. Si estás en esa fase, *debes leer con más atención lo que te explicaré ahora.*

Mi compañera de fatigas en consultas —María— ya se sabe lo que voy a contar y participa activamente de mi teatro diario cuando paso consulta. Cuando ella no está y tengo algún estudiante de medicina o residente de familia conmigo, la primera vez que me ven actuar alucinan pepinillos. Luego sí, eso ya se les pasa.

Tu nervio mediano es como María, que está aquí al lado. Si yo la cojo por el cuello un momento y la intento asfixiar (y entonces yo la agarro suavemente por el cuello y María hace una mueca inmediatamente), ella se defenderá con uñas y dientes. Cuando ya hace un buen rato que la ahogo y ella ya no tiene siquiera fuerza para defenderse, es cuando es más preciso que la suelte si no quiero que muera o que su cerebro tenga lesiones por asfixia.

Pues tu nervio mediano, mientras estaba «poco atrapado», se quejaba horrores. Y ahora que está francamente ahogado ya no tiene fuerzas para quejarse. Está pasado y es cuando más necesita la operación.

¿Sabes la cara que se te queda cuando operas un nervio mediano y lo ves «medio seco»? Ejemplo práctico, un tallarín grueso hervido es del tamaño de un nervio mediano habitual. En casos severos puedes observar el efecto reloj de arena con una cinturita que te dan ganas de llorar. Otras, un cambio de color a rojo vino. Cuando eso ocurre, has hecho bien en operar pero no sabes

si el cerebro de María —perdón—, la velocidad de conducción nerviosa se recuperará para siempre porque puede que ya sea tarde.

¡Y sin orden ni concierto —esta Miranda está loca—, ahora el codo!

EL CODO, EL TENISTA, EL GOLFISTA Y LA FREGONA MALDITA.

(Nota: tenía un título con más gancho pero me he autocensurado. Era un adjetivo que empieza por p... e iba de la mano de la fregona...).

Pues, mira, ya sé que primero va el hombro y luego, bajando, el codo y finalmente la muñeca. Pero el ejemplo de los tendones y la mano de Terminator me sirve también para el codo. En el codo se enganchan los músculos que ayudan a mover los dedos de la mano y muñeca y los pocos que sirven para flexionar y doblar el codo.

Así que, como ya tenemos fresca la imagen de la prótesis de Terminator, me ha parecido lógico esto tan ilógico.

Como ilógico fue en su momento llamar a la epicondilitis codo de tenista y a la epitrocleitis codo de golfista.

Glamur mucho, pero realidad ninguna. Porque por más que nos pese a todos, los que padecen de epicondilitis y epitrocleitis lo único que ven de cerca son mochos, bayetas, mangueras y martillos. Trabajadores manuales que dignamente se ganan el sueldo con el sudor de su frente y el dolor de sus brazos. Nada de Roland Garros, *grand slam* ni raquetas de carbono.

Y mira por dónde que acaba apareciendo nuevamente la princesa Letizia, porque si tú, Pepita, tuvieses el trabajo de la princesa Letizia, este dolor que tienes en el codo no existiría... Y no me refiero a un pensamiento republicano, sino más bien a un personaje popular que es altamente conocido en España. Podría nombrar a la señorita Kim Kardashian, pero algunas señoras mayores no saben de ella y más vale un «producto local», como dicen algunos, «kilómetro cero».

LA ARTROSIS DEL PULGAR (RIZARTROSIS): EL TORMENTO A CADA GESTO.

No sé si tienes las manos aseguradas —yo sí— o si trabajas para una mutua de accidentes... En mi caso y si trabajas para una mutua, ya sabes la respuesta a la siguiente pregunta. Pero... ¿sabes cuál es el dedo por el que más pagan —los seguros— en caso de amputación? El pulgar. Si lo pierdes te pagan prácticamente el total de lo que tengas contratado en la póliza asegurada.

¿Has probado alguna vez a agarrar un vaso lleno de agua sin usar el dedo pulgar?

¿Recuerdas la canción de Amaral? «Sin ti no soy nada». Estoy convencida de que es una canción dedicada a un dedo pulgar. (Nada de desamores). Ya no se lleva padecer tanto *soul* por alguien. (Ironía modo *ori*).

El dedo pulgar de nuestras manos se opone a los cuatro dedos restantes. (Para de leer y comprueba en la intimidad que el pulgar puede oponerse a índice, corazón, anular y meñique).

Los primates tienen también el lujo asiático de tener oponente —dedo pulgar— en los pies.

Por eso pueden hacer esas piruetas y perrerías de rama en rama.

¿Quién puede padecer de artrosis de pulgar o rizartrrosis? Afecta mayoritariamente a público femenino (las hormonas y la hiperlaxitud tienen mucho que ver) y a quien trabajó o trabaja mucho con sus manos. Algo típico de carniceras, modistas, charcuteras, matronas, enfermeras y, cómo no, cirujanas.

El uso persistente de tijeras agudiza ese dolor.

Cada vez que veo a la señora —Griselda— que me vende los pollos deshuesados y me fijo en cómo usa las tijeras, no puedo dejar de pensar en sus pulgares...

El pulgar pasa a doler en cada movimiento. ¿Puedes imaginar qué significa eso?

¿Crees que eres una de las afortunadas con esa artrosis? Existe una maniobra muy fácil para saber si padeces de artrosis del pulgar.

Apoya toda la palma de la mano encima de una superficie lisa —mesa— y comprueba si toda la palma apoya en la mesa o por el contrario entre el pulgar y el meñique a nivel de la muñeca existe un espacio que no lo hace.

Cómo tratar ese tipo de artrosis.

Se pueden usar férulas que fijan el dedo pulgar con la muñeca. En ese caso, la articulación queda fija. Son el resto de los dedos los que se acercan al pulgar.

Algo parecido al «Si Mahoma no va a la montaña, la montaña va a Mahoma».

La rehabilitación y la fisioterapia.

Funcionan de cine los baños de parafina para ayudar a desinflamar la zona, pero eso es solo momentáneo. La artrosis del pulgar continuará avanzando mientras vivas.

En caso de inflamación muy severa, se podría tomar de forma puntual un antiinflamatorio, aunque yo te diría que abusarías del hielo... De todos modos, deberías saber que la artrosis puede empeorar con el frío y quizá se beneficie más de un calor suave y seco.

Terapia ocupacional. Los fisioterapeutas pueden especializarse en intentar adaptar el entorno al paciente enfermo. Existen múltiples artilugios inventados para repartir la fuerza en la mano y evitar aumentar el dolor de la articulación del pulgar. Te puedes dar la vuelta por cualquier ortopedia de tamaño considerable o cualquier franquicia que tengan de todo para la tercera edad.

En casos de desesperación, cuando el enfermo ya no sabe qué hacer, se puede realizar algún tipo de cirugía paliativa. Existen numerosas técnicas quirúrgicas descritas para intentar paliar el dolor de la rizartrrosis.

¿Sabes qué ocurre en medicina cuando existen muchas técnicas descritas para una misma enfermedad? Pues que ninguna funciona bien al cien por cien.

¿Cuántos tipos de operación conoces para la apendicitis? ¡Sí, ya sé que no eres cirujano!, pero solo existe una. Sacar el apéndice inflamado. Y si se hace bien, se curan el cien por cien de los enfermos.

Pues en cirugía de rizartrrosis existen diferentes tipos de técnicas porque todos tienen pros y contras:

- Retirar medio hueso artrósico.
- Retirar todo el hueso artrósico.
- Incluso, si me apuras... colocar una prótesis para sustituir el hueso artrósico.

LA CIRUGÍA ORTOPÉDICA, EL FRACASO DE LA MEDICINA.

Un jefe mío, el doctor Manel Romani, siempre decía que la ortopedia era el fracaso de la medicina. Yo, por aquel entonces, era una flamante traumatóloga con un título de especialista recién estrenado. Con mi poca experiencia, no entendía cómo aquel señor, que era un compendio de sabiduría y reflexión, hablaba de ese modo...

Él me decía que, si tan buena fuese la medicina, ante una fractura daríamos una pastillita y el enfermo se curaría sin pasar por el quirófano. Los problemas de espalda, los problemas de desgaste articular o todo lo imaginable por traumatología se solucionaría con un jarabe o una inyección.

Manel decía; «Nosotros, los cirujanos, los traumas, somos el fracaso de la medicina».

Ahora que han pasado más de quince años de aquella primera charla, lo comprendo mucho más...

Solo un pequeño ejemplo.

Operamos rodillas de enfermos obesos que no tienen ni la más mínima gana de cambiar una actitud vital. Colocamos prótesis en enfermos que vivirán con enfermedad (obesidad, enfermedad diabética, hipertensión y colesterol) sin realizar ejercicio (de poco les servirá la prótesis) y postergando la falta de salud. Y, dentro de unos años, a esos mismos enfermos les operaremos con cirugías muy agresivas, recambios de otras prótesis que tampoco les beneficiarán...

ATENCIÓN. ¿Te has dado ya cuenta de que no pierdo ocasión para recordarte una y mil veces la necesidad de soltar lastre?

Y hasta aquí el capítulo extremidad superior.

Pero cuando creía que había acabado, le dejé leer el capítulo a mi gran amiga y *coach* literaria Lola, y me preguntó: «¿Y no hablarás del dedo en resorte o gatillo?».

Así pues, dedicado a mi *coach* literaria Lola:

DEDO EN RESORTE O GATILLO (DEDICADO A LOLA, A QUIEN TAMBIÉN SE LE ENGANCHA).

Mi primera vez...

La primera vez que vi un dedo en resorte (completamente engatillado) hacía un par de semanas que había aterrizado en el hospital Joan XXIII. Este centro hospitalario fue el lugar donde me formé —durante cinco años— como traumatólogo. Algo parecido a la mili, pero mucho más bestia y largo. Donde esas amistades labradas pueden cambiar futuros caminos y entrecruzar vidas como por arte de magia para el resto de tu existencia. Así fue para mí y mis compañeros de residencia.

Trabajar duramente no define del todo qué significa la residencia. Trabajar hasta la extenuación lo puede empezar a perfilar. Y dejar de ser persona por un déficit crónico de sueño y otras alteraciones de biorritmos puede acercarse al sufrimiento que conlleva la dura formación que supone toda especialidad quirúrgica. Ese «fantástico» espacio de tiempo solo dura, en el caso de traumatología, la friolera de cinco añitos de nada.

Mi llegada al servicio de traumatología no fue delicada ni paulatina. Te «soltaban» en urgencias así de sopetón. Y aprendías a base de «collejas» —por no soltar palabrotas a la primera de cambio—, revisiones exprés por parte de adjuntos y horas de estudio que quitabas a tu propio sueño.

Durante mi primer medio año de residencia, realicé unas nueve o diez guardias mensuales, cosa que significaba turnos de unas treinta y seis horitas de nada, unos diez días. El resto de días laborables del mes «solo» trabajaba de ocho a tres o más en urgencias. Vivía en urgencias *ad aeternum*.

Batallitas, no gracias. Aliño, quizás.

Oír a mis adjuntos mayores explicar batallitas siempre fue interesante y cautivador. Esas historias de pacientes complicados, esas historias sorprendentes también han sido la manera cómoda de intentar pasar mi legado de enfermos a mis compañeros —residentes en formación— y a partir de hoy a ti.

De todos modos, no quiero que esto sea un compendio de batallitas médicas que solo interesan a médicos y sanitarios. No.

Procuraré que mis experiencias personales sean el aliño perfecto a una ensalada monótona.

Y hablando de aliño, ¿conoces la salsa alioli? El alioli es una emulsión de ajo y aceite. Si somos puristas y clásicos, no incluye nada más. En nuestra historia familiar existe una receta secreta que diré que incluye yema de huevo y algo más...

El modo clásico de emulsionar esos dos productos es —mortero en mano— maza de madera y vaivén rítmico durante varios minutos con una cadencia perfecta de aceite de oliva virgen. Cuando la emulsión empieza a cuajar, el ruido —crepitante— que realiza te pide un chorrillo más de aceite. Todo eso sin dejar de menear con un buen *tempo* la maza. Peligros de una serie de pasos inadecuados:

Demasiado aceite de golpe.

Cambios de ritmo: demasiado rápido, demasiado lento, ritmos irregulares.

Dan siempre el mismo resultado: emulsión fallida. Alioli.

En las comidas familiares, en las pandillas de amigos, siempre existe un voluntario que tiene la tasa más baja de aliolis fallidos. Ese personaje es designado maestro aliolero por el resto. En mi familia y pandilla de amigos esa persona *c'est moi*.

Ser el «maestro aliolero» no te hace inmortal, y te aseguro que, el día que mejor quieres quedar con tu familia, los astros se conjuran para que puedas hacer dos y tres intentos fallidos y vuelvas al mundo de los mortales a los que sistemáticamente el alioli se les da fatal.

Y la doctora Miranda se ha vuelto a enrollar como las persianas y ahora se jacta de saber realizar un buen alioli.

Pues, como te decía, un día, a las dos semanas de llegar al hospital, acude una compañera ginecóloga, Blanca se llama (me conocía del rotatorio), con su papá.

Aún recuerdo con horror mi propio cerebro intentando averiguar qué narices le pasaba a ese

dedo que estaba completamente atorado y al que, si se le ordenaba extender, saltaba de golpe.

¿Qué le iba yo a decir a mi compañera ginecóloga del dedo de su padre? Si yo no tenía ni remota idea de lo que era aquello.

Y Blanca me apuntó: «Tiene pinta de un dedo en gatillo, de un dedo en resorte. ¿No crees?». La miré y supongo que con mi cara tuvo bastante. Yo no tenía ni idea.

¿Y por qué mi cerebro ha asociado el alioli a la escena del padre de Blanca? Fácil, todo ello le ocurrió a su papá después de una elaboración casera de alioli.

Así que, cada vez que alguien me llega asustado y angustiado explicando que algo extraño le ocurre a su dedo, sonrío y me acuerdo de ese día. Y del asombro extremo de ver ese dedo y no tener ni idea de lo que estaba ocurriendo.

¿Qué es exactamente un dedo en resorte?

Quiero que te imagines un violín. ¿Ahora viene el símil anatómico-musical? Efectivamente.

Los músculos del antebrazo de Terminator nacen en la molleja que tenemos a nivel de la flexura del codo. Te dejo un segundito para que la pellizques y la localices.

¿Estamos? Tienes la molleja flexora (esa que está en la parte de la flexura), la que ayuda a doblar los dedos. Y luego estaría la musculatura extensora (esta se encuentra en el lado contrario).

Esa musculatura a ambos lados del antebrazo sería el cuerpo del violín.

Ahora intenta imaginar los dedos como la punta del mástil del violín. Los tendones que «circulan» desde la punta de los dedos hasta la masa muscular (también llamada molleja).

Si consideramos los tendones como las cuerdas del violín, ¿cómo hacen esas cuerdas para que cuando se tensan no se «levanten»? Pues con unos anclajes (médicamente llamados poleas), unos puntos fijos que redirigen los tendones por su camino anatómico.

Si los tendones empiezan a friccionar entre ellos y se inflaman las fundas (capas de cebolla), llega un momento que no trascurren suficientemente ágiles por esos anclajes.

Y entonces, ¡tachán! aparece el dedo en resorte.

Si no entendiste el símil del tendón —puede ser... a veces no soy suficientemente gráfica—, te pongo otro ejemplo.

Supongamos un cuerpo perfecto y las mágicas medidas de 90/60/90 (eso no se lo cree ni Dios). Un cinturón bonito para una niña bonita. Algo ornamental para alguien a la que nunca se le caen los pantalones.

Un día, ese cuerpo perfecto empieza a devorar como si no hubiera mañana. (Aquí añade el motivo que más le apetezca: crisis sentimental, *mobbing*, embarazo, suscripción a Netflix), y esa cintura de sesenta empieza a aumentar.

Cuando el tamaño de la cintura sea considerable, ese cinturón que se deslizaba suavemente por el contorno de la cintura empezará a atorarse al sentarse o caminar. Esas marcas cutáneas, esas rojeces también las experimenta el pobre tendón al no discurrir con toda la libertad posible por su «camino habitual».

¿Cómo lo arreglamos?

La traumatología es muy de Perogrullo. Pero, claro está, muchísimas veces no queremos oír lo típico y tópico. Así que además de soltarte el discursito de:

- Baja el ritmo de tus tendones.
- Coge vacaciones.
- Aprende a estirar los tendones flexores.
- Ponte hielo en las zonas de anclaje (poleas) y bla, bla, bla.

Se puede hacer igualmente:

- Realizar de modo puntual infiltraciones de anestesia y cortisona.
- En los casos muy avanzados y resistentes, voy yo con el bisturí y abro ese cinturón que se clava en la pobre cinturita de la persona anteriormente delgada.

Se trata de una cirugía altamente agradecida. Aunque existe un pero..., algo que tiene que ver con la simpatía de los tendones —explicado dos párrafos más abajo—. Tengo pacientes a los que les he operado los diez dedos de la mano en diferentes momentos. De dos en dos, de tres en tres. Pacientes que nos hemos tuteado y que nos hemos despedido cuando ya no quedaba nada más para operar.

¿Que no sabes qué puede provocar un dedo en gatillo? Existe un punto que muy posiblemente desconoces, muy relacionado con los dedos en resorte y al que le he dedicado un *post* entero en mi blog.

Pistas:

Pista 1. Los niños no deben llevar. ¡Queremos accidentes infantiles cero!

Pista 2. Objeto ornamental infinito. Es muy bonito cuando te lo «venden» así.

Pista 3. Los de acero los carga el diablo.

Pista 4. Cuando te divorcias no sabes si fundirlo, venderlo o pegarte una mariscada a costa de tu exmarido.

Exacto; ¡los anillos!

Llevar anillos no adecuados al tamaño de los dedos puede provocar dedos en resorte. Es fácil de entender. Si los tendones que discurren por ese dedo se irritan, esos, a su vez, circulan por unas «autopistas» de tendones que van a cada uno de los dedos. Esa inflamación se trasmite y se puede padecer en un dedo donde no se lleve un anillo.

Yo lo bautizaría como dedo en resorte por simpatía. Simpatía a un anillo. Y ahí lo voy a dejar.

Más sobre los anillos (*P.D.*: ya los tenía manía antes de divorciarme. Palabra de Miranda Trauma):

Punto 1. Está muy bien estar felizmente casado durante décadas. Te aseguro que observo muchos matrimonios en mis consultas a los que veo profundamente enamorados. Y te confesaré que les envidio, palabra. Los anillos que llevan en sus dedos, unos dedos que años ha fueron huesudos y ahora se aproximan a los de un cuadro de Botero... o bien se trata de dedos deformados por el paso de los años (otra vez la obsolescencia maldita) o enfermedades como el reuma.

Mi abuela Remei solo se podía enfundar su alianza de boda en el dedo meñique de su mano izquierda...

Observar esos dedos o bien regordetes o bien deformados con unos anillos «incrustados» me lleva a realizar sistemáticamente una pregunta malvada: ¿y usted aún cabe en el vestido de novia / traje de novio del día que se casó? Y esos pacientes se sorprenden ante esa pregunta y, tras una sonora carcajada con guasa, me contestan que hace mucho que ya no... Pues si la respuesta es que ya no le cabe, haga usted el favor de engrandecer el anillo lo que sea preciso. Evitaremos males mayores.

Punto 2. Trabajador manual.

Me paso los días explicando a los cuatro vientos que nunca se deben llevar alianzas mientras se trabaja si eres un trabajador manual.

Te explicaré una anécdota que me ocurrió poco después de mi divorcio.

Se me estropeó el mismo mes de enero de 2014; caldera, coche, aspiradora, cortinas, lavadora y secadora (esta última cuarenta y ocho horas después de la primera).

La casa comercial de los electrodomésticos —empieza por S y patrocinó hace años el Real Madrid— me dijo que mandaría al técnico dos veces durante dos días espaciados, pues no se contemplaba que el técnico reparara dos electrodomésticos cuando solo había sido llamado para uno. Algo terriblemente útil, lógico y aplastante. (Ironía modo *on*).

Así que tuve que pagar dos desplazamientos del mismo técnico para evaluar dos electrodomésticos S.

Dos visitas al mismo domicilio en cuarenta y ocho horas dan para mucho. El muchacho descubrió fascinado que las niñas de tres años saben lo que es una llave Alien, siempre y cuando los Reyes Magos las regalen y las mamás traumatólogas les enseñen a usarlas.

A cambio, yo le expliqué que para trabajar reparando lavadoras y otros objetos pesados no usara las alianzas que llevaba en sus dedos. Años después le visité, continuaba usando anillos en horas de trabajo...

Alguien me dijo tiempo después que quizá yo era un foco de energía negativa. Me negué en rotundo a pensar en eso.

Mi hipótesis era otra: todos los electrodomésticos comprados anteriormente decidieron estropearse exactamente diez años después de adquirirlos. Más obsolescencia programada. Y nunca mejor dicho.

Punto 3. Anillos de acero: NUNCA.

Si me dieran todo el oro de todos los anillos que he cortado a lo largo de mi vida profesional, podría dar la vuelta al mundo como mínimo un par de veces.

Pero en las pocas ocasiones en las que me he puesto realmente nerviosa ha sido cuando en una misma frase retumbaban en mi móvil de guardia las palabras: anillo y... ACERO.

Las situaciones vividas con dedos, anillos de acero y pacientes han sido tan rocambolescas que unas veces acabaron en quirófano, otras llamamos a los bomberos y otras digamos que eran sacadas de películas de terror *gore*. (Hace unos pocos meses la cosa se arregló, pues se compró

un cortafríos especial para cortar anillos de acero).

Como decía el replicante en *Bkde Runner* en la escena final cuando se planteaba su existencia como robot: he visto cosas que nunca imaginarías.

Las fotos de esos dedos traumáticos, de esas lesiones y las consecuencias de caídas fortuitas, de verjas mal situadas o heridas impensables son mucho más desagradables de lo que necesitas saber y mucho menos ver o padecer.

Hazme el favor: anillos de acero, no. Anillos tamaño adecuado, siempre, ¿de acuerdo? Anillos trabajando, nunca. Si te consigo convencer, solo con eso, amiga mía, me sentiré ampliamente halagada. Gracias miles.

LA FRACTURA DE MUÑECA. COLLES Y DEMÁS FRACTURAS

Y aquí, en medio de la nada, cuando ya creías que se había terminado la extremidad superior, ¡chás!, la fractura de muñeca. El temido Colles por las mujeres obsolescentes...

¿Qué pinta esto aquí en medio? Pues imagina que como complemento de tu fabuloso vestido tengas que elegir qué pulseras le aportan o qué reloj catapulta tu *outfit* para ser memorable el resto de tu vida o si chirría y desentona (como mi reloj rosa fucsia de silicona, que me lo pongo con todo, incluso con los vestidos más femeninos). En el fondo no sabía dónde meterlo... Y como se trata de la muñeca, pues aunque sea por aproximación geográfica, amiga mía, lo he metido aquí.

Existen distintas maneras de romperse la muñeca:

- Cuando ese día decidiste tirarte al suelo a por ese billete de quinientos euros y calculaste mal...
- Cuando saltabas en tirolina desde un puente sobre el Amazonas y te pasaste de frenada.
- Cuando bajabas una pista negra al lado del Mont Blanc y tu fijación del esquí te hizo una mala pasada...

Son tres modos mucho más novelescos y menos reales de romperse el radio —*oséase* la muñeca—, eso no me lo negarás.

En cambio, tú, que sí que te has roto el radio, siempre tienes una historia más mundana, un resbalón, un traspies, un perro que se ha cruzado entre tus piernas, una bicicleta, etc.

Aunque creo que me gustaría que mis pacientes me mintieran y me soltaran lo del Mont Blanc (más a lo James Bond, más peliculero). Pero... siempre escucho el mismo lamento: FUE UNA CAÍDA TONTA... Siempre es una caída tonta. Aún no he atendido a alguien que me haya explicado que hubiese caído listamente... (Ironía modo *on*).

Cuando las atiendo recién caídas un día de lluvia (con sus aerodinámicas zapatillas desbocadas o sus zapatillas a modo de chancleta) y me explican su tonto resbalón, su tonta caída —aunque olvido sus lamentos—, escucho con atención todo lo ocurrido. No por morbo (te lo aseguro), sino para comprender mejor el trazo de fractura de ese hueso roto.

Saber si había altura, si existía velocidad (por ejemplo, tras usar el patinete eléctrico, ese objeto infernal que las tías y abuelas deciden estrenar el día de Reyes y luego prefieren obviar al

llegar a urgencias... pues se mueren de vergüenza al admitir que se cayeron de ahí...).

Y así te rompes la muñeca. Imagina que aún no te la has roto. Puede que seas una suertuda y nunca te llegue el momento; pero, si sucede, te voy a dar cuatro consejos que debes guardar como oro en paño:

1. Retira inmediatamente todos los anillos que lleves en los dedos de la mano rota (más aún si está deformada).
2. Busca un periódico o una revista tipo *¡Hola!* o *Cuore* que te sirva de tablilla para acomodar tu muñeca rota al cuerpo.
3. No comas ni bebas NADA;
 - Cada vez que te ofrezcan agua declina la invitación o, como mucho, si estás incómoda, enjuágate la boca y escúpela.
 - Si te ofrecen caramelos, zumo y comida para el azúcar, recházalos. (La gente de la calle no tiene ni idea de primeros auxilios. Por estadística, te cruzarás antes con un inexperto que con alguien con titulación sanitaria...).
4. Ponte hielo al menos veinte minutitos mientras te diriges al hospital. Baja la hinchazón y disminuye el dolor.

Y si ya te rompiste la muñeca o simplemente sabes que es la fractura más frecuente en las mujeres de más de sesenta años... y quieres más información al respecto, yo hoy te lo cuento.

Una fractura de radio, también llamada fractura de Colles, en función de los *newtons* —fuerza con la que decidas tirarte glamurosamente al suelo—, puede ser desde una fractura sin desplazamiento hasta una horrorosa que precise cirugía.

Y eso significa que habrá un abanico de posibles tratamientos:

- *Yeso*. El hueso roto no se desplazó y con un yeso bien colocado evolucionará adecuadamente.
- *Hueso desplazado*. Precisaré de la recolocación (reducción) de los huesos en buena posición y un yeso.

El primer paso —recolocación de la fractura— lo realiza el médico especialista en urgencias o el médico traumatólogo. Y una vez finalizado el proceso necesita comprobación con radiografías.

Es cierto que las mujeres que han pasado por esa experiencia muchas veces relatan unas vivencias traumáticas con personajes masculinos forzudos que tiran con fuerza y sin compasión. Pero cada vez más la feminización de la medicina y de la traumatología ha suavizado este acto tan poco delicado.

Y mientras comento que debo corregir la posición de la fractura (queda más delicado que recolocar los huesos) se asustan. A veces recuerdan experiencias de vecinas, compañeras de peluquería o clientas de la frutería, y entonces las miro fijamente, les sonrío y les digo: «¿Usted se ha fijado en mí? Tranquila, ¡si soy una chica y no tengo fuerza!». Algunas enfermas empiezan a reír nerviosamente; otras, en cambio, intuyen que quizá no será como se lo habían contado.

Eso y la infiltración estratégica de la santa anestesia en el hueso fracturado hacen el resto.

- *Hueso muy desplazado.* (Dentro de la clasificación poco ortodoxa del doctor Buñuel, son las llamadas fracturas «muy jodidas»...). En este caso también se procederá a recolocar el hueso en mejor posición. Hay que realizar asimismo más radiografías y no se descarta la necesidad de TAC (escáneres) para acabar de comprender los «cachitos» óseos de cara a la cirugía.

Una vez estudiado el caso, en el quirófano se pueden necesitar agujas (especiales de acero inoxidable), placas (de acero o titanio) y tornillos (ídem) o fijadores externos.

Un fijador externo es un esqueleto externo —exoesqueleto— que mantiene los huesos rotos en buena posición. Y como es externo se ve, sobresale de la piel por medio de unos hierros de aluminio que, a modo de juguete TENTE o MECANO, hacen que ese brazo o pierna tenga forma humana.

Y sí, toda esa tornillería, *Blackanddeckers* y herramientas también las sabemos usar las chicas... Palabra de Miranda Trauma.

Y ya, para acabar el capítulo, solo decirte que un hueso roto no operado, una muñeca rota tratada con yeso precisan cuarenta días y cuarenta noches de tratamiento. Y como les digo yo a mis enfermos, ese es el tratamiento en Tarragona, en Madrid y en Nueva York.

Y mejor no empieces a hacer un regateo de los días de yeso, porque no se trata de una oferta del Carrefour sino de TU MUÑECA. Y en el fondo, en el fondo, en el fondo, solo debes querer que quede bien.

Y aun con esto que te cuento, si tienes un evento de alta envergadura: boda de tu hijo, bautizo de tu ahijado e incluso viaje del Imsero programado..., los médicos traumatólogos seremos todo oídos, con empatía nos pondremos en tu lugar. Y si es médicamente factible, se hará un tratamiento personalizado y viable de tu lesión. Ahí queda eso.

10

LUMBAGO, MAL DE MUCHOS, CONSUELO DE TONTOS

Desde que hemos empezado juntas este viaje, ya has decidido el escote de tu vestidazo y la forma de las mangas, llega el momento de decidir cómo vas a querer tu espalda. ¿Transparencias sugerentes? ¿Escote de vértigo? Y con eso suelto una frase magistral para definirlo que me encanta: ¡un escote tan profundo que llega hasta «donde la espalda pierde su casto nombre»! Aunque debes pensar en si a los lados tienes esos acúmulos de grasa llamados michelines.

El otro día estaba con mis sobrinos en la piscina. Isaac (mi único sobrino varón) se zampaba un helado entre baños y risas junto a sus cuatro primitas (es un santo). Hace un par de años estuvo enfermo y debía guardar reposo, casi no comía (pues no gastaba), y desde que se le «levantó» el arresto, corre, brinca, persigue el balón como un loco. Y ahora come como si no hubiera un mañana.

Pues bien, ahora tiene un «michelinito» de un «dedín» de grueso. Continúa siendo escuálido y pequeño de talla.

—Isaac, me encanta este bultito que tienes ahí —le solté.

Él me miró extrañado.

—Sí, este michelín —apunté—. ¿Sabes para qué sirve?

—No.

(Ni él ni sus primas lo sabían).

—Este michelín es la despensa que nos ayuda a cuidarnos cuando estamos enfermos. Cuando tienes fiebre y no comes, o cuando estás vomitando dos días. Ese michelinito es la despensa de la que vamos sacando alimento para no ponernos enfermos «de verdad». Nuestros ahorros.

Si decides un escote de vértigo, comprueba esos michelines traidores. Si no los posees, felicidades, pero acuérdate de caminar erguida siempre. A la que aflojes un poco tu torso erecto puedes parecer un shar pei (el perro más arrugado que existe).

Por cierto, en estos dos capítulos —lumbago y asiática (ciática)—, te comentaré que existe algún jugoso fragmento del tamaño del miembro viril. (¡Mirandaa, que estás en modo *spoiler!*).

Y sí, toca hablar del lumbago, y no, no es para ofender. Pero la inmensa mayoría de las personas padecen, han padecido o padecerán de lumbago a lo largo de su vida.

El problema de las estadísticas es que nunca estamos contentos del todo. Por un lado, pretendemos ganar la lotería primitiva y esperamos —ilusos— que con una posibilidad de 1/150186960 nos toque. Por otro lado, no nos conformaremos si tenemos 1/100 de mortalidad en una cirugía. Y tampoco saltaremos de alegría si tenemos 80/100 de padecer de lumbago.

Pero así es la vida. Queremos lo que no podemos conseguir y aborrecemos lo que nos toca vivir casi como un castigo divino.

El 80 por ciento de la población o, como dicen los dentistas, ocho de cada diez tendrá, como mínimo, un ataque de lumbago a lo largo de su vida. Yo mejoraría esta coletilla habitual en los anuncios de televisión: ocho de cada diez traumatólogos también padecerán de lumbalgia en su vida. ¿Acaso crees que los traumatólogos somos superhéroes? Imagina:

- Guardias de veinticuatro horas.
- Cirugías larguísimas de pie.
- Chalecos plomados (entre 4 y 8 kilos) durante muchas horas quirúrgicas.
- Posturas incómodas para colocar huesos y fracturas incorrectas.

¿Verdad que puedes imaginar que la aparición de lumbago forma parte también de nuestras vidas?

¿Cuáles serían los motivos para padecer de lumbago?

1. *La evolución humana.* Parece ser que fuimos diseñados para caminar a cuatro patas. El hecho de ir a dos patas provocó más estrés en zonas no preparadas anatómicamente para ello: la zona lumbar. Y con ello la aparición de lumbago.

Ejemplo tonto para que lo entiendas... Imagina una moto diseñada para circular a dos ruedas (hasta aquí todo bien, ¿verdad?). Imagina un raudo motorista que se empeña en circular todo el rato haciendo el caballito —a una rueda—; no es preciso ser ingeniero para darse cuenta de que en la mitad del chasis de la moto habrá unas fuerzas importantes (cizallamiento) que afectarán a la estructura de la moto. Eso exactamente es lo que ocurre con las fuerzas importantes que debe gestionar tu zona lumbar.

2. *El sedentarismo.* ¿Sabes? Estoy convencida de que tú también crees que correr arriba y abajo por el trabajo, los niños y los compromisos te transforman en una persona activa, o en una supermamá o superabuela. Pues no, no es así. Puedes hacer la prueba con todas las aplicaciones que existen para teléfonos móviles y relojes. Te aseguro que llegar a los diez mil pasos diarios se convierte casi en una hazaña y nunca o casi nunca se cumple con los diez mil, a no ser que haya una concienciación personal.
3. *La prolongación de nuestra vida.* No voy a repetir una vez más el concepto de obsolescencia, pero así es. Antes vivíamos unos cuarenta años y ahora a los cuarenta años pretendemos enfundarnos en unos vaqueros de Zara de la talla 42 y para ello vamos a clase de zumba y nos matamos en un gimnasio, y ni mucho menos vamos a reconocer que nuestra espalda nos mata. Antes lo mantendremos en secreto con la ayuda de San Espidifén.

La necesidad de mantenernos activos y realizar estiramientos periódicos es algo más importante que una simple recomendación.

Tengo compañeros traumatólogos que han hecho cursos de artroscopia en países donde la

medicina laboral y la prevención están más a la orden del día que aquí. Y me contaban que a cada hora exacta se paraban máquinas y se procedía sí o sí a la realización de unos ejercicios de estiramientos de manera general.

—Me sentía ridículo entre los demás profesionales a los que no conocía de nada —me confesaron algunos—. Pero por la noche debo decirte que no tenía esa sensación de pesadez habitual después de haberme pasado diez horas operando...

Será un ejemplo, pero es una brutal realidad.

Luego está el hecho de que las últimas guías de salud explican que ante un brutal ataque de lumbago lo único que debe hacerse es ESPERAR Y NADA MAS. Ni analgésicos ni relajantes musculares, nada. Ah, sí, también se habla de la posibilidad de realizar un poco de relajación y meditación...

Cuando lo leí la primera vez sonreí ampliamente. Pensé que si debía hacer ese tipo de medicina basada en la evidencia tendría que pasar visita en urgencias con un miembro de seguridad a mi lado.

Este podría ser un diálogo habitual en un servicio de urgencias. (Yo sería una de las protagonistas):

—Me duele mucho la espalda y estoy entumecida.

—Pues mire, señora, los últimos estudios dicen que no le debo prescribir ningún analgésico ni antiinflamatorio (porque se curará exactamente en el mismo tiempo).

—Mire, no sé si tiene o no razón, me duele tanto que no me puedo ni pelear con usted.

—Podría probar a relajarse con un poco de meditación.

—Mire, doctora, ya me está cabreando. Por lo menos hágame una radiografía para ver que no hay nada grave.

—Perdóneme usted (de nuevo), pero su ataque de lumbago tampoco tiene criterios para la realización de una radiografía^[2] de urgencias. No tiene criterios de gravedad y no lleva quince días con lumbago.

Y en ese preciso momento, seguro que, o bien la enferma me ha cogido por el pescuezo —y de paso ha olvidado su lumbago—, o el acompañante me ha regalado un sopapo con su mano «fuerte».

Es lo que tiene la medicina basada en la evidencia, algo que se supone que es muy fácil sobre el papel pero que cuesta horrores en el campo de batalla. Porque te aseguro que estar en urgencias o en consultas con un enfermo que padece —da igual lo que le duela— es una dura batalla... Y explicarle que solo lo debe pasar (y que tú lo único que puedes hacer es acompañar) es un esfuerzo tan desmesurado y complejo que nada más se consigue transmitir esa idea a base de «sopapos» recibidos, «mocos» amortiguados, encaje de sonrisas y palabras de consuelo.

Tenemos otro punto importante por tratar respecto del lumbago: el dolor crónico.

¿Sabías que cuando alguien se pasa más de mes y medio con dolor se activan áreas cerebrales que son difícilmente aplacables?

¡Jolín, Miranda, que nos quieres volver locos a todos!

Entonces entre acudir prontamente a urgencias o al médico y tardíamente, ¿qué hacemos? Volver locos a los pacientes...

¡¿Yo?! ¡Pobre de mí! Cuando me empiezan a «atacar» por la atención recibida en urgencias o por la demora de ciertas actuaciones en urgencias, mi respuesta siempre es la misma.

—¿Usted cree que yo, que estoy de guardia un sábado por la noche, puedo mandar algo en el hospital?

Y como no se esperan esta respuesta los distraigo y prosigo con mi trabajo y mi atención exquisita para con ellos...

Os aseguro que solo intento ahorrar radiografías en los niños cuando es pertinente y de ahí no me muevo ni que venga Rita la cantaora. En adultos y dolor lumbar soy prolífica en pruebas complementarias, en analgesia y antiinflamatorios. Ningún estadista vendrá a consultar por mí. No es que me pase la medicina basada en la evidencia por algún sitio soez, el problema es que decirle a alguien que ESPERE SIN MÁS es algo que cuesta hacer. Y ya no te digo nada TENER QUE ESPERAR si al que le toca hacerlo ES A TI...

Existen varios tipos de dolor lumbar. Me encanta el término multifactorial cuando en realidad muchas veces es: no tengo ni idea de lo que lo ha desencadenado. El estrés tiene mucho que ver.

En el capítulo «El kamasutra traumatológico» hablaremos largo y tendido del dolor de tipo facetado y del dolor de tipo discal.

Pero la espalda puede molestar de otras maneras...

LA ESTENOSIS DE CANAL. CUANDO TUS PIERNAS NO TIRAN...

A mí siempre me había gustado el nombre de Claudia, es más, me apetecía un montón que mi hija se llamara así. Pero como siempre me ha gustado mucho aprender todo lo posible, miré en un diccionario de nombres qué significaba Claudia. Y... Claudia significaba coja. Venía del latín *claudicare*. Y pasó fugazmente por delante de mis ojos la serie de la BBC de los setenta *Yo, Claudio*. Una serie muy bien ambientada con trama, asesinatos, engaños, ansia de poder, sexo y corrupción, que ocurría en Roma durante el reinado de Claudio, emperador romano.

Y en ese mismo momento pensé: coja la niña y la madre, traumatóloga. ¡Ni loca le ponía Claudia a mi hija! Y entonces el primer lugar lo pasó a ocupar el nombre de Rita.

Y hablando de claudicar...

Claudicar en medicina se llama al hecho de tener que detenerse por algún motivo y no poder continuar los pasos de modo oportuno.

Existen un par de enfermedades que pueden hacernos claudicar:

1. Nuestra espalda.
2. Nuestras cañerías que administran sangre a las piernas.

1. *Claudicación neurógena*. O sea, por los nervios de nuestra espalda.

Colaborando en la web sin ánimo de lucro www.tuvidasindolor.es escribí un *post* sobre la estenosis de canal. El estrangulamiento de la médula.

¿*Qué diablos es una estenosis de canal?* A medida que nos hacemos mayores y caducos (no volveré a nombrar esa palabra que empieza por o...), las estructuras que envuelven la médula

espinal empiezan a gastarse, provocando estrecheces.

Los discos protuyen aun sin ser hernias y disminuyen la zona de paso de la médula. Las articulaciones posteriores (llamadas facetas) aumentan por dos el tamaño. Los ligamentos entre las vértebras pueden empezar a engrosarse.

Todo ello provoca un estrechamiento en zonas concretas vertebrales. Algo que puede suponer dolor lumbar mitigado, pero que a la altura de las piernas provoca un dolor o quemazón urente que obliga al enfermo no solo a parar sino también a sentarse.

Cuando te colocas en posición fetal con la espalda encorvada hacia delante, aumenta siempre un poco el diámetro del canal medular y eso le da un poco de tregua a la médula espinal.

Estos enfermos que no pueden caminar todo lo que quieren, cuando van al supermercado y se apoyan en el carrito de la compra, son capaces de recorrer una mayor distancia antes de que aparezcan los síntomas.

Cuando lo comento con ellos y les digo:

—¿Verdad que cuando va al Mercadona puede estar mucho más tiempo caminando?

—Sí, doctora —(Cara de estupefacción)—. ¿Acaso me ha visto allí?

Yo simplemente les sonrío y les comento que no.

Por cierto, si padeces de una estenosis de canal medular clara, estás de enhorabuena. La cirugía de la columna que tiene más evidencia científica de mejora es la de la estenosis de canal. Mejorarás e irá bien, muy bien.

2. *Claudicación vascular*. O sea, por nuestros vasos, ya que no le llega sangre a nuestras piernas.

Y aquí y ahora hablaremos de... pulsos, uñas y penes. (Sí, he dicho penes). Los pacientes que padecen de claudicación vascular son enfermos que en un gran número de casos fuman.

Recomendación número 1 de la doctora Miranda: no empezar a fumar... Y si se fuma, dejarlo.

Luego están los listillos y listillas que me sueltan es que yo, doctora, fumo poco. (¡Por el amor de Dios, ¿no ves que soy gallina vieja, que tengo respuestas para todo?! Como decía mi jefe el doctor Giné: fumar es como estar embarazada, no se puede estar embarazada solo un poquito, o se está o no se está. O se fuma o no se fuma).

Esas perlas y otras son giros adquiridos de grandes maestros que me acompañarán hasta que deje de ejercer la medicina. Y que mis enfermos oirán las veces precisas, pues son ciertas.

Así pues, enfermos que fuman, muchas veces con problemas graves relacionados con el azúcar (la diabetes). Para tu información, debes saber que las cañerías de tamaño intermedio de los pacientes que padecen de diabetes se afectan, luego la sangre no llega de modo alegre a las piernas.

Tampoco llega de modo fluido la sangre a los riñones o a los ojos. De ahí que una diabetes mal controlada pueda acabar con problemas renales, oculares (ceguera) y de extremidades inferiores (amputaciones).

A ver, Miranda, está bien que intentes adiestrarnos en todo lo relacionado con la salud, pero es que has hablado de penes. ¡No te distraigas!

Pulsos, uñas y penes. Ese era el título con gancho y sin *spoiler* para que continúes leyendo. Ja ja ja... (Sonrisa maquiavélica que no ves).

Pulsos^[3]: se debe comprobar la existencia de pulsos en los pies. Te aseguro que no es tan fácil como parece encontrar pulso en según qué pies. Cada año puedo mandar a más de veinte enfermos al cirujano vascular para que valore cómo está la circulación de esos enfermos.

Este punto —comprobar pulsos— es algo tan vital e importante que ninguna cirugía en miembros inferiores debe realizarse en enfermos que no tengan pulso.

Siendo estudiante de medicina, recuerdo una cirugía de juanetes que acabó como el rosario de la aurora. Pude presenciar cómo ese pie se infectó, dejó de llegarle sangre de modo óptimo y el paciente acabó amputado.

Uñas: se debe comprobar si crecen con normalidad. Una pregunta habitual que hago a mis pacientes es cada cuánto se deben cortar las uñas. Si la respuesta no es un mes, sino no me acuerdo o me las corto en verano y Navidad... ¡Miau! Hay que enviar con rapidez diligente a ese paciente al cirujano vascular.

¿Y eso por qué? Pues, mira, si a tu pie no le sobra la sangre, no se dedicará a algo tan inútil como hacer crecer las uñas. (Modo poco científico pero cierto para que lo comprendas...).

Penes: sabes perfectamente que ese órgano no tiene hueso, luego no debería ser de mi incumbencia. Pero resulta que, como la medicina no es tan parcelar, en ocasiones, se da la extraña circunstancia de que una traumatóloga y una señorita (ironía en modo *on*) como yo debe preguntar por la salud de ese órgano masculino...

Resulta que ese miembro y la relación con el supuesto saludo matutino que realiza el propietario están asociados a la buena salud de los vasos circulatorios. Es decir, cuando los vasos que alimentan (suena horroroso, pero lo voy a dejar ahí) el pene no riegan bien la zona, vamos..., no se puede izar la bandera. Así que ya puedes sonreír, reírte de mí o, como se dice ahora, reír conmigo cuando debo preguntar por ese órgano a su propietario, para averiguar si es solo un apéndice o a veces se transforma en un fornido mástil...

Y hablando de penes... me acuerdo de una anécdota que viví durante mi residencia. En aquel momento, la traumatología era un lugar de hombres, más residentes chicos que chicas. En unas pocas ocasiones atendimos a enfermos masculinos (raza negra) que destacaban por las dimensiones —al alza— de ese órgano. Mis compañeros, adjuntos todos, de modo sutil me preguntaron entonces qué me parecía a mí esa talla de paquete.

—Mira, Miranda...

Cándidamente (te aseguro que no me sonrojaba lo más mínimo) les soltaba:

—¿Que mire qué?

—Eso. Es evidente.

Y yo —experta en hacerme la sueca— les contestaba:

—¿El qué? ¡No te endiendooo!

Y el que se quería reír de mí pasaba a estar incómodo y a pensar dos cosas:

1. Mi tamaño no es el habitual. La tengo pequeña. (Autoestima por los suelos. Como diría mi madre: «¡Ya te está bien!»).
2. Miranda debe de estar muy bien servida.

Entre tú y yo, no sé cuál de los dos ítems le daba más rabia...

ASIÁTICA (LA CIÁTICA). LA ORIENTAL ATACA DE NUEVO

Una vez de niña viví (más o menos) de cerca un ataque de ciática. Yo soy de pueblo (a mucha honra), eso te permite ampliar tu núcleo de conocidos o pseudofamilia hasta límites insospechados. Falete —el de la miel— tuvo un ataque de asiática. Al menos así era fonéticamente como en mi pueblo se nombraba la ciática.

¿Puedes imaginar lo que llegué a imaginar? Una señora china pequeña y matona atacando al pobre Falete... Pasaban los días y yo preguntaba por Falete y a mí me decían una y otra vez que eso de la asiática era «*mú* malo».

Meses después, volví a ver un día a Falete —el de la miel— que caminaba por la calle encorvado, cojo y desmejorado. Pensé que era un valiente, había sobrevivido al ataque de una chinita experta en artes marciales. El era un héroe, un superviviente nato.

Realmente, temía a las asiáticas. Si la gente sobrevivía —cuando sobrevivía—, se quedaba realmente muy fastidiada.

Esa era mi visión de una asiática antes (de niña). Ahora os explicaré qué significa sobrevivir a un ataque de ciática hoy. Algo que, en el fondo, no dista mucho de lo que le pasó a nuestro Falete...

Y antes de empezar con una clase magistral —tostón— de anatomía humana, hablaremos de bombillas, luz y electricidad.

Ya está, otra vez la traumatóloga que se va por los cerros de Úbeda. ¡Noooo! Es un símil fácil de entender para comprender de una vez por todas cómo, si lo que tienes es una hernia discal, te duele la pierna a rabiar...

Cuando la bombilla de la cocina deja de funcionar, lo primero que hacemos es mirar si tenemos corriente en casa. Nos acercamos hasta el cuadro de mandos y comprobamos el diferencial del domicilio por si saltó. Si no ha saltado la corriente y en el resto de la casa tenemos luz, el problema será la bombilla. Si el resto del hogar tiene luz y cambiamos la bombilla y continúa sin funcionar, el cable que transporta la luz será el culpable.

Pues eso ocurre con la ciática.

El dolor se manifiesta en la pierna, pero, para ser exactos, el problema está más arriba, en la columna. Eso significa que si cambias la bombilla y no se soluciona el problema es porque está más arriba.

¿Por qué se llama ciática? Se trata del nombre común de la enfermedad del nervio más frecuentemente afectado: el nervio ciático.

¿Qué puede provocar un ataque de ciática? De todos es conocida la posibilidad de una *hernia discal*. El material de dicha hernia puede comprimir la raíz del nervio ciático. Esa es la causa más probable de ciática. Pero también se puede padecer de ciática por culpa de un desgaste generalizado de la columna. El hueso desgastado puede comprimir la salida del nervio. Otras causas menos probables serían quistes benignos o malignos.

Con los años, y siendo ya residente de la especialidad, empecé a aprender detalles sobre las enfermedades que no salían en los libros pero que eran de sentido común. ¿Cómo identificar la gravedad de un ataque de ciática en las señoras vamos a llamar «añosas»?

Tenía un compañero adjunto que me daba muchas veces su visión sobre la vida. Tenía y tiene un don especial para la observación de detalles imperceptibles para ojos no adiestrados. En casos severos de ciática —pacientes que llevaban semanas encamados en casa a la espera de una mejora que no llegaba—, él observaba lo que llamaba la señal del tinte. Se trataba de la raíz sin teñir de las pacientes femeninas. En función de las semanas encamadas se podía realizar una «estimación» del tiempo que llevaba la señora con dolor invalidante.

Entonces, mientras el doctor realizaba el interrogatorio, la paciente se disculpaba por el «aspecto» y se quejaba amargamente de que el dolor no le permitía sentarse desde hacía semanas ni mucho menos acudir a la peluquería. (Otro ejemplo de las canas... y la obsolescencia).

LA GRAVEDAD DEL DOLOR TIPO CIÁTICA, EL DOLOR NEUROPÁTICO.

El dolor de tipo nervioso es diferente al dolor de muelas, por ejemplo. El dolor ciático es un dolor urente con aumentos de intensidad ante mínimos estímulos, como por ejemplo una caricia. Este tipo de dolor se llama neuropático.

Supongo que conoces el dolor del herpes. Ese dolor con quemazón, que no permite descansar ni de día ni de noche, con pinchazos, se trata también de un dolor neuropático.

Una vez, de niña, puse los dedos en un enchufe. Nunca me he considerado una mala niña y habitualmente siempre he hecho caso a mis mayores. Pero ese día con un clip para el pelo quise experimentar qué ocurría si colocaba cada parte en uno de los agujeros del enchufe. Y además de la descarga eléctrica que recibí, quemar el enchufe y saltar los fusibles de casa, me quedó un testigo mudo de que había hecho una gamberrada: un dolor en todos los dedos, mano y brazo durante horas.

Eso es el dolor neuropático. Durante un instante, el nervio se lesiona o padece, pero la sensación dolorosa persiste más allá de ese fugaz momento. Así se comporta el dolor de tipo ciático.

No te explicaré cómo funciona un nervio ni cómo se transmite la información a través de él. Pero, con el ejemplo que te daré ahora, entenderás que un pinzamiento discal, una irritación temporal y corta, puede fastidiar la vida durante mucho más tiempo del que uno piensa.

En un mar en calma, no, mejor en un lago en calma, puedes lanzar al agua una piedrecita, lo que pase en ese punto del lago no alterará el nivel del agua de su extremo opuesto. ¿Estamos de

acuerdo? Ahora cambia la piedrecita por una losa de gran tamaño lanzada desde una gran altura.

El oleaje que causará llegará lejos y desestabilizará toda el agua en calma del lago. Luego, incluso aparecerá el eco —el rebote del agua— contra los extremos opuestos del lago. Pues eso es muy parecido a lo que pasa con un nervio fastidiado por un ataque de ciática.

EL HERPES ZÓSTER —LA CULEBRILLA— Y EL DOLOR NEUROPÁTICO.

Tuve un profesor de dermatología que se pasó todo el curso predicando a los cuatro vientos que nunca aprobaría a nadie que no supiera tratar un herpes zóster adecuadamente. Que ningún estudiante de medicina merecía llamarse médico si no sabía tratar ese tipo de dolor, pues, una vez instalado, la tendencia a la cronicidad es alta.

El herpes zóster es esa infección vírica que afecta a la raíz de un nervio. Y provoca un dolor neuropático.

A nivel costal es conocida como culebrilla y existía la creencia antigua de que si la culebrilla te daba la vuelta entera te morías. En realidad, afecta habitualmente a un nivel nervioso derecho o izquierdo y no he visto nunca ninguno que afecte a ambos (aunque supongo que como en todo en medicina algún caso concreto habrá).

Mi experiencia con el herpes zóster fue cuando mi padre, Pedro —contaba yo con nueve o diez años—, tuvo uno coincidiendo con la canícula de verano. El médico de familia, el doctor Miguel, llamó varias veces para ver cómo se encontraba mi padre, y le explicó que no había visto nunca un herpes tan grande. Es cierto, tenía afectadas como mínimo tres raíces nerviosas del mismo lado.

Recuerdo sus noches en vela y sus alaridos ante el más mínimo roce. Así que, cuando el profesor de dermatología nos hizo la reflexión, me acordé horrores de lo que debió padecer mi padre.

Solo decir que aprobé la asignatura de dermatología con buena nota y, aun siendo trauma, sé tratar un herpes zóster.

Quien no ha padecido un dolor neuropático NO TIENE NI IDEA de lo que llega a doler. Es tan invalidante que, de vez en cuando, los pacientes con este tipo de dolor se plantean locuras como «cortarse la pierna que duele» o incluso terminar con su vida para así terminar con su sufrimiento. ¿Sorprende, verdad? Puede que ahora mires con un poco más de empatía a tu pareja, a tu madre o a tu vecino cuando te diga lo jodido que es un ataque de ciática.

Si eres un suertudo en la vida y nunca has padecido de ciática, felicidades, estás hecho un chaval.

Si sabes a lo que me refiero mientras lees estas líneas, seguramente te habrás visto identificado y me darás la razón a pies juntillas.

EL DOLOR NEUROPÁTICO Y LA GUERRA DE LAS GALAXIAS

Siempre he relacionado —en mi dulce cabecita— el dolor neuropático con el ruido del sable láser de *La guerra de las galaxias*, un ruido de fondo suave que al mínimo estímulo sube hasta niveles insospechados.

Eso pasa con el dolor neuropático: es más o menos tolerable, pero un movimiento desafortunado provoca un dolor lancinante que lo llena todo.

TRATAMIENTO DE LA CIÁTICA.

El tratamiento de la ciática precisa de una serie de pasos:

1. Los más empleados y conocidos son el uso bajo prescripción médica de analgésicos y antiinflamatorios. (Te recomiendo que leas los capítulos 20 y 21, en las págs. 210 y 219).
2. Además, existen unos fármacos que se emplean en el uso del tratamiento neuropático, como Gabapentina, Pregabalina e incluso Tryptizol. Son medicamentos usados para el tratamiento de la epilepsia. ¡Y va Miranda, que ese día no fue a clase, y nos los receta para una ciática! ¿Cómo?

A ver, lo primero, a farmacología y al resto de las asignaturas de medicina fui a clase siempre, creo que puedo contar con los dedos de una sola mano los novillos que hice en seis años. (Incluso lo podría certificar un notario).

Lo segundo, ¿recuerdas el símil con las ondas de un lago? El cerebro y el nervio tienen una cualidad llamada reentrada. Digamos que, una vez ha estado excitado, es muy, muy fácil que vuelva a hacerlo. Es lo que ocurre en los pacientes que padecen de epilepsia y también en los que tienen un ataque de ciática (el oleaje residual).

Luego, una vez entendido de modo muy claro y poco científico la reentrada, se puede comprender que todo medicamento «estabilizador de la membrana neuronal» (o sea, con poder antiepiléptico) podrá ser usado para una «asiática».

3. Una vez utilizados esos dos tipos de medicación pasaríamos a las temidas —para algunos, pero benditas para muchos otros— infiltraciones epidurales.

¿Cómo te lo cuento? Para que el antiinflamatorio, el analgésico y los medicamentos estabilizadores neuronales lleguen a donde existe el problema, en la raíz nerviosa, deberías impregnar todo tu cuerpo con una dosis alta de fármacos: camiones de Voltarén, tráileres cargaditos de Nolotil y trenes con Gabapentina. Sin embargo, gracias a un tratamiento local se infiltrarán dos tipos de medicamentos:

- Anestesia local que permitirá calmar de modo inmediato el dolor.
- Cortisona. El mejor antiinflamatorio que existe en el mercado.

Una vez realizada una infiltración peridural, existe un efecto dual de los fármacos.

Las primeras horas solo actúa el anestésico. Y lo mejor está por llegar. Los siguientes días el efecto de la cortisona se perpetúa.

Habitualmente las infiltraciones peridurales pueden mejorar hasta el 80 por ciento de los

ataques de ciática. Tanto es así que el protocolo habitual para una cirugía de hernia discal nunca se debe operar sin haber probado antes una serie de infiltraciones en la columna.

4. La cirugía de la hernia discal.

Cuando un enfermo padece de una apendicitis, una vez operado, si no hay complicaciones inmediatas, muerto el perro se acabó la rabia.

Pues en la cirugía de la hernia discal no ocurre exactamente así.

En gran parte de acciones de traumatología, como recolocar un hombro o un codo luxados, cuanto antes se ponga en buena posición, antes se acabará el dolor horrendo. En esos casos se podría aplicar un símil que uso ampliamente en consultas.

Imagina que tienes mi dedo metido en tu ojo. Tú podrías hacer dos cosas:

- Ponerte un colirio y continuar así con mi dedo en tu ojo.
- Decir: perdona, bonita, pero ¿puedes poner ese dedo en otro sitio? (Por ser fina y no mandar a paseo a la «menda»).

Pues esa teoría no serviría en el caso de una hernia discal por los siguientes motivos:

1. Una cirugía para retirar parte de una hernia discal no puede garantizar la nueva salida del material hemiarrio. (Se llama recidiva).
2. Una cirugía para retirar ese material —discectomía— predispone a no tener tanta amortiguación de ese disco. Y aumentar la posibilidad de artrosis precoz de ese espacio discal, provocando otras cirugías en el futuro.
3. En casos de hernias discales sobre enfermos con artrosis, puede ser necesario también fijar —soldar con tornillos y placas— esos discos altamente fastidiados.

En ese caso, fijar una parte de la columna vertebral puede predisponer, a su vez, a otras fijaciones discales. Lo explicaré con una metáfora muy sencilla: imagina una fábrica con operarios en línea. De cinco operarios, dos deciden no hacer nada. Los otros tres —si sacan el trabajo a tiempo— lo hacen padeciendo horrores. Y los que más sacan la lengua son los que tienen inmediatamente al lado a los dos «paralizados». Exactamente eso ocurre cuando en una columna lumbar con cinco vértebras se fijan dos. La superior y la inferior pueden padecer el llamado síndrome de disco límite.

Por todo ello, por todas las complicaciones que te he nombrado y otras que vamos a llamar inherentes a la cirugía, es por lo que los traumatólogos no somos de bisturí fácil... Ahora lo comprendes un poco más.

LA EXISTENCIA DE LAS UNIDADES DEL DOLOR.

¿Puedes imaginar algo mejor que un médico empático que te ayude a controlar fármacos y técnicas «invasivas» que aminoren, calmen o solucionen ese dolor que no te deja vivir?

Se trata de unidades multidisciplinarias —en el mejor de los casos— o formadas por médicos anestesiólogos llamados «algólogos» («algos», en griego, quiere decir dolor. Luego los algólogos

son los médicos del dolor. Con lo bonito que sería que se llamaran «dolorólogos»... Más claro sería, pero menos chic también).

Estos anestesiastas son expertos en el diagnóstico de qué tipo de dolor te irrita y buscan solución, a veces con fármacos, otras con anestias del nervio en cuestión, en casos más severos con la aplicación de calor local para «chamuscarse» ese nervio y «matarlo» de manera temporal o definitiva. (A este hecho le llamamos «rizólisis». Lisis significa destrucción). Y antes de que me preguntes, te diré que existen dos tipos de nervios en medicina.

Unos dan la energía eléctrica para provocar el movimiento. (Nervios que NO se pueden quemar, pues tendríamos una PARÁLISIS).

Y otros solo producen sensibilidad. (Nervios que SÍ se pueden quemar, pues solo dan TACTO). Estos son «pesados» y en caso de necesidad se anulan y punto.

O sea, entre tú y yo, los algólogos, por muy finos que se pongan, son como Atila, por donde pasan no «crecen los nervios». Fuera bromas, son una bendición.

¿Y POR QUÉ SON TAN ODIADAS LAS INFILTRACIONES?

Está comprobado que las malas experiencias tienden a ser más comentadas que las buenas. Siempre ha sido así. Además, los bulos y la exageración no ayudan nunca.

Y eso puedo constatarlo porque, cuando acudo religiosamente a mi peluquería a mantener mi estado de perpetua obsolescencia controlada, escucho unas charlas médicas que quitan el hipo al más pintado.

Una vez dicho esto, te haré una sola pregunta y con la respuesta que des tu solit@ sabrás si debes o no dejarte pinchar la «raspa» o el espinazo.

¿Tienes mucho dolor? La respuesta es sí. Pues infiltración.

La respuesta es no sé o no (como los gallegos, que les cuesta decidirse), puedes esperar.

Y después de estas afirmaciones, y aprovechando que tengo el micro yo (se nota), te explicaré las bendiciones de la anestesia epidural en el momento del parto (de mi parto); una prima hermana de la infiltración peridural.

En primer lugar, vaya por delante que parir a los treinta y seis años no es la edad ideal, que sería entre los dieciocho y por debajo de veinticinco. En segundo lugar, sé que tan solo se trata de una experiencia personal, buena y, por tanto, no debería ser contada, pero como yo soy agradecida he decidido contártela. En tercer lugar, es un modo de agradecer al servicio de anestesia de Santa Tecla la atención prestada día y noche a todas las parturientas que atienden. Pues no hace falta tener muchas luces para saber que la mitad de los partos son de día y la otra mitad son por la noche. Ya sé que es sabido que la noche está hecha para dormir, pero si las parturientas precisan y tienen además a su comadrona, su ginecólogo y su anestesiasta a *full*, mejor que mejor.

El grado de dolor justo antes de inyectar la peridural con 8 centímetros y contracciones cada cinco minutos es exactamente inconmensurable (me encanta esa palabra). Era el 2 de mayo, domingo, día de la madre. Había otras futuribles madres haciendo los famosos registros para saber que todo iba bien. Y yo no podía garantizar mi silencio absoluto para la próxima contracción. Incluso me tapé la boca con la almohada para mitigar ese grado de dolor.

Llegó mi anestesista favorito (puesto que le otorgo para el resto de mis días quirúrgicos desde el mismo instante en que me puso la bendita inyección) y entre dos contracciones logró a la primera inyectarme el fármaco que permitió continuar el parto dignamente y sin espectáculos teatrales ni gritos de las cavernas.

Cada vez que oigo esa famosa frase: «Mujer, parirás con dolor», pienso: habrase visto venganza más mala... Desde aquí mis máximos respetos para todas esas mujeres que han parido con dolor durante toda la vida. UíF, qué daño.

Ese día, cuando mi madre llegó al hospital para conocer a su segunda nieta, te aseguro que la miré con otros ojos. Y ella a mí también. En ese preciso momento entendí qué supuso para ella parirme sin anestesia y cómo las «locas» continuaban embarazándose.

Desde ese día miro a mi madre de un modo especial. Ella es alguien que incluso ante el dolor más horrendo del mundo calla o aminora lo posible la expresión. Lo que en medicina sería tener un umbral del dolor muy alto.

Va por delante que la quiero un montón y, junto a mi padre, ha criado a sus tres hijas y ahora ayudado a sus cinco nietos del modo que mejor sabe.

Y ya cambiando de órbita, te cuento más sobre las infiltraciones en la espalda.

Existen más tipos de infiltraciones que se pueden realizar en la columna lumbar, dorsal o incluso cervical, como son:

Las infiltraciones de las facetas. Relacionadas con el dolor facetario. (Podrás leer más sobre ello en el travieso capítulo «El Kamasutra traumatológico», pág. 191).

Infiltraciones foraminales.

Infiltraciones caudales.

Sé que técnicamente quizá se te escapen un poco de la mano. Puedo explicarte anatómicamente un poco más de ello pero quizá no te aporte mucho.

Resumiendo, te diré que el «espinazo», parte de hueso que protege la médula y la salida de los nervios, tiene muchos y diferentes «agujeros» para acceder a la parte nerviosa.

Los algólogos y muchos traumatólogos actúan como el gato y el ratón e intentan aportar, lo más cerca posible al nervio dañado, la cantidad de cortisona y anestesia que mitigue el dolor. De ahí tal variedad de «pinchazos a la carta».

En mi consulta tengo un facsímil de una vértebra para explicar en tres dimensiones el lugar exacto donde se proporcionará medicación para la «asiática» o lo que se tercié.

Supongo que con las pinceladas que te he explicado ahora ya puedes comprender un poco mejor cómo es el dolor ciático. Entiendes la situación de Faleté —el de la miel— cuando me crucé con él por la calle tiempo después de superar el ataque maldito de la asiática asesina. Quizá mi imaginación de niña fue más allá; pero, ¿sabes?, me gusta saber que te he arrancado una sonrisa.

LENCERÍA FINA, SUJETADORES Y LA MALDICIÓN DE LA COPA

(**Y** ahora va, y en medio de las enfermedades de los huesos se pone a hablar de sujetadores... Es que...).

Un busto caído, un busto comprimido, un busto incomodo puede jugarte una mala pasada con un vestidazo. Ese escote de vértigo, ese palabra de honor con el que puedes sentirte una diosa o incómoda como nunca.

No hablo de los «descuidos» buscados de las *it-girls* que usan una tira adhesiva doble para mantener a raya un escuálido pecho con una abertura delantera equivalente a la trasera (donde la espalda pierde su casto nombre). Y tachán, mira por dónde, un pezón saluda a una docena de periodistas. ¡Pobrecitas ellas! (Ironía modo *on*).

¡Llegó el momento del glamur, al más puro estilo *Sexo en Nueva York*! Primero la lencería fina, luego ya hablaremos de bolsos Chanel. ¡Parece un capítulo de *Sexo en Nueva York*! Y tú, lectora, cuando te preguntan qué talla de sujetador usas, has de responder, clara, contundente y con rapidez. Como con tus zapatos.

SUJETADORES, MUCHO MÁS DELICADOS QUE SOSTENES.

Si eres chico y has llegado a este punto, puedes pasar de largo este capítulo, a no ser que quieras comprobar que no existe nada morboso que se le escape a la doctora Miranda en este apartado. O que realmente te importen tus mujeres un montón (madre, hermanas, esposa e hijas, amigas). Si has decidido continuar leyendo, te ganarás mi respeto sin saber si habrá algún *spoiler* o no durante este capítulo.

Sé perfectamente que los atributos femeninos provocan en los caballeros unos suspiros directamente proporcionales al perímetro torácico de las susodichas.

Sé perfectamente que pocas mujeres muy bien dotadas se sienten cómodas con sus atributos.

Sé perfectamente que existen universos paralelos donde los caballeros las prefieren planas y las mujeres quieren una dotación superlativa.

Las mujeres poco dotadas o dotadas de manera moderada pueden comprar sujetadores cómodos a bajo precio. Cualquier franquicia conocida ofrece módicos precios para sujetadores de uso diario. En teoría, puedes ir conjuntada a un costo asequible...

Luego, nunca se conjunta la braguita con el sujetador (ahora seré maligna), a no ser que ella quiera «tema» con quien decida estar; si es así, felicidades. Hoy pillaste no porque tú querías, sino porque ella quería. Ahí lo dejo...

El problema principal son las mujeres bien dotadas, con unos senos que se salen de madre (solo en sentido figurado). Mujeres a las que les cuesta horrores encontrar sujetador de talla grande.

Y tú, ¿qué talla usas?

Si tienes un tamaño de seno grande, quizás una talla 100, debes continuar leyendo con urgencia. Solo las mujeres que me describen su talla de sujetador con número y letra tienen mi total confianza. Ya se informaron suficiente para saber qué es lo adecuado para su pecho. Las que solo saben un número deben leer el capítulo entero...

No puedes usar una talla 100 y ya está, has de saber más. Lo más importante del tallaje del sujetador no es la talla, es la copa.

Tú puedes usar una talla 100 y ser plana. Y usar una 85 y estar muy bien dotada. Te lo cuento.

¿Usas el sujetador adecuado a tu talla?

¿Los tirantes son estrechos y te siegan el hombro?

¿Tu seno se desboca (por arriba, debajo o por la axila)?

¿La tira posterior —el cierre— se eleva hacia los omoplatos? ¿Debes coser una tablilla en la parte del cierre porque no te sujeta suficiente?

¿Has contestado sí? Anda, lee, lee...

Y esos síes, querida amiga, yo los intuyo cuando te desnudas ante mí al realizar la exploración.

Ante mi rotundidad: «Este sujetador no sirve de nada», las caras de sorpresa de las propietarias del sujetador ninguneado por una traumatóloga son un escándalo.

¿Qué es la talla?

El número es la talla; puedes tener una 85, 95, la famosa 100 o 120. Y se refiere a los centímetros que ocupa tu cavidad torácica, es decir, tu esqueleto. Sin contar tu pecho. Y se mide justo por debajo de tus senos.

¿Y entonces qué diablos es la copa? ¿Y para qué sirve?

Por copa se entiende el volumen de tu pecho. Es decir, la «cesta» donde se aloja tu pecho. Lo que sostienes en tus manos cuando sujetas tus senos. Eso es la copa.

¿Qué tamaños de copa existen? Desde la escuálida copa A hasta la copa E o F o G para grandes bustos.

No es lo mismo la copa que la talla. ¡Atenta!

Puedes usar una talla 85 y ser muy voluptuosa. La diferencia —querida Watson— está en la copa:

- 100 y ser plana (ejemplo, 100 copa A, Naomi Campbell).
- 85 y ser muy voluptuosa (ejemplo, 85 copa E, Dolly Parton, por ejemplo).

Miranda, ¿por qué te empeñas en explicar qué talla de sujetador se debe usar?

Sencilísimo. Gran parte de los dolores de espalda que refieren las mujeres con grandes mamas están relacionados con un uso inadecuado de la lencería.

Eso es así hasta tal punto que incluso algunas pacientes deciden, por incomodidad o porque están hasta la coronilla de su «delanterera», operarse y hacerse una reducción mamaria. Si en esa sesión informativa se le explica qué comprar y cómo, más de la mitad deciden no operarse. Porque sentirse cómoda a veces lo es todo, e ir bien «calzada» más. Si es así, los dolores y las molestias se podrán aminorar.

Un sujetador adecuado ayuda a *minimizar y controlar un dolor de espalda*.

Y desde aquí te animo a que confíes en tu corsetera, algo obvio, igual que los zapatos los compras en una zapatería y no en una frutería. ¿No crees? Ella te aconsejará en función de tus necesidades:

- Si transpiras o no (recuerda que las mujeres nunca sudamos). (Ironía modo *on*).
- Modelos cruzados si tu tendencia a encorvar la espalda es muy marcada.
- Sujetadores de tiras anchas y almohadillados para evitar que se claven.
- Modelos reductores que recogerán y minimizarán tu pecho.
- Sujetadores deportivos, muy útiles si practicas deporte. Disminuirán el impacto y lo mantendrán a raya.

GRANDES SENOS ACOMPAÑADOS DE DOLOR DORSAL Y LUMBAR.

El peso en la parte anterior del tórax *encorva la zona dorsal* hacia delante (cifosis). Eso, a su vez, provoca un cambio en el resto de la columna vertebral, la zona lumbar y cervical, que fuerza en dirección contraria para compensar (lordosis cervical y lordosis lumbar).

También existe un *aumento de la corva dorsal* al esconder inconscientemente ese pecho

prominente.

Inicialmente, esos cambios en las curvas son elásticos —vamos a llamarles posturales—, pero, a la larga, provocarán alteraciones en los discos vertebrales. Todo ello desembocará en la artrosis de las zonas sobrecargadas.

¿Cómo tratar esas espaldas forzadas?

El refuerzo de toda la musculatura paravertebral dorsal es vital. Los mejores ejercicios para contrarrestar esa cifosis dorsal, esa curva dorsal son:

- Natación modo espalda. Para intentar «abrir» la cavidad torácica un poco más.
- Musculatura de pectorales con el mismo objetivo, ampliar el tórax anterior.

MUY BIEN, MIRANDA, YA SÉ QUÉ TALLA USO, PERO ESTOY HASTA LA CORONILLA.

Estás hasta la coronilla de:

- Dolores de espalda crónicos.
- Contracturas cervicales.
- Irritaciones cutáneas en pliegues mamarios. Infecciones por hongos y eczemas.
- Comentarios inapropiados del personal masculino.
- Comentarios maliciosos del personal femenino.
- Baja autoestima. Incomodidad mantenida.
- Problemas con la ropa.
- No encontrar modelos sugerentes de lencería, ni siquiera los caros. (Por ejemplo, la exclusivísima marca de lencería La Perla no trabaja más allá de la copa C...).
- Sujetadores caros siempre.

Si es así, si ya lo has probado todo, quizá la solución sea una reducción mamaria.

CRITERIOS PARA LA CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA.

Te puedo hablar de lo que ocurre en mi casa, te puedo hablar de Catalunya. Estos son los criterios en la Sanidad Pública Catalana (ICS) para poder optar a una reducción de senos:

- Índice de masa corporal normal (IMC) 25 o ligeramente aumentado (no más de 30).
- Distancia entre esternón y pezón de 34 centímetros o más.
- Mamografía normal.

AHORA, CUANDO YA NO LO ESPERAS, MIRANDA TE CUENTA LA HISTORIA DE UNA AMIGA SUYA QUE PREFIERE QUEDAR EN EL ANONIMATO.

Y más o menos hasta donde has leído, así de aséptico era el *post* sobre senos abundantes que apareció en mi blog hará ya un par de años.

Ella, mi amiga, a los doce años ya medía mi metro setenta y cinco de altura. Sus curvas al principio resultaban un poco incómodas. Los sujetadores se encadenaron *in crescendo*. Evitaba correr en público. Comprar bikinis juveniles era un suplicio. No existían estas franquicias con bikinis intercambiables. Acababa siempre con un clásico bañador negro «de señorona» que era lo que más podía esconder esos atributos.

Los vestidos eran imposibles. O le iban holgados de cadera o le comprimían el tórax.

Con los años aprendió a vestir en modo camuflaje, negro en la parte del tórax y con color en el resto. La autoestima mejoró cuando encontró pareja, y le repetía que era linda y preciosa de vez en cuando, lo que para ella era suficiente.

Ana trabajaba de residente en una época en que librar las guardias era un sueño. Treinta y seis horas seguidas llevando el sujetador ocho veces al mes.

Se miraba en el espejo desnuda e inmediatamente «eso» desentonaba claramente con su cuerpo. La aceptación y la resignación hacían el resto.

Su corsetera, Elena, a la que conozco personalmente, durante años le conseguía un único modelo (en blanco o negro) de sujetador reductor. Con ello camuflaba el problema. Las tiras se clavaban eternamente sobre sus delicados hombros.

Y llegó el verano de 2003. Un verano especialmente caluroso. Y coincidiendo con un sarpullido en las flexuras... Ana llegó al hartazgo. Y ese «Basta» pasó por encima de la vergüenza y la culpa de explicarlo a su familia.

El día de antes de operarse cenamos juntas en mi casa. Quiso enseñarme esos senos que la habían vuelto loca desde la adolescencia. Y allí, en medio del salón, se desprendió de esa armadura mágica reductora y pude comprobar la incomodidad de cerca. Solo pude decirle:

—¿Cielo, cómo has tardado tanto en decidir operarte?

Al verano siguiente se gastó media paga extra en lencería ideal de la muerte y bañadores juveniles. Una treintañera que se comportaba como una quinceañera.

Estaba liberada.

No te voy a hablar de esa moda «neumática» de mujeres con una talla 36 de pantalones y una 100 copa C de *suje*. Las hay que han conseguido esas medidas por genética, otras a golpe de bisturí o a cambio de una dieta hipocalórica atroz. Si ellas se gustan así, no soy nadie para decir lo contrario.

No es que sea tabú; en mi trabajo, cuando sale el tema, lo comento. E incluso en pacientes voluptuosas que no entienden mis explicaciones, también. Pero no lo puedo usar como discurso para toda mujer con dolor de espalda. Es demasiado sencillo caer en esa tentación.

Pero ahora tengo tiempo suficiente y un canal cómodo para alguna intimidad, porque, ¿sabes?, tú y yo ya nos conocemos un poco más.

LAS KARDASHIAN. ¡ESAS CADERAS!

Y lo que de jóvenes adolescentes odiamos, esas prominencias laterales, esas miradas de odio furtivas a nuestras cartucheras, son lo que nos hacen realmente atractivas para el resto de la especie.

Existe una relación entre cintura y cadera estudiada estadísticamente que permite comprobar que las mujeres con caderas prominentes y cinturas estrechas tienen mayor probabilidad de ser fértiles y procrear.

Para darse cuenta de eso no hace falta ser físico cuántico o antropólogo. Muchachas o mujeres sin caderas o sin cintura (tipo palo) tienen menor posibilidad de ser madres (lo dice la ciencia, no la doctora Miranda).

Este verano, mientras escribía el libro, me quedé un día a cargo de mis sobrinos y mi hija, cinco fierecillas entre doce y siete años. Elvira, la mayor, con dotes artísticas brutales, había modelado con barro un muñequito diminuto —un poco más grande que un Playmobil—, que enseguida me recordó a la Venus de Willendorf Y se lo expliqué a ella y a sus primos.

Primero hablamos de Venus, de las divinidades, y, posteriormente, tocamos el tema fertilidad y maternidad. Fue extremadamente interesante y didáctico incluso para mí, que tuve que rebajar el nivel de mis explicaciones.

Pues, venga, después de los sujetadores, toca el interesante y voluptuoso tema de las caderas en las mujeres. Ahí va.

Las caderas y sus achaques podrían ser algo difícilmente digerible, pero me romperé los sesos para hacerlo lo más ameno posible.

Será como cuando mi hija se empeña en masticar el bistec —poco hecho— a la plancha y me suelta que se le hace bola. Y yo le digo: «Rita, hija mía, añade los champiñones y las judías verdes para acompañar. Acuérdate de beber agua». Y sin darse cuenta, esa bola espesa y consistente se disipa en un santiamén y conseguimos tragar ese bocado.

Así, como quien no quiere la cosa, quizá con aceite de oliva virgen, verduritas, agua y mucho amor aprenderemos y refrescaremos conceptos importantes sobre las caderas.

ANATOMÍA DE LA CADERA: MARCHANDO UNA RONDA DE CHUPA-CHUPS.

Por cadera entendemos médicamente el juego que realiza el fémur con la pelvis. En este símil del chupa-chups, el fémur sería el chupa-chups y la pelvis sería la cueva donde realizaría el movimiento.

Cuando existe alguna alteración en la forma del caramelo, el palo del caramelo está torcido o la cueva donde se articula no es perfectamente redondeada, aparecen los problemas: la artrosis de cadera.

CHUPA-CHUPS Y MENTIRAS GORDAS. LA TROCANTERITIS.

Cada vez que alguien me habla de dolor de cadera y se palpa la cartuchera, pienso: ¡error! Eso no es la cadera, eso se llama trocánter. Y aunque está localizado en la zona de la cadera no está implicado en el movimiento de la cabeza del fémur respecto de la pelvis.

Sería como la chapa y pintura de un coche. Algo externo y relativamente superfluo que podría considerarse una nimiedad.

Claro, Miranda, lo llamaremos así mientras no ocurran dos cosas:

1. Te duela a ti.
2. No te deje dormir de lado y descansar sea misión imposible.

Trocanteritis.

¿Sabías que Goya no hubiese podido pintar a *La maja vestida* y *La maja desnuda* si la duquesa de Alba hubiese padecido de trocanteritis?

Antes de la aparición de la fotografía —ya no digamos de los móviles ni de Instagram ni de los *selfies* de hoy día—, todo retrato de alguien conocido suponía horas y horas de posado natural que desembocaba en una situación de hastío extremo por parte del modelo. Por ello, era preciso que el pintor fuese raudo y veloz, así como, supongo, también sería importante ser un gran conversador para distraer a esas figuras de la corte real que eran immortalizadas para la posteridad.

Pues, la duquesa de Alba, vestida o no, con una trocanteritis no hubiese posado nunca en esa posición que la caracteriza. Descansar en posición lateral sobre el cuerpo —médicamente llamado «decúbito lateral»— hubiese sido tal tortura que nunca habríamos conocido esa maja ladeada *sexy* y voluptuosa apoyada en su propia cadera.

LA DOCTORA MIRANDA NO ME EXPLICA QUÉ HACEN LAS KARDASHIAN EN ESTE TÍTULO.

¡Un poquito de paciencia que ya llegamos! Que las Kardashian tienen más glamur (y culo) que el difunto Manuel Fraga.

Mientras daba forma a las ideas galopantes que me venían a la mente con respecto a los diferentes temas, no podían faltar ni Manuel Fraga ni el clan Kardashian.

Como se supone que mis lectoras son como mínimo coetáneas mías, recordarán el flaqueante caminar de don Manuel los últimos años de su vida (Marcha en Trendelenburg).

Creo recordar que estaba operado un mínimo de dos ocasiones de ambas caderas (prótesis). La cojera era causada por la cirugía. El lugar de paso para recambiar la prótesis debilita el músculo glúteo (o músculo del culo), que es el más importante para la estabilidad de las caderas. Si este músculo falla, todo falla.

Sin duda, el paradigma de salud si solo miramos el trasero son las Kardashian, no las gana nadie.

Ya sea gracias a sesiones maratónicas de gimnasio (es lo que ellas venden) o bien por las magníficas prótesis glúteas perfectamente instaladas por fabulosos cirujanos plásticos más un programa de imagen tipo Photoshop, ellas, las Kardashian, son las reinas del culo (y glúteos) actualmente.

TENGO FASTIDIADO EL MENISCO DE LA CADERA.

No me pongas esa cara, ¿a que no sabías que en la cadera también existe un menisco? Se llama labrum. Y es una estructura cartilaginosa que recubre la cueva (la parte de la pelvis con la que se articula el fémur).

Cuando leas el capítulo siguiente, «¡Me matan las rodillas!», comprenderás un poco más la necesidad del menisco, su función y por qué siempre es el primero en perecer.

El menisco sería como la infantería en un combate cuerpo a cuerpo, la primera en llegar, la primera en tener bajas y la que primero desaparece en una batalla perdida.

SÍNTOMAS DE ARTROSIS DE CADERA.

Dolor en la zona inguinal (o sea, en la parte anterior de la cadera).

Dolor en la rodilla. Sí has leído bien, en la rodilla. ¿Y eso cómo se come? Pues fácil. El fémur es el hueso más largo de nuestra anatomía. Ocupa el espacio en el muslo desde la pelvis hasta la rodilla. Cuando uno tiene desgaste —artrosis— en la cadera, puede manifestarse con dolor en la rodilla, pues se trata del mismo hueso. Un hueso vivo que irradia ese dolor en la rodilla cuando el problema está en el caramelo.

No es la primera vez —ni será la última— que me llega un paciente a la consulta con una flamante resonancia magnética bajo el brazo y me suelta: «Tengo mi menisco roto». Y añade que le duele la rodilla. Le escucho, le exploro y le explico que los meniscos, aun rotos, no duelen, pero... tiene una artrosis de cadera galopante, lo que le impide rotar o separar las piernas.

Cuéntale e intenta convencer a un paciente que venía a por una artroscopia de rodilla y sale de consulta apuntado en lista de espera para una prótesis de cadera... (mi primera vez era R1 y me

costó horrores... Es más, no lo conseguí).

Ahora, con mis canas «camufladas», mis arrugas de expresión y mi experiencia como traumatólogo sobre mis espaldas, es más fácil dirigir la consulta desde el minuto cero.

—Buenos días.

—Buenos días.

—¿Qué le duele?

—Tengo mi menisco roto. —Me coloca el sobre encima de la mesa con el mismo ritual de la entrega de los Óscar...

—No le he preguntado eso. Le he preguntado qué le duele.

—Es que tengo el menisco roto. ¿Cómo? *Ah* sí, me duele la rodilla.

Y a partir de ahí es cuando empezamos a entendernos...

Señales de alarma para saber si padeces de las caderas.

¿Cómo saber si lo que a ti te ocurre es artrosis de cadera?

- ¿Cojeas? Sí.
- ¿Llegas a ponerte los calcetines? No.
- ¿Te calzas bien los zapatos? No.
- ¿Separas bien las piernas? No.
- ¿Observas alguna diferencia al mover una u otra? Sí.
- Podría ser artrosis en las caderas.

Más cosas que deberías saber relacionadas con los problemas de caderas. Por ejemplo, que estos pueden empezar incluso antes de nacer.

A ver, Miranda, cómo nos cuentas que un bebé o un futuro bebé puede padecer artrosis en las caderas, si es la antítesis de lo obsolecente y caduco. Pues ahora te lo explico.

Para que una cadera se forme adecuadamente, precisa que el bebé al nacer tenga esa cabeza de fémur y esa cueva en buena posición. Cuando todo está correcto, el estímulo de la cabeza del fémur actúa sobre la cueva. Y tenemos un flan redondeado en una flanera redonda (tal y como cuenta el doctor Terricabras de Sant Joan de Déu, de Barcelona). Cuando no es así o, por lo «tierno» que es un bebé, exista posibilidad de que el chupa-chups no esté bien situado, aparecen los problemas. Estos, a la larga, harán que se desarrollen cabezas de fémur poco redondeadas y cuevas poco profundas, provocando la temida artrosis en pacientes jóvenes de unos treinta o cuarenta años. A esta enfermedad se la llama *displasia de cadera infantil*.

Los pediatras, los neonatólogos, las enfermeras pediátricas y los traumatólogos pediátricos junto con los radiólogos especializados en ecografías realizan una ardua tarea de *screening* (vocablo anglosajón que define el trabajo realizado para buscar enfermedades entre pacientes sanos).

Ejemplos claros:

- *Screening* de citología femenina de cérvix para detectar posibles cánceres de cérvix y matriz a tiempo.

- Ecografía de cadera en bebés que tengan criterios.
- Búsqueda de sangre en heces (caca) para la detección precoz de cáncer de colon.

Y, ya de paso, si lees este capítulo te recordaré, a modo de agenda, que intentes hacer memoria de cuándo fue tu última revisión ginecológica. Y si fue hace más de dos años: YA ESTÁS DEJANDO EL LIBRO Y PIDIENDO CITA.

Pues bien, un bebé, aun sin nacer, puede tener mal colocado el fémur y eso, a la larga, puede desembocar en una artrosis de cadera.

NECROSIS DE CADERA O MUERTE DE NUESTRO CHUPA-CHUPS.

La cabeza del fémur posee un gran vaso que alimenta la parte redonda que se articula con el cotilo, con la pelvis.

Si por algún motivo existe algún tipo de enfermedad que tapone parcial o totalmente esa arteria que alimenta la cabeza, tendremos un problema gordo. Se nos infartará el hueso, se «morirá».

¿Infarto de hueso? ¡Yo solo conozco el infarto de corazón!

Amiga mía, el infarto de corazón es el más conocido, pero no el único, existen muchas partes del cuerpo que pueden ser víctimas de un infarto.

(Entre tú y yo: todo lo que es regado con sangre tiene riesgo de dejar de ser regado).

Ejemplos claros que conoces y quizá no te habías dado cuenta:

- Infartos cerebrales.
- Infartos intestinales.
- Infartos óseos (ahora te lo cuento).
- Infartos en extremidades superiores o inferiores (taponamiento, de las cañerías que alimentan a brazos o piernas), también llamada isquemia arterial, y que, si no se actúa de modo rápido y certero, acaban dramáticamente en amputación...

Volvamos de nuevo a la necrosis de la cabeza del fémur.

Esto ocurre por un defecto de diseño. Nuestra cabeza de fémur, nuestro chupa-chups, no tiene un plan B. Casi todos nuestros órganos vitales reciben sangre por dos vías. Sería el equivalente al «No tengas todos los huevos en el mismo cesto»... Pues como existe tanto movimiento y tanto rango de movimiento de esa esfera perfecta, solo le llega la sangre por el cuello del fémur. Por la unión del palo con el chupa-chups.

Entonces ya no es tan descabellado que alguien joven al que yo no voy a considerar obsolescente padezca una necrosis (muerte ósea) y necesite una prótesis de cadera antes de lo habitual.

¿Quién padece una necrosis?:

- Pacientes alcohólicos.
- Pacientes que tomen drogas (cocaína).

- Enfermos en tratamiento con cortisona.
- Buceadores.
- Pacientes con problemas en la sangre que tengan una sangre más «espesa».

Y luego existe el cajón de sastre de esta enfermedad, la llamada NICF: necrosis idiopática de la cabeza del fémur (en confianza: idiopática equivale a «no tengo ni idea» de lo que ha provocado la lesión...).

Tanto si llevas una prótesis de cadera como si padeces de artrosis, te recomiendo que leas con atención el capítulo «El Kamasutra traumatológico», donde te contaré cosas imprescindibles para alguien como tú. Algo que aún hoy día da mucho apuro comentar en una consulta de traumatología.

¡ME MATAN LAS RODILLAS!

Y llegaron las malditas rodillas. Para empezar, tenemos el doble de posibilidades de que duelan más porque tenemos dos... Es un chiste. Igual que es un chiste cuando hablo con mi amiga Marjorie —ginecóloga— y le digo que ella solo debe atender a la mitad de la población. Pues los señores no son «suyos»...

A ver... que ya me estoy dispersando. Concéntrate, Miranda: rodillas y vestidos.

Sí, eso. El largo de un vestido, los complejos por la forma de las piernas: piernas en X, piernas en o, grasa situada estratégicamente para hacer daño a tus ojos (solo a tus ojos, los demás son menos críticos contigo, nunca lo olvides), celulitis distribuida de modo homogéneo y compactado... Minifalda hasta los treinta y pocos o cuarenta y muchos. Corte por debajo de la rodilla. O corte midi (hasta hace unos años llamado «modo modosito»). Da igual. Tú continúa concentrándote en el vestido (al menos una de las dos que esté concentrada).

Empezaré con un ejemplo loco...

Imagina una señora de unos noventa años entrando a la consulta de un dermatólogo en la Seguridad Social española.

—Buenos días, señora, ¿a qué venía? ¿Quién la manda?

—Vengo yo, después de insistir mucho a mi médico de familia.

—Bien, ¿dígame qué le ocurre?

—Tengo arrugas.

—¿Sí? ¿Y bien?

—Tengo arrugas y no quiero tenerlas.

¿Verdad que oyendo este diálogo te da como mínimo para sonreír? Pues con las rodillas y los pacientes ocurre algo similar.

AUMENTANDO LA ESPERANZA DE VIDA Y LOS REQUERIMIENTOS.

¿Recuerdas cuando te hablé de la obsolescencia programada? Cuando vivíamos hasta los treinta y cinco en la Edad Media, nos moríamos de una infección, de una apendicitis, de una bronquitis (eso las que tenían la suerte de no haber muerto a causa de las complicaciones tras los

partos en aquellas casas llenas de mugre...).

Desde la llegada de los antibióticos y de las vacunas, año tras año, la esperanza de vida ha aumentado.

Los requerimientos de los pacientes también.

Antes, a los sesenta y cinco años los mayores estaban encerrados en casa perpetuamente, viendo la tele y «esperando» lo «esperable». Hoy día las cosas han cambiado; cada día más pacientes quieren y siguen activos hasta más allá de los ochenta.

No es de extrañar que el implante de prótesis de rodilla haya aumentado exponencialmente en los últimos años. Y ahora ya no es extraña la colocación de una prótesis de rodilla por encima de los ochenta e, incluso, los noventa años de edad.

UN POCO DE ANATOMÍA. LA RODILLA.

En la rodilla se articulan tres huesos:

- *Fémur*, que tiene un contorno redondeado.
- *Tibia*, que tiene una superficie plana.
- *Rótula*, que resbala por un valle en el fémur.

Esos tres huesos, a su vez, están forrados de cartílago articular blando que trabaja como una almohadilla y absorbe los impactos que reciben los huesos.

Luego encontramos los meniscos, en forma de disco, que se adaptan a la estructura contorneada; y de este modo se consigue articular la parte redondeada de fémur con la parte redondeada de menisco.

Y finalmente los ligamentos:

- En el interior: cruzados anterior y posterior. Estos dos evitan que la rodilla se pueda desplazar erróneamente hacia delante y hacia atrás.
- Ligamentos laterales: evitan movimientos anómalos hacia los lados.

¿Qué es un menisco? Una estructura cartilaginosa.

¿Qué es un cartilago? Un tejido que adopta una forma y aunque la deforms vuelve a la posición inicial. Tócate la oreja, concretamente el pabellón auditivo, dóblalo. ¿Te has fijado que vuelve a la posición inicial? Eso es un cartilago.

El menisco es el cartilago de la rodilla que ayuda a volver más congruente una estructura redondeada con una superficie plana.

CONDROMALICIA O CARTÍLAGO BLANDO.

Repasando este capítulo, me he dado cuenta de que tenía que poner en algún momento una

cuña para hablar de la condromalacia o reblandecimiento del cartílago, ese proceso de envejecimiento adaptado no al menisco sino al cartílago.

Existen cuatro grados que se pueden diagnosticar por resonancia y por cirugía:

- *Grado 1.* Reblandecimiento del cartílago con el mismo grosor.
- *Grado 2.* Algún fleco suelto por el que empieza a disminuir el grosor.
- *Grado 3.* Cartílago muy afectado. Aún no protuye el hueso.
- *Grado 4.* Ya no existe cartílago en ese punto. Afectación del hueso.

Equipáralo a cualquier problema cutáneo, haz el símil con la piel. Sería el mismo proceso, que te transforma por el paso de la vida, pero en vez de por fuera... por dentro.

Continuemos.

LOS PROCESOS EVOLUTIVOS.

De la rodilla. Algo parecido al desgaste de un neumático.

Si en una rodilla existe tal desgaste que puede llegar a «rascar» hueso con hueso, estaríamos ante una *artrosis*, aunque esta sea una definición muy poco académica.

Para que una rodilla llegue a ese punto antes se deben haber gastado dos estructuras previas:

1. Los meniscos.
2. El cartílago que recubre el hueso en la rodilla.

De una prótesis, sea de rodilla o de cadera.

¿Cuánto tiempo puede durar una prótesis de rodilla? ¿Cuándo caduca? Tenía un compañero traumatólogo, el doctor Jordà, en el hospital universitario de Joan XXIII —en Tarragona—, donde me formé, que siempre decía que el tiempo puede variar: desde una hora hasta veinte años. ¿Cómo una hora? Y él respondía: «Sí, si no está bien implantada y el cirujano se da cuenta, se cambia inmediatamente».

Días o meses: si está infectada o si ha podido haber algún fallo técnico o hueso demasiado «blando».

Años: a veces pueden ser cinco, pero la inmensa mayoría, entre diez y quince. Todo dependerá del paciente:

- Si el enfermo es muy joven y recupera las «ganas de vivir», usará mucho la prótesis y los componentes se «gastarán pronto».
- Si el enfermo es muy mayor y solo sale de casa para el café y la partidilla de mus, no se gastará tanto o nunca. Y será la prótesis «definitiva». Manera suave y delicada de comentar que será la primera y única en la vida.

- Si el cirujano fue muy bueno, el implante salió de una calidad exquisita, el enfermo no engordó y todo fue rodado..., quizá llegue a los veinte años. Entonces, se consideraría un éxito de la cirugía.

Y si se afloja, pues entonces se cambia y ya está. Va a ser que no.

No es tan sencillo, te lo aseguro. Una prótesis implantada en el hueso tiene un proceso paulatino para aflojarse:

- Si aparece dolor y la prótesis no está suficientemente aflojada, al intentar quitarla se arrancará parte de hueso sano.
- Si se espera demasiado para retirar la prótesis, también se puede provocar la «destrucción ósea».

Y lo más importante, cuando se quita la prótesis aflojada, el siguiente material protésico por implantar debe ser más grueso y largo para que pueda tener una consistencia adecuada dentro del hueso ya debilitado.

Ejemplo gráfico parecido al aflojamiento (también conocido por rechazo) de la prótesis.

Vamos a colocar un espejo en la pared. Broca del ocho. Taco del diez. Punta para colgar el espejo.

Tiempo después nos cansamos de ese espejo, que si sí que si no, al final la punta no agarra bien pues se ha aflojado todo.

Lo primero será sacar el taco de la pared, y entonces pueden suceder dos cosas:

- Arrancamos parte del yeso de la pared. Ha sido poca cantidad. La broca de ocho no sirve, la broca del diez tampoco, finalmente utilizamos una del doce. Taco del catorce.
- Arrancamos muchísimo yeso, tenemos que usar masilla y esperar a que seque antes de volver a colocar un nuevo taco, nunca inferior del doce...

A MÍ LO QUE ME GUSTA ES OPERAR. Y AÚN NO QUIERO OPERARTE A TI.

Te aseguro que yo en quirófano me lo paso pipa. Comprobar tu habilidad, encontrar lo esperado o ver que debes superar algún contratiempo inesperado. Además, todo tiene su momento. Como una buena paella:

- Si echas el arroz demasiado pronto antes de la cocción perfecta del sofrito, no saborearás un plato delicado con una amalgama de sabores.
- Si echas el arroz muy tarde, el sofrito impregnará el resto del plato y tampoco lo saborearás

como es debido.

Pues con las prótesis ocurre algo parecido.

Si colocas la prótesis a un enfermo demasiado joven, le ofreces una calidad de vida buena durante unos pocos años. Luego empezarán las reintervenciones...

Si tienes al paciente una eternidad en lista de espera hasta considerar que llegó el momento, también es una muerte en vida.

¿Qué momento exacto es el ideal para colocar la prótesis? ¿Solo un médico debe decidir el futuro de un paciente como si fuera el juez de su vida?

Una vez, un traumatólogo que conozco, el doctor Calmet, me explicó los motivos para operar a los enfermos a una edad más temprana —él era el médico del equipo que los operaba más jovencuelos—, y me dijo: «¿Miranda, alguna vez se te ha muerto un enfermo a causa de un accidente al que le has negado una prótesis durante años?». Él se acordaba de un enfermo al que le había negado una prótesis dada su juventud. Los últimos años de aquel paciente habían sido de una calidad de vida pésima, con cojera y grandes limitaciones. Lo miré fijamente a los ojos y comprendí el hondo sentimiento de culpa que llevaba sobre sus hombros.

Te diré que existen escalas radiográficas, escalas de valoración del grado de minusvalía, y que la ciencia ha mejorado y que han aparecido otras prótesis más minimalistas (para casos concretos). Se puede llegar a cambiar solo media rodilla, preservando la parte poco gastada a la espera de colocar luego un implante mayor.

Incluso te diré que los materiales han experimentado aumento de la supervivencia en el hueso implantado.

Pero tengo que afirmar claramente que eso de *la prótesis que no se afloja nunca* —porque a mí me la han puesto de mayor calidad— no es cierto.

Tanta complejidad lleva a emplear tiempo en las consultas para valorar cada caso, cada enfermo y cada situación personal. Quemar todas las naves antes de vernos arrojados al precipicio de la cirugía protésica.

¿Has visto? ¡Soy cirujano traumatólogo y hablo de la cirugía como el precipicio! Acuérdate de lo que decía mi jefe, el doctor Romani: «La cirugía —en general— es el fracaso de la medicina».

¡Miranda, tu jefe era un exagerado! Pues no, era un visionario. Si la medicina fuese suficientemente buena, curaríamos las apendicitis con antibióticos, las fracturas óseas que deben operarse con pastillas y la artrosis que necesita prótesis con un jarabe.

Sé que puede resultar muy dramático, tal y como lo explico. Pero ahora llegó el momento de enumerarte otras complicaciones, aparte del aflojamiento, que ya te he explicado:

1. Infección.
2. Trombosis.
3. Luxación de la prótesis, si habláramos de prótesis de cadera.

Y otras que no te cuento aquí.

Solo quiero hacer un inciso en la infección. La infección de una prótesis de rodilla o de cualquier tipo de prótesis es quizá la complicación más desgraciada que existe. Aboca al enfermo al siguiente viacrucis:

1. Retirada de la prótesis.
2. Toma de cultivos durante el acto quirúrgico para saber contra qué bicho (microorganismo) debemos luchar.
3. Antibiótico (normalmente dos) en vena un mínimo de cuatro semanas, o hasta que los marcadores en sangre de la infección se normalicen (a veces pueden ser tres meses...).
4. Análisis de sangre periódicos para controlar hígado y riñón. Muchos antibióticos potentes dañan esos órganos.
5. Recolocación de la nueva prótesis (recuerda que, como se debe cambiar, tendrá que ser más grande...).
6. Rezar de por vida para que la infección en el hueso no se reproduzca. Sí, has leído bien, rezar de por vida. En el hueso, una infección puede quedar aletargada durante años y en un proceso de bajas defensas volver a dar la cara. Mi récord: un abuelito de más de noventa años que acudió a consulta por una infección ósea en el codo a causa de una fractura durante la Guerra Civil española. Has leído bien: una infección abierta que padeció por una fractura hacía más de setenta años.

La posibilidad de infección de una prótesis es alrededor de una de cada cien. No es mucho hasta que te «toca el gordo».

¿Cómo se te queda el cuerpo después de haber oído las complicaciones de las prótesis?

Si este capítulo consigue concienciar un poco más a la sociedad, me daré por satisfecha. Siempre explico que vivimos en una sociedad de consumo extrema. Y el ejemplo que me encanta es el de: «¿Qué cenamos un sábado por la noche?». Estás de las ocho y media a las diez para decidir si chino, *pizza*, mexicano o tailandés. Eliges finalmente... Y entonces le montamos un «pollo» al pobre repartidor si en vez de llegar en veinte minutos tarda veinticinco.

Años y años mareando la perdiz. Me apunto en lista de espera de prótesis porque el invierno pasado lo pasé muy mal.

Luego, uff, ¿me das para operarme el 1 de diciembre, con lo cerca que está la Navidad? Ahora tampoco me va bien porque tengo un viaje del Imsero contratado. En verano no puedo porque cuido a los nietos.

¡Vamos a ver! Cuando uno está jodido —no fastidado sino jodido—, le importa un pepino si es Navidad, si tiene viaje del Imsero o si le toca cuidar a los nietos.

Un jefe mío me decía siempre... para apuntar en lista de espera a un paciente le debes hacer una pregunta clave: «¿Te operarías mañana mismo?». Si la respuesta es sí, está a punto para operarse de la rodilla, cadera o lo que surja.

¡Espera, espera, espera! ¡Que no me has hablado de la artroscopia de rodilla! Es verdad. Ahora te intento resumir otro tiempo quirúrgico que, al igual que la prótesis de rodilla, también tiene un tiempo de cocción como la paella.

No es lo mismo operar de un menisco a un muchacho futbolista de veinte años, que a un varón obsoleto de cuarenta y cinco años jugador de pádel y deportista nato, que a una mujer obsoleto de sesenta y ocho años, obesa y sedentaria.

Una vez llegado a este punto, y antes de que vayas corriendo a rescatar el informe de tu resonancia magnética de rodilla... *STOP*. No sirve de nada valorar solo una resonancia. Y, si me apuras, valorar solo un informe de una resonancia. Porque te aseguro que la gran mayoría de los

traumatólogos y otros especialistas, aun fiándose del radiólogo que firma la resonancia, observa con detenimiento las imágenes, pues ya sabes tú que una imagen aporta más que mil palabras.

Solo en caso de extrema necesidad, de incompatibilidad de CD, de conocer a pies juntillas el *modus operandi* del radiólogo o de fallo informático, alguien puede decidir una cirugía sin ver las imágenes de un paciente. Claro, que siempre te queda el «vuelva usted mañana» antes de entrar a quirófano.

Siempre me ha encantado cuando viene un paciente a la consulta con su flamante resonancia recién salida del horno y le preguntas:

—¿Qué le ocurre?

Y te responde:

—Tengo una rotura del asta posterior del menisco interno.

Yo le contesto:

—Eso no es lo que le ocurre. ¿Qué síntomas tiene usted?

Acomplejado primero y aliviado después, cuando sabe la respuesta, admite:

—Me duele la rodilla.

Y yo entonces le sonrío y le suelto:

—Bien, empecemos.

La exploración es VITAL para saber exactamente qué le ocurre a la rodilla. Te aseguro que *puedes tener una rotura meniscal que no duela*. Y puedes tener dolor de rodilla con los meniscos íntegros.

¡No solo de meniscos vive la rodilla! ¡No solo de los meniscos vivimos los traumas!

Un menisco roto es un drama, o no.

Imagina una rueda nueva, imagínala con 20.000 kilómetros. ¿Verdad que el dibujo se empieza a gastar? Imagínala con 40.000 kilómetros. ¿Verdad que el desgaste va siendo mucho más general, incluso se puede desprender un cachito de goma? Ese es el punto que quiero que te venga a la cabeza cuando visualices un menisco roto. Un trozo de goma suelta dentro de una rueda no puede ser bueno, pero a veces intentar limpiar la goma suelta puede acelerar el desgaste. Sería el famoso recauchutado de ruedas.

Operar un menisco significa, en el 95 por ciento de los casos, «tirar» a la basura el trozo de menisco roto. *Quitar la amortiguación natural de la rodilla*.

Yo te diría que debes hacer caso a tu traumatólogo por encima de todo, pero te contaré unas premisas:

1. Si el menisco roto es de un jovencito (menos de veinte años) y es suturable, es reparable.
2. Si la rodilla se queda bloqueada, pues el menisco entorpece el correcto funcionamiento de la «rueda», debe operarse.
3. Si la rodilla tiene muchos signos de artrosis, no debería operarse.

Y entre el punto 2 y el 3 se encuentra el 99 por ciento de las rodillas españolas. De ahí la difícil situación de decidir cuándo operar (recuerda la paella...).

¡Venga, te lo voy a complicar un poco más! Con un menisco roto se puede hacer prácticamente vida normal (siempre y cuando no bloquee la rodilla). Te contaré un secreto; en mi servicio, el 80 por ciento de los traumatólogos tienen más de cuarenta años. Más de la mitad tienen un menisco

roto (uno o más). Y continuamos haciendo guardias de veinticuatro horas, jornadas quirúrgicas de ocho o nueve horas y algunos practicamos deporte.

Bien, creo que con todo lo que he explicado, has podido entender el concepto de caducidad adaptado a la rodilla.

Ya para terminar te contaré una anécdota: siendo ya una traumatóloga con título (residencia terminada), un día, un geriatra me comentó de una paciente que le quitaba el sueño... Se trataba de una anciana de más de ochenta a la que le dolía tanto la rodilla que había decidido hacerle una resonancia magnética. Y venía todo acelerado para explicarme que el resultado del informe le preocupaba mucho.

—¿Sabes lo que le he encontrado?

—¿Una rotura meniscal?

—Sí. ¿Cómo lo sabes?

Puede que mentalmente pensara: «Elemental, querido Watson». Pero no lo dije.

En medicina cada especialidad, cada rama conlleva una formación tan completa y exquisita que lo que puede ser de Perogrullo para un trauma no lo es para un geriatra y al revés. Así que le sonreí y le expliqué una vez más lo que ahora te comento a ti.

Y aquí se acababa el capítulo de la rodilla, se lo pasé a mi editora y me preguntó lo siguiente: «¿Así que siempre que tienes artrosis en la rodilla se debe poner la prótesis?». Y entonces pensé: «Merda, aún no ha quedado todo claro...».

¿Siempre que tenemos artrosis de rodilla debemos poner una prótesis? No, ROTUNDAMENTE NO.

SUBJETIVIDAD, DOLOR Y ASPIRACIONES.

Y eso daría para un nuevo capítulo...

Ahora te voy a hablar de mi abuelo Joan, que falleció hace un año a los noventa y tres años. Labró la tierra y cultivó hortalizas y verduras hasta más allá de los ochenta y ocho años. En julio de 2004, coincidiendo con las Olimpiadas de Atenas, resbaló y se rompió la rodilla. ¿Sabéis cuándo me avisó a mí para que le tratara la fractura? Primero regó todo el día el huerto —pues era verano y tenía las horas de agua del pozo concertadas— y su rodilla podía esperar. Luego se fue a casa a pelearse con mi abuela Remei, que le dijo que tenía que acudir a urgencias... ¡A mí me avisaron al día siguiente!

Diagnóstico: fractura horrenda de rótula sobre una artrosis de rodilla severa. A esa edad, la artrosis de rodilla era tal que cualquier traumatólogo del mundo mundial hubiese considerado colocar una prótesis de rodilla.

¿Qué ocurría? Que él —mi abuelo— no tenía dolor o, si acaso, era una pequeña molestia que no precisaba de ningún analgésico (creo sinceramente que mi mamá salió a mi abuelo Joan).

Un traumatólogo siempre opera a enfermos, no radiografías. Así que, aunque tengas una artrosis horrorosa en cualquier articulación, si no duele o el paciente jura que puede realizar su vida diaria sin complicaciones, no se debe operar. No se deben tratar radiografías sino síntomas y personas.

Esos días, mi abuelo se volvía loco encerrado en la masía con un yeso, incluso comenzó a despistarse un poco. De manera consensuada con mi tía y mi abuela, decidimos cambiar el yeso por un vendaje que permitiera caminar para que pudiese salir a diario al huerto a continuar regando y controlando las verduras en plena temporada. Al cabo de dos días, ya se había «recentrado», era más feliz que un enano y pasó el verano regando y controlando los resúmenes de las Olimpiadas de Atenas.

Al cabo de nada —cuatro semanas eternas para los cuidadores—, le quité el vendaje. No me quiso ir a ver al hospital nunca más por ese tema. Al poco tiempo, la movilidad era total y el dolor cero.

Esas rodillas fueron empeorando, pero nunca fueron un motivo de queja para que él, mi abuelito, continuara diariamente con sus actividades. Ese tipo de enfermos —pacientes con una tolerancia alta al dolor y a las incomodidades, que no precisan pues de cirugía protésica— existen. Y nunca se deberán operar de una prótesis de rodilla.

En el extremo opuesto tenemos a enfermos (les llamaremos ultrasensibles) que la más mínima molestia es para ellos un drama del tamaño de Madagascar.

Voy a perder el tiempo en explicarlo pausadamente para que no se me malinterprete —aunque igualmente sé que así será—, pero ese tipo de enfermos nunca se curarán.

De vez en cuando, por presión del paciente, de la familia o del vecino del quinto (que trabaja en tu mismo hospital...), acabamos operando enfermos de este tipo, ultrasensibles. Lo único que les ofrece la cirugía es un motivo para continuar enfermos y con dolor invalidante.

LAS APENDICITIS BLANCAS Y LAS RODILLAS BLANCAS.

En medicina está aceptado y es óptimo un cierto número de enfermos al año que, con un dolor abdominal —de tripa—, se operen de apendicitis y, una vez se haya abierto, se compruebe que ese dolor de tripa no es culpa de la apendicitis. En esos casos, ya de paso se extirpa el apéndice. Muerto el perro, se acabó la rabia.

Y ese pequeño número de enfermos con apéndice «blanco» compensan las apendicitis perforadas y llenas de pus que precisan de cirugías más agresivas.

Esa sería la versión amable de la anatomía blanca.

Operar rodillas «blancas» es de todo menos amable.

En mis dieciocho años de experiencia llevo solo dos en mis espaldas. Pero te explicaré más, porque en realidad sé de muchas otras.

La memoria compartida del equipo de traumatólogos que me acompaña en mi vida carga a sus espaldas enfermos que puede que un día fuesen una rodilla «blanca».

¿En qué momento dejas de creer en el dolor de ese enfermo para decirle cien veces seguidas que NO LO VAS A OPERAR se ponga como se ponga? ¿En qué momento ese paciente dice que el cirujano no le hace caso y que no lo quiere operar? ¿Cuándo la empatía roza la sensiblería y cuándo el raciocinio roza las malas maneras?

La última vez que operé una rodilla «blanca» supe que había sido un error. Esa enferma nunca se curó y le haga lo que le haga nunca se curará. Puede que su sensibilidad corporal sea más fina

de lo normal, puede que tenga algún conflicto interior que no le permite expresar algún otro tipo de dolor, molestia o queja en la vida y que sublime de ese modo; con dolor de rodilla, en la rodilla operada de prótesis. ¡Qué sé yo! ¡Yo solo sé un poco de medicina y de huesos! Ahora solo me faltaría psicoanalizar al personal... ¡Vaya lío!

De esas rodillas blancas compartidas por mi servicio, existen enfermos con nombre y apellidos que cuando se nombran en voz alta es como si se activara el DEFCON 1, el máximo nivel de alarma nuclear mundial. Todo el equipo, todo el mundo se pone firmes hasta la llegada del peor tsunami de la historia. Se debe estar preparado para la catástrofe que arribará de un momento a otro. Y casi siempre es así.

Te aseguro que lo que más me gusta en la vida es operar. Y que gasto cien veces más energía en la consulta diciéndole una y diez veces a un enfermo que no tiene criterios para operarse que en operarle. Y ya sé que tú no tienes por qué saberlo, pero este libro es mi manera de dar rienda suelta a todo lo que explico una y mil veces bajo presión a mis enfermos. Sé que muchas veces no me entenderán, sé que una parte ínfima de ellos puede que me lean, pero sí sé que ayudaré a muchos pacientes de muchos colegas que no entienden por qué su cirujano le ha dicho NO a una operación.

Una cirugía no adecuada por una mala indicación o por una claudicación ante la insistencia de todos los allegados al enfermo supone muchas veces pan para hoy y hambre para mañana... Unos meses quizá de tranquilidad y años posteriores justificando una mala indicación.

Imaginad ahora un dolor en la rodilla en alguien de más de cincuenta años:

- Resonancia compatible con menisco roto —como ya has aprendido hoy, algo muy habitual—, artroscopia de rodilla. No es efectiva.
- Me duele, me duele, me duele. Quiero una solución.
- Eres demasiado joven para una prótesis. Pierde peso. Calza cómodo. Rehabilita y potencia los músculos.
- Me duele, me duele, me duele. Quiero una solución.
- Claudicación del cirujano. Prótesis que te crio a los cincuenta y pocos.
- Aquí empieza un periodo de paz menos largo de lo que el traumatólogo se espera...
- La prótesis: me duele, me duele, me duele.
- La prótesis no parece infectada, no parece aflojada.
- Me duele, me duele, me duele.
- Haremos pruebas para comprobar cómo está la prótesis.

Y aquí continúan los problemas con un fabuloso y fantástico efecto bola de nieve... Si alguna prueba sale alterada, claudicarás y se decidirá recambiar la prótesis.

Un recambio de prótesis es un «cristo de cirugía» donde incluso en las mejores manos puede acabar como el rosario de la aurora. Tenemos:

En contra:

- La calidad del hueso, que siempre es mala.
- La cicatriz de los tejidos: algunos dan más de sí, otros no.

- El aflojamiento del material a expensas de la pérdida de hueso.
- El material bien adherido que hay que «arrancar».

A favor:

- Las tablas de los cirujanos, que se esmerarán todo lo que puedan expresar sus cerebros y sus manos para el bien del enfermo.

Y luego también tendríamos que hablar de los enfermos con graves problemas generales que contraindican la cirugía de prótesis. Se pueden ahogar en reposo por un problema cardíaco severo, sus pulmones pueden estar tan delicados que no permitan una intubación para una cirugía demasiado larga. Esos enfermos, aunque padezcan de una artrosis de rodilla, nunca serán candidatos a cirugía de prótesis de rodilla o cadera.

Pondré el ejemplo perfecto para un paciente que no entendía.

Antes de la implantación de las historias clínicas informáticas —sí, soy así de vieja ya—, en los cursos clínicos (escritos a mano) de los pacientes, podías leer las impresiones médicas y personales de los traumatólogos que atendían a tus pacientes.

Además, sabías perfectamente que si llegabas a comprender el 85 por ciento de lo que leías, te convalidaban segundo de historia egipcia y tercero de jeroglífico. Pues bien, ante un enfermo grave con gran patología (enfermedad), los cursos clínicos de las últimas cinco visitas decían lo mismo:

- Se le explica al paciente que tiene un riesgo quirúrgico alto y el enfermo insiste en operarse.
- Riesgo quirúrgico alto. Insiste en la cirugía protésica.

Así hasta en cinco ocasiones.

Me encontré ante un señor de unos ochenta y cuatro años de edad que caminaba con dos bastones. La piel de su rostro, castigada por el sol; sus manos, altamente trabajadas. Era un agricultor que posiblemente aún trabajaba la tierra y cultivaba sus propias verduras y hortalizas. Alguien con el que me resultaría muy, muy fácil entenderme, al menos a mí, que soy de pueblo como las amapolas.

Le vamos a llamar Josep.

—Josep, las últimas cinco veces que ha venido a vernos le han explicado que tiene un riesgo quirúrgico alto. ¿Sabe lo que quiere decir eso?

—Sí que me lo han dicho. No sé qué es. Pero yo tengo mucho dolor.

—Pues... Josep, eso quiere decir... Que puede salir de quirófano dentro de una caja de pino (aquí salió la doctora Miranda más *hard* y dura que conozco, la de pueblo, pueblo, para que lo entendiera claramente).

—¡Hostia! ¡Hostia! ¿Cómo? Hablemos, yo eso no lo quiero. No, no, no. Busquemos una solución, pero yo ya no quiero la cirugía.

P.D.: es la única vez en los veinte años que hace que trabajo de médico que le he explicado las

posibles complicaciones de una cirugía a alguien con este grado de brusquedad. Creo que era la única manera de que el señor Josep entendiera la magnitud de la tragedia que podía llegar a pasar.

15
**ESGUINCE DE TOBILLO.
ME LO TORCÍ Y ME QUEDÓ MAL**

Posiblemente tu vestido ideal no acabe en el tobillo, a no ser que tu sueño sea ser una princesa romántica y te veas en el baile de la Rosa de Monaco. Si es así, bienvenido sea.

Recuerda que lo que hoy se considera obsoleto y retro años ha era considerado *sexy* y muy atractivo. En el siglo XIX, una mujer íntegra debía evitar mostrar sus tobillos en público al subir y bajar de los carruajes.

Sin ir más lejos, los primeros bikinis fueron considerados casi una herejía. Y siguiendo la moda del menos es más (hablando en centímetros cuadrados cubiertos corporalmente), nuestras adolescentes llevan unos *shorts* tan *shorts* que las nalgas del trasero (culo) se muestran veinticuatro horas al día.

Ahora voy a ser retro, muy retro. ¿Qué tal esa ilusión al descubrir un regalo muy deseado? ¿Y el morbo de saber dónde hay pecas o dónde descubres un tatuaje? (Sí, ya lo sé, soy una obsolescente retro...). En fin, a lo que íbamos: el tobillo en todo su esplendor de la torcedura.

Todos conocemos a alguien que ha padecido como mínimo un esguince de tobillo. Y muchas veces la frase acaba con un: «Y me quedó mal». Muchas más veces de lo que puedes imaginar.

Esguinces de tobillo de Miranda Trauma: tres izquierdos; uno derecho. Y el tobillo izquierdo... me quedó mal.

Mi primer día en la residencia de traumatología y ante la atenta mirada de mi compañera coerre (coR4) Mercedes Gómez, me dispuse a empaparme de conocimientos de traumatología a marchas forzadas. En menos de diez días me soltarían SO-LA en un servicio de urgencias traumatológicas en plena campaña veraniega de julio en Tarragona (epicentro de la Costa Dorada, un lugar lleno de zaragozanos, riojanos y barceloneses, producto local. Y luego una avalancha de ingleses, holandeses, franceses, etc., también llamados guiris. Entre tú y yo, lo más parecido a Vietnam. O como soltar a un tierno Bambi en plena guerra con artillería, incendios, bombas, de noche y sin gafas de infrarrojos...).

Lo primero que me explicó Mercedes en mi primer día fue el esguince de tobillo. Cómo explorar y cómo detectar ese tipo de lesiones o fracturas en menos de dos minutos. Aún lo hago igual. Y han pasado ya más de dieciocho años.

Y lo mejor, el legado que ella me brindó de modo desinteresado yo a mi vez lo traspaso a

compañeros residentes de familia y otras especialidades. O sea que todos ellos oyen en mí el eco de las palabras de mi Mercedes, un ángel que consiguió que no tirara la toalla ante tal estado bélico continuo.

¿CÓMO TE EXPLICO UN ESGUINCE PARA QUE LO ENTIENDAS? DAME UN CHICLE Y MOVERÉ EL MUNDO.

Un ligamento es una estructura que sujeta dos huesos (estabiliza) y evita que se separen, junten o se luxen (se salgan de madre).

Ahora vamos a comparar un ligamento con un chicle bien mascado. Ocurren tres posibilidades:

- Tiras de él y, cuando lo dejas, vuelve a la posición inicial.
- Tiras de él. No se rompe, pero no vuelve a la posición inicial.
- Tiras y ¡chas! Se rompe.

Esa sería la equivalencia en los esguinces de tobillo o distensiones en cualquier parte de la anatomía humana.

RICE, POLICE Y LA MADRE QUE LOS MATRICULÓ.

Primero llegó RICE y luego POLICE (no Sting, del grupo Police, ni un policía). RICE es el acrónimo de unas palabras ampliamente conocidas en inglés (*of course!*)—.

R de *REST*: reposo de toda la vida.

I de *ICE*: hielo.

Y hablando de la palabra RICE (en inglés, «arroz»), voy a interrumpir el discurso para añadir unos minutos publicitarios *by* Miranda.

¿Sabes que el antiinflamatorio más sano, natural y barato que existe es el hielo?

- No provoca úlceras de estómago ni altera las digestiones.
- No eleva la tensión arterial.
- Es económico. Y además, tiene una acción ampliamente conocida, no como otros fármacos que se venden en formato tubo, espray o emulsión, que no bajan de diez euros/bote.

Cuánto me río cuando veo en la tele el anuncio de un producto que, extendido con un masaje amoroso, penetra hasta las vértebras lumbares y alivia la inflamación local. ¡Cómo se nota que los agentes publicitarios no han estado nunca presentes en una cirugía de columna lumbar! Para llegar ahí, en una persona delgada, como mínimo, debes «escarbar» 6 o 7 centímetros. Si es alguien obeso, es como caer en el fondo de un pozo.

¿Cuántas veces has visto dar declaraciones a Rafa Nadal o a los hermanos Gasol en la NBA con hielo en tobillos o rodillas? Y si ellos lo usan habitualmente y son los mejores, será por algo.

¿No te lo habías planteado?

Ahora nos quedaba la otra mitad de RICE:

C de *compression*: apretar con vendaje o yeso. Cuando comprimes algo, la presión constante evita que la acumulación vaya a más y provoque más dolor.

Algo parecido al uso «no terapéutico» de las fajas en las BBC (bodas, bautizos y comuniones), que sin quererlo se «preocupan» por ti y no dejan que te comas un segundo trozo de pastel, o repitas cuando la carne está perfecta de cocción. El uso «compasivo» de ese material «fajil» es como una operación bikini perfecta mientras se usa. Dentro de ti no cabe NA-DA. Toda una suerte. (Ironía modo *on again*).

E de *elevation*: elevar la pierna al cielo para evitar que la inflamación aumente. Ya sabemos que todo lo que sube baja. Y también sabemos que a veces subir hasta lo más alto no puede ser. Pues sería más de lo mismo para evitar que ese tobillo maltrecho pase a inflamarse un poco más.

POLICE. ¿Es aquí donde sale Sting? ¡Nooo!

POLICE: *Protection, Optimal Loading, Ice, Compression and Elevation*.

Optimal Loading = carga óptima, o sea, poner peso en el tobillo lesionado en buenas condiciones y escuchando ese tobillo. Eso equivaldría a empezar a caminar antes con mucho cuidadito.

PRICE (sería el ICE + la PR de protección). Y después de todo esto ya se quedaron tranquilos...

CLASIFICACIÓN POCO MÉDICA DE TAMAÑOS DE ESGUINCES DE TOBILLO. ¡NO HAY HUEVOS!

Antes de empezar con esta clasificación debes saber que un esguince pequeñín puede doler y duele más que una lesión más grave. ¿Y eso cómo se come? Te lo cuento con el símil de clasificación de los huevos y lo entenderás...

Sin huevo. En este caso solo se padece dolor en el ligamento, que se ha dado de sí momentáneamente sin observar nada de inflamación.

Atención a ese punto tan delicado. Los médicos y traumatólogos somos observadores y nos gusta comparar. Si nuestro Señor nos obsequió con dos tobillos fue para poder comparar en caso de esguinces de pequeño tamaño.

A veces, observo un tobillo hinchado y después me doy cuenta de que el propietario del tobillo viene así de serie y tiene unos tobillos gruesos (retención de líquido, lo llaman algunas). Otras veces, aun pensando que no está inflamado, me percató de que el amo de los tobillos tiene un equipamiento ligero y delgado. Y sí, tiene razón, y su tobillo está inflamado.

Atención con un esguince grado 0 o grado 1. Puede que su médico, al explorarlo, decida comparar con el otro tobillo. Nada de sorpresas desagradables cuando usted haya decidido

lavarse solo un pie... Algo ampliamente establecido en un país donde la escasez de agua es tan importante para los poseedores «ecológicos» de tobillos lesionados.

Luego también puede existir la versión depilación. Señoras que deciden depilarse solo una pierna. Y vas tú... y les pides que te muestren el otro tobillo. ¡¡¡Habrás visto osadía por parte del médico!!!

Si la muchacha se transforma en un tomate rojo, maduro, maduro y veo que se quiere morir ante mi osadía, ni corta ni perezosa procedo a realizar un mini *striptease* de pierna para que compruebe el estado piloso de mi tobillo y se quede tranquila. (Os confesaré que las médicas no siempre vamos perfectamente depiladas...).

Huevo de codorniz. Sabes perfectamente a qué tamaño me refiero. ¡¡Y duele que no veas...!!

Huevo de gallina. En este punto, la codorniz se va, aparece la gallina y empiezan los problemas. Podría estar roto. Deberás acudir a urgencias para una exploración y pruebas complementarias (radiografías).

Y no sueltes el famoso discurso de que como apoyo no estará roto, porque, si bien el sentido común es lógico y aplastante, las fracturas de tobillo y huesos del pie se pueden dar en enfermos con circunstancias especiales, que o bien toleran el dolor (los vascos, ¡hostia!), o bien padecen enfermedades que disminuyen la sensibilidad (diabetes), o han tomado sustancias que ocultan su sensibilidad (alcohol y drogas varias). Para tu información, el día siguiente a la verbena de San Juan, el 1 de enero por la tarde y el 25 de diciembre por la tarde son ideales para descubrir —una vez has dejado de macerar tu cuerpo entero en alcohol— que, mira tú por dónde, tienes un tobillo hinchado...

Huevo de avestruz. En este grado de esguince, el tobillo se deforma, 7 se debe realizar siempre una radiografía, pues puede ocultar fracturas de los huesos del tobillo.

Pues va y resulta que el huevo menos doloroso es el mayor, el de avestruz. ¿Y eso por qué, Miranda? Por la presión ejercida por la sangre dentro de la articulación... En el esguince de mayor tamaño, se produce un desgarro de la bolsa que recubre el tobillo (bolsa sinovial) y, al tener un punto de fuga, se puede acumular allá afuera toda la sangre inimaginable. En cambio, en el huevo de tamaño moderado —gallina—, no se produce el desgarro; luego la presión en esa articulación es mayor que en el grado máximo.

Entonces es cuando aparece el mundo al revés...

Y los propietarios de los tobillos hinchaditos montan «pollos» en urgencias (escoja ítem: me quejo por la espera o me desmayo de dolor). Y los amos de tobillos tamaño descomunal se toman una bebida de cola y una bolsa de patatas mientras esperan relajadamente su turno. Sorprendidos hasta el infinito y más allá por dolor cero.

CLASIFICACIÓN MENOS MÉDICA de MIRANDA TRAUMA.

Un poco parecida a la clasificación de las fracturas según mi jefe, el doctor Antonio Buñuel, para quien pueden *jodidas* o *muy jodidas*. Ahí queda eso para un traumatólogo de Teruel.

Pues para mí, las torceduras de tobillo se clasifican según tengan forma humana o no:

- Algo equivalente a «lo que tienes ahí abajo (también denominado “pata”) parece un tobillo».
- «Dios mío, eso de ahí abajo parece un botijo, no parece humano» (equivaldría al tamaño de la isla de Madagascar o a una mezcla entre un humano y un alien...).

OTTAWA, UN LUGAR FANTASTICO PARA TENER UN ESGUINCE DE TOBILLO.

El mejor lugar del mundo mundial —como diría Manolito Gafotas— es Ottawa, por los siglos de los siglos. El motivo: el estudio clínico con mayor número de esguinces de tobillo del mundo. Se investigó la necesidad de hacer a todo el mundo una radiografía o no. Y se analizaron qué signos inflamatorios y el lugar exacto de dolor eran una señal muy fiable de si un hueso estaba roto o no. Y se encontraron unos criterios que se han usado desde entonces en todos los lugares para ahorrar radiografías y evitar irradiaciones. Total, cada radiografía realizada impacta contra todas nuestras células corporales y de vez en cuando se puede provocar un cáncer.

CUANDO LA TRAUMATÓLOGA/TRAUMATÓLOGO PARECE LA SEÑORITA ROTTENMEIER...

Por un lado, todos quieren que les quede perfecto el tobillo. Por otro lado, todos quieren que les quite el vendaje o yeso antes de lo previsto.

¿En qué quedamos? ¿Queremos diligencia para retirar el yeso y empezar a mover o queremos la seguridad de que nuestro tobillo —no hay tobillos de recambio disponibles— quede bien curado?

¡¡¡Por el amor de Dios!!! La única persona del mundo mundial capaz de curarse antes de tiempo era Puyol, del Barça, y ya está jubilado. (Menos de cuarenta años y ya jubilado... Yo de mayor definitivamente quiero ser futbolista profesional. No es por el dinero ni *ná*, es por la jubilación antes de los cuarenta). Una vez jubilado Puyol, ya no queda nadie que se recupere antes. Ya no existen superhombres.

¿QUÉ TANTO POR CIENTO DE POSIBILIDAD DE PADECER SECUELAS TE APETECE TENER?

A mí, si me dejan escoger, elijo el cero por ciento. ¿Tú con qué número te conformarías?

A veces —más veces de las necesarias—, me toca quitar hierro al asunto de llevar un vendaje o yeso más tiempo del previsto para el paciente. Le pregunto a ese pobre señor o señora lesionado que aún no está suficientemente curado y le suelto...

—¿Cuántos años tiene usted?

—Cuarenta y ocho.

—Va, mujer... qué son dos meses de yeso en alguien que lleva cuarenta y ocho años viviendo. Una pelusa, una nimiedad...

En ocasiones consigo arrancar una sonrisa o una carcajada, motivo por el cual desaparezco en un santiamén de su presencia y le digo que hasta luego, Lucas... Mientras mi enfermera ágilmente recoloca el vendaje.

SI TIENES UN FISIOTERAPEUTA EN LA FAMILIA ESTÁS DE ENHORABUENA.

Te lo aseguro: tener un fisio en casa es una bendición.

Es cierto que la sanidad pública patrocina parte de los servicios. También es cierto que casi todas las mutuas también abonan esos servicios. Pero, claro está, no te puede tratar igual un fisioterapeuta de la Seguridad Social, que el de la mutua o un familiar.

Las mutuas son propensas a recortar o a adelgazar los honorarios de los servicios que contratan para terceros. ¿Acaso si no fuera así tendrían beneficios? La Seguridad Social, en cambio, es un servicio público deficitario por definición. Un pozo sin fondo proveedor de salud a los españoles. Y luego está el hecho de tener un fisio en la familia hasta el punto de que para mí la frase es: «Quien tiene un fisio tiene un tesoro».

Tener a alguien que revise periódicamente al paciente y que, a medida que pasan los días y el tobillo pide más, él dé más. Poder colocar los vendajes funcionales tipo *taping* y cambiarlos como es debido, cada tres días, e ir haciendo la valoración casi a diario es un tesoro.

Yo no poseo tiempo suficiente en mi consulta de la Seguridad Social para controlar a «mis enfermos» con esguince de tobillo cada tres días durante tres o cuatro semanas.

Sé colocar vendajes funcionales y durante mi época de residente hice excepciones con hijos y esposas de médicos y enfermeros de mi hospital. Pero citar a un enfermo cada tres días, revalorar y decidir qué ejercicio puede hacer es un trabajo de campo duro y poco agradecido.

UNO DE CADA CUATRO TOBILLOS QUEDA MAL.

Luego está la responsabilidad personal de cada uno con su cuerpo. Por ejemplo, el que sabe que su tobillo no está curado y se retira el vendaje antes de tiempo, bien por obligación familiar (único sueldo en casa), bien por irresponsabilidad total (cenutrio completo).

Decides ser muy POLICE y no poner un policía detrás de cada enfermo que te jura encima de la Biblia —o mejor de me lo pones encima del iPhone X— que no se quitará la férula hasta las cuatro semanas. Y luego... te lo encuentras comprando en el mercado central de Tarragona sin nada en la pata...

A esos, uno de cada cuatro, se les queda el ligamento dado de sí, y por lo tanto no se estabiliza en situaciones de estrés. Cuando se vuelve a torcer el tobillo dirá eso de «¡Pues a mí me quedó mal!».

Y del mismo modo que te expliqué que no existe una cirugía con patrón oro para la rizartrosis,

tampoco existe para la inestabilidad ligamentosa fruto de un esguince mal curado. O sea que: OJITO Y A CURARSE BIEN. ¡No tenemos tobillos de recambio!

P.D.: sí existen prótesis de tobillo, pero se colocan pocas y aún estamos en fase de mejorar prototipos. O sea que para ti te diré que no. Que no existen prótesis de tobillo cuando te dé el siroco y quieras arrancarte el vendaje de la pierna una calurosa tarde de agosto...

EL VERANO QUE APRENDÍ A PONER BOTINAS DE YESO.

El servicio de urgencias del hospital Joan XXIII donde me formé estaba pegado al centro de desintoxicación donde se servía la metadona a enfermos adictos a la heroína.

Un día de verano, al poco de empezar mi residencia, atendí a un muchacho yonqui de unos veintipocos años con una fractura en un hueso del pie; ese tipo de fracturas que parecen un esguince de tobillo pero, para ser exactos, son roturas del pie.

No sé si a estas alturas de la vida sabes lo que significa yonqui. Yonqui significa que todo tu mundo, toda tu energía y todo en la vida lo diriges hacia un único plan, tu obsesión: una adicción. Conseguir dinero del modo que sea, mintiendo, vendiendo patrimonio o robando. Eso es ser yonqui. Tener droga suficiente para drogarse, no solo el día de hoy, sino mañana y pasado.

Pues ese joven muchacho era un yonqui que acudía tres veces a la semana a buscar metadona. (La metadona es la droga legal equivalente a la heroína o morfina). Cerca de los lugares públicos donde se les proporciona metadona la tasa de adictos o exadictos a drogas es altísima.

La inmensa mayoría de usuarios de los centros de metadona, en realidad, son yonquis que la usan como plan B cuando no han conseguido el plan A —la droga.

El primer día que le atendí tenía que haber pensado que ese chico tenía unos requerimientos especiales. Ni sentía tanto el dolor ni iba a estar sin apoyar su tobillo el tiempo pertinente.

No puedo llegar a acordarme de cuántas veces le cambié el yeso —degenerado y roto— a Kevin (creo recordar que así se llamaba...). Siempre había una peripecia detrás de su yeso roto o manchado de grasa o simplemente inexistente... «He perdido el autobús, me han pegado, me he despertado *asin*».

Solo sé que con el pobre Kevin pude perfeccionar mis botinas de yeso durante todo el verano. Mis primeras botas de yeso parecían buñuelos de bacalao anárquicos, mientras que las de ahora son casi como botas de montaña ergonómicas a lo Chiruca (vamos a hacer publicidad de marcas españolas de calidad).

Hoy, dieciocho años después de haber empezado con la traumatología, sé que trataría de modo diferente a Kevin. Igual que he tratado de modo diferente a un cirujano que se ha roto el mismo hueso, o a un novio que se lo ha roto quince días antes de su boda. En eso consiste ser médico: en proporcionar los cuidados adecuados a las necesidades de tu paciente.

Esa experiencia solo te la da el hecho de visitar enfermos día tras día, comprobar quién cumple y quién, pese a las súplicas, sabes que no lo hará. Adaptar el tratamiento a enfermos con necesidades únicas, esa es la bendición de la pasión de nuestra vida.

JUANETES Y MALDITOS ZAPATOS

Ya tienes tu vestido soñado, tu último accesorio serán los zapatos. Cuando nos vamos de compras y queremos (entre ellas me incluyo) estar divinas para ese gran día. De entrada te diría que con la euforia del momento deberíamos evitar comprar los *stiletto*s más altos de la tienda. Es decir, baja tus expectativas, baja los centímetros estimados. Como mínimo, prométete a ti misma llevar los zapatos hasta después del cóctel.

He visto auténticas barbaridades. Zapatos de tacón que no han durado ni una hora de ceremonia... Y esos elegantes vestidos que, una vez bajas a la tierra, ya no te estilizan tanto. Y vuelves a ser tú misma sin altar, sin altura.

Os puedo asegurar que los pies y sus afecciones dan para más de un capítulo y para más de un libro. Pero hoy nos centraremos en los problemas diferenciales de la mujer. La mujer obsolescente —esa en concreto— que ha hecho muchas barbaridades a lo largo de su vida.

Cuando pienso en pies de mujeres, lo primero que me viene a la cabeza son los juanetes. Claro que puedo hablar de *fascitis plantar* o de *artrosis*, pero lo que nos diferencia de los varones son los juanetes. ¿Sabes? Eso solo es culpa nuestra. Sí, NUESTRA.

Porque, seamos sinceras, si me dicen que está de moda acudir a una boda con un *tocado fashion* que incluya una pifia natural entera —tal y como llevaba mi tocaya Carmen—, te aseguro que yo no me la pongo y tú tampoco, porque pensarás que es una tontería del tamaño de Madagascar. Y en cambio sucumbimos a la moda maligna de los zapatos de tacón y a la necesidad imperiosa de asociar a «*ir divina*» con el uso *sine qua non* de zapatos de alturas estratosféricas.

Pues me das la razón al decir que tú *debes decidir en cada momento lo que es mejor para tus pies*, pero debes saber qué te conviene y qué no. Te aseguro que los zapatos de tacón no te convienen para uso diario y yo no te los recomendaría más que en ciertas ocasiones, BBC (bodas, bautizos, comuniones) y, si me apuras, galas (G). No ser la reina Letizia tiene estas ventajas, cada año podemos contar estos actos lúdico-festivos con los dedos de una mano.

Te doy la razón en que un zapato de tacón es el complemento perfecto para ese *outfit* (conjunto de toda la vida). Sí, te ves más esbelta y delgada, pero ese magnífico efecto óptico desaparecerá antes de medianoche —como Cenicienta— cuando aparezca el dolor de pies y tus flamantes *stiletto*s se metamorfoseen en unas delicadas bailarinas. Entonces bajarás al mundo de los mortales y serás igual de glamurosa que las demás, que no llevan taconazos.

No hay nada más patético en una boda que observar cómo caminan las *it girls* una vez han entrado en «modo *ON* de dolor de pies»... ¡Eso no puede ser natural!

Pero, además de sufrir los zapatos de tacón de alturas imposibles en BBCG, existe un tipo de mujer que, por complejo de bajita, lleva a DIARIO zapatos de tacón de altura intermedia, entre 4 y 8 centímetros. Y para ellas es lo normal. ¡Por el amor de Dios! Eso no es normal, si así fuera, la evolución humana nos hubiese fabricado patas como a los gallos y las gallinas.

Nuestros pies son nuestro medio de transporte y, por lo tanto, el calzado debe ser lo más cómodo posible para todo el día y para todas las distancias. Recordad que incluso Carrie Bradshaw en *Sexo en Nueva York*, cuando llevaba los Manolos, ¡iba en taxi hasta la puerta de su casa!

El manual de supervivencia para quien utiliza esporádicamente zapatos de tacón incluye; uso ocasional de antiinflamatorios —si tu médico no te lo contraindica—, parches amortiguadores y escoger con la cabeza y no con el corazón ese objeto oscuro de deseo. Y el punto más real necesario y vital: una retirada a tiempo (*oséase*, unas bailarinas de toda la vida).

¡Vale, Miranda! Ya entendí que no debo abusar de los zapatos de tacón muy altos o de alturas intermedias para uso diario. Me alegro un montón de que así sea.

La perogrullada de este capítulo 16: usa zapatos adaptados a tus pies, no adaptes el pie a tu zapato.

¡Vaya, Miranda, te has lucido! Pues, aun siendo la perogrullada más gorda, nos pasamos por el forro las necesidades especiales de nuestros pies. Te lo aseguro.

Tú misma, mientras lees estas líneas, compruebas que es tan de cajón que sonríes. Pues ahora te daré un ejemplo con el que no solo sonreirás sino que quizá te reirás a carcajadas.

Para que yo lo entienda: pretendes entrar dentro de un zapato que no te conviene, simplemente por una convicción de moda o gusto social, y estás dispuesta (hablaremos aquí solo de personal femenino) a usar almohadillas, tomar antiinflamatorios, incluso a maltratar el pie —aun sabiendo que no debes— ¡¡solo porque te quedan bien unos zapatos!!

Cuando un enfermo me pregunta: «¿Qué más puedo hacer o tomarme para que no me duela?», le pongo este ejemplo.

Imagina tu pie y a mí, con mis 55 kilos (ironía modo *on plus*), saltando de modo compulsivo encima de él. Poing *poing poing*. Ante ese dolor de pies puedes hacer dos cosas:

1. Tomarte aspirinas. (Modo anuncio de la pobre aspirina que ya no toma nadie).

U otra opción más sana y natural.

2. (¡Mirandaaaa, quítate inmediatamente de encima de mi pieeeee! ¡o te pego un sopapo que te pasarás el resto de tu vida sonándote los mocos por la nucaaaaa!).

Estamos de acuerdo en que la segunda es la más mejor buenísima, si comparamos las dos opciones.

Pues casi todo en esta vida o en medicina se arregla con el tiempo y una caña (proceso normal de curación de las enfermedades curables). Son de Perogrullo:

- Un pie delgado precisa una horma delgada.

- Y lo que es peor: un pie grueso necesita una horma ancha.
- Un pie con juanete necesita una horma ancha y unos detallitos sin importancia:
 - Nada de costuras ni figuras ornamentales a la altura del juanete.
 - Conviene revisar exhaustivamente el forro del zapato para corroborar que justo ahí no está la costura ni el pliegue del calzado.

El juanete aparece por alteración de la biomecánica del pie al sobrecargar la parte anterior del mismo. Ese aumento de fuerzas mantenido provoca la desviación progresiva del juanete.

Si observas el tuyo, una vez llegado a ese punto te darás cuenta de que esa desviación de la falange distal (la parte del dedo donde está la uña) se deforma como un mecanismo de defensa para provocar «cierto grado de garra».

También existe cierta predisposición a que dos tipos «extraños» para ti; niños y varones, padezcan de juanetes, ya que, en función de la forma de los huesos del pie y la herencia, puede existir el juanete infantil y el juanete masculino.

Sería algo «exótico», como el cáncer de mama en hombres. Existe pero se podría llamar anecdótico.

Otras enfermedades de los pies con mayor incidencia en mujeres son:

1. El *neuroma de Morton*. Esta afección se manifiesta como un dolor, quemazón o dolor muy álgido que afecta a un par de dedos del pie. Cuando aparece el dolor es preciso descalzarse.

Se trata de un neuroma (ovillo del nervio) que se acostumbra a provocar por... por uso de calzado estrecho que provoca la irritación del nervio interdigital. O sea; POR USO DE ZAPATOS DE TACÓN otra vez.

Tengo pacientes que recuerdan sus primeros zapatos bonitos con quince y dieciséis años, salir a pasear con su primer novio y verse «obligadas» a descalzarse allí mismo. Años y años explicando el dolor urente y punzante que las acompañó cuando se calzaban —con zapatos estrechos— y solucionar el problema con zapatos de horma ancha.

Muchas veces unas plantillas de descarga de las cabezas de los metatarsianos (los huesos largos de los pies) mejoran y alivian la zona.

Cuando el dolor es tan tórpido y no mejora con el cambio de calzado —ni con las plantillas a medida—, es precisa la cirugía, que consiste en extirpar el nervio hecho un ovillo. Luego se pierde la sensibilidad de los dedos.

2. La *metatarsalgia*. Si tienes la suerte de no saber lo que es, enhorabuena. ¿Puedes imaginarte un día entero subido o subida encima de unos *stilettos* de 12 centímetros de altura? ¿Sí? Una vez bajas de las alturas, notarás un dolor insoportable en la parte anterior del pie, en las almohadillas, ¿sí? Pues eso es lo que le ocurre a alguien que padece de metatarsalgia sin tener que subirse a unos tacones.

Ahora imagina por un momento cómo sufren estas mujeres cuando deciden enfundarse en unos zapatos de salón.

¿Por qué motivo alguien padece de metatarsalgia? A pesar de tener un pie precioso y bonito,

los metatarsianos no están bien diseñados ni tienen las proporciones adecuadas para que carguen todos por igual. Si de los cinco metatarsianos que poseemos en el pie, uno lo tenemos permanentemente de vacaciones... los otros cuatro se resienten, ¿verdad? Y si de los otros cuatro, uno o dos no saben delegar (serán nuestros metatarsianos dos y tres) y cargan con muchísimo más trabajo del que deben asumir: tachán, ¡metatarsalgia modo *on!* Luego puedes alinear eso con un fantástico calzado duro (zapato de madera) o poco amortiguado y todo ello acaba con una fractura de estrés. El jefe que cargó con el trabajo del que está «permanentemente de vacaciones» debuta con un *burnout* y también se debe tomar vacaciones por orden facultativa.

Eso, amigas, es una fractura de estrés, algo relativamente habitual en pacientes que silencian durante años una metatarsalgia...

3. *¿Callos? ¿Visitas habitualmente al podólogo?* Los callos (o hiperqueratosis) son el mecanismo de defensa corporal ante la agresión mantenida de una sobrecarga en zonas concretas de la planta.

Claro que es beneficioso acudir periódicamente al podólogo para mantener adecuadamente los «callos a raya», pero si el callo siempre es en el mismo lugar y no desaparece, deberá ser preciso un estudio minucioso y «escuchar» al pie. Sabes perfectamente que el jefe (metatarsiano 2) antes de caer estuvo muchos días de mal humor y enrabiado. Esa era su manera de pedir auxilio.

4. *Hallux rigidus*. Se trata de un tipo de juanete especial. Duele horrores, pero no está tan deformado, y si lo está, el bulto o protuberancia no aparece en el lado interno del dedo sino sobre el dedo.

El movimiento del dedo hacia la planta y hacia el cielo está limitado.

Es muy habitual entre mujeres, pero también entre varones que usan y «abusan» de zapatos de seguridad.

5. *La fascitis plantar*. La fascitis plantar y el dolor que provoca es como una peregrinación por el desierto sin fecha de llegada. Eso, amigas, es lo que realmente agobia; no saber cuándo terminará. Porque, seamos sinceras, hasta los embarazos de más riesgo se sobrellevan al saber que existe una fecha de «caducidad».

Una de las búsquedas más frecuente en Google y una de las entradas más leídas en mi web (www.mirandatrauma.com) es sobre la fascitis plantar. Se trata de un dolor que empeora con el movimiento y al caminar, que afecta a la planta del pie. El dolor, cuando ya se ha instaurado, puede durar la friolera de catorce meses (esta es la media del tiempo habitual de un «ataque» de fascitis plantar).

Catorce meses es demasiado tiempo, y uno se puede volver loco y buscar solución incluso bajo las piedras.

Es sabido que un calzado adecuado y ergonómico blando puede influir mucho en la cronificación o no del dolor.

Pondré un ejemplo real de un caso concreto sobre la importancia del calzado.

Charla acaecida hace un par de años entre una famosa neuropediatra conocida en redes como @MasTwitts y yo —durante nuestro café matutino— los ocho o nueve meses que sucedió.

—Miranda, me duele la fascitis plantar.

—María José, cambia estos zapatos tan chulos por unas Skechers.

—No me gustan.

—Pues aguántate...

Semana siguiente.

—Miranda, aún me duele la fascitis plantar.

—María José, cambia estos zapatos tan chulos por unas Skechers.

—No me gustan los modelos que tienen. Demasiado *sport*.

—Tengo pacientes viudas de más de ochenta que han empezado ahora a llevar ese calzado y están encantadas.

—Pues yo no pienso claudicar y dejar de ir con mi estilo de ropa y zapatos...

Otra semana:

—Mirandaaaa, aún me dueleeee.

—María José, cómprate los malditos zapatos.

—No quieroooo.

—Pues aguántateeee...

Y finalmente, un día después de este tipo de conversaciones en bucle, ocurrió un milagro...

—Miranda, mira que calzado más chulo me compré el otro día. No es Skechers, pero tiene un cierto aire.

—¿Y qué tal, cómo vas?

—¿Sabes que ya no me duele? Pues será cierto que es tan importante el calzado para la fascitis plantar...

O me tronchaba con ella, o le pegaba una paliza por haberme dado la brasa y «fastidiado» mis cafés relajantes durante meses. Decidí la opción uno (mucho más sana). Pero todavía se lo recuerdo cuando habla de su fantástico calzado antifascitis plantar. Y le suelto un maternal; «¡Ya te lo decía yo!».

Y la otra cosa importante hasta el infinito y más allá es la necesidad imperiosa de realizar ESTIRAMIENTOS.

Otro ejemplo real. Compañero de redes amigo virtual del 2.0 que un día pasa a serlo en la vida real —que mola más— en el 1.0: Eduardo.

Él y su esposa médico —María— me explican que la fascitis plantar no lo deja vivir. A regañadientes y después de insistir mucho, su mujer ha conseguido comprarle unos zapatos ergonómicos que le han aliviado en parte su problema. Después de cenar y ponernos al día en nuestras respectivas vidas, decidimos que a la una de la mañana es el momento ideal de realizar la sesión de entrenamiento específico para estirar:

1. La pared

Consiste en realizar un estiramiento de la zona de los gemelos al realizar una fuerza hacia una pared.

2. La escalera

Uno debe colocarse en el borde de la escalera. El talón debe salir como dos tercios con respecto al resto del pie. Y debe ponerse de puntillas para luego bajar a tope notando cómo se estiran y dan de sí los músculos gemelos.

3. El periquito

Subir descalzo sobre una barra metálica del tamaño del palo de una escoba (o un poquito mayor) y pasearse a ambos lados como un periquito (de ahí el nombre).

Justo en ese momento, Eduardo me suelta, sorprendido: «¡Halaaaa! ¡Eso yo no lo había estirado nunca!». Y entonces, su mujer y yo sonreímos, porque sabemos que solo así se llegará a curar. Sin pinchazos, infiltraciones ni rehabilitación.

Así pues, hemos recordado lo que ya sabías: que los zapatos deben honrar al pie y no al revés (puede haber excepciones puntuales). Que un calzado dañino empeora la salud de nuestros pies. Y que estirar puede ser y es la solución a gran parte de los problemas.

CUANDO LA SALUD EMPIEZA POR LOS PIES

¿Qué número de zapato calzas? Yo uso un 41 o un 41,5 de zapato estándar. Y un 42,5 o 43 de zapatilla deportiva.

Ya sé que no soy la típica chica delicada que usa un 38 de zapato. Es más, tengo una anécdota —agridulce— en mi infancia relacionada con mi antropometría (tamaño). Para mi primera comunión tuve que calzarme con zapatos negros.

A mis nueve años, usaba un 37. Fueron unos flamantes zapatos de charol negro, leíste bien, NE-GRO. En toda la comarca en 1983 no había calzado blanco nuclear para niñas de talla 37, ni en Reus ni Tarragona...

Años después, en 2004, te diré que cuando tuve claro el modelo de mi vestido de novia lo primero que compré, con un pedacito de tela del vestido, fue un zapato de novia blanco nacarado (seis meses antes de la fecha de la boda). Supongo que aún estaba dolida con la primera situación y con esa compra me desquité esa espinita que tenía clavada en mi corazoncito. Esa vez había diferentes modelos en blanco disponible... Todo evoluciona.

Luego maduras y piensas que todo fue una auténtica chorrada porque no me traumatizó para nada calzarme de negro con nueve años ni de blanco con veintinueve. Al ver lo que es realmente importante, comprendes que lo que ese día parecía una hecatombe solo es, con la perspectiva de hoy, una tontería mayúscula.

Ahí va mi reflexión, otra batallita Miranda.

Una vez acabé medicina y antes de aprobar la oposición que me permitió hacer la especialidad de traumatología, tuve un par de trabajillos a salto de mata. El primero fue de médico de familia en mi pueblo y el segundo de médico en una ambulancia medicalizada que estaba ubicada en la autopista AP7. (El famoso, abandonado, poco querido y desdichado corredor del Mediterráneo. Un lugar por el que discurren sueños y esperanzas todo el año. Emigrantes europeos regresan todos los veranos a su querido Marruecos y otros países africanos. También el lugar de paso de toda la fruta y verdura fresca que consumen en el resto de Europa, cultivada con amor y tecnología en la costa almeriense. Murcia, Comunidad Valenciana y Tarragona).

Por este corredor circulan algunos trenes —pocos—, una autopista cara de dos tristes carriles que recorre más de 100 kilómetros de costa tarraconense. La alta mortalidad y siniestralidad de una carretera nacional de una sola vía sin posibilidad de adelantar —doble línea continua— ha

sido «amenizada» (por nuestros «audaces» dirigentes) con rotondas para disminuir la velocidad de camiones, y se ha limitado la velocidad a 80 kilómetros hora.

Cada verano esas infraestructuras se colapsan, kilómetros de viajeros se quedan atrapados en esa red de araña. Y lo que es peor, los pueblos atravesados por esa vía están plagados de historias y de vidas segadas por ello.

Por cierto, ahora que tengo más años y conocimientos de medicina, pienso qué valor tuve y qué inconsciencia al ponerme en esa situación. Supongo que el ángel de la guardia —que no ángel de la guarda— me amparó bajo sus manos...

En fin, a lo que íbamos. Después de realizar esos dos trabajos, comencé la especialidad de traumatólogo en el hospital de Joan XXIII. Corría el año 2000.

Y en mayo de 2001 realicé mi primera declaración de la renta. Tuve que pagar una irrisoria cantidad de pesetas (no euros); creo que rondaban las cinco mil. Unos treinta euros.

Me cabréé tanto (no indigné), repito, me cabréé tanto, tenía un cabreo monumental. Me habían mantenido mis padres hasta entonces y con esos dos trabajos con honorarios justos, ¡la declaración de la renta salía a pagar! Pensaba en la cantidad de personajillos ilustres de este país que han dedicado su vida a ROBAR con mayúsculas a todos los españoles. Y mi indignación crecía exponencialmente. (Hoy día diría: «Miranda, no te retuvieron nada, es lo normal...»).

Al día siguiente empezaba mi primera rotación en Barcelona. Unidad de tumores de traumatología en el hospital de Sant Pau; el doctor Majó al mando, el doctor Gracia aprendiendo del maestro. Tenía que coger el tren de las cinco cincuenta de la mañana para llegar a tiempo a Barcelona.

Entre los nervios del inicio de rotación, el miedo a no dormirme y la declaración a pagar estaba hecha un manojo de nervios y esa noche no dormí nada.

Y comencé la jornada y la rotación en consultas externas sentada al lado del doctor Majó, un cirujano en la edad dorada y cumbre de su especialidad, los cincuenta y muchos. Reflexivo, cuidadoso, estudioso, riguroso. Atento y empático con sus pacientes. Padeecía por todos y cada uno de sus enfermos.

Por el nombre y apellidos —sin mirar la historia clínica, en aquel entonces en papel y sobre color sepia—, me contaba el tipo de tumor, el tipo de cirugía, el tipo de recaída... todo.

Los pacientes entraban y te aseguro que él era lo más parecido a ver a un santo obrar milagros. Llegaban agradecidos, le obsequiaban con detalles íntimos, se abrazaban y, cuando les prescribía el siguiente control —«prórroga», como digo yo a mis pacientes—, se despedían con un agradecimiento que lo llenaba todo. Ellos sabían que en gran parte estaban vivos gracias a él, pues en esa lucha desigual contra el cáncer tener de aliado al doctor Majó era un punto a favor. Era un devenir de encuentros entre un santón y sus discípulos.

Y entonces llegó un niño de unos cinco o seis años, no recuerdo su nombre. Había pasado por un tumor maligno —y muy agresivo— llamado sarcoma de Ewing, que le afectaba la rodilla. Quimioterapia, cirugía agresiva (tumoral) y muchos controles. La duda que tenía el doctor Majó era si, en el futuro, en algún momento debería amputar la pierna.

Era un niño muy menudo —la quimioterapia y la enfermedad hace que los niños no crezcan lo que deben, pues un cuerpo sabio dirige toda la energía a curar la enfermedad, no a crecer—, pero vivido y listo como el hambre. Escuchó atentamente la charla dirigida a sus padres de pie, al lado del doctor Majó. Y cuando acabaron todos de hablar, le soltó al médico, con una simplicidad

total, una frase que me marcó para siempre: «Y entonces, doctor Majó, ¿ya me tienes que cortar la pierna o *aún nó?* (has leído bien: “¿O aún no?”)».

El doctor Majó sonrió y le dijo que no, que no tocaba hacerlo. Y en ese momento decidí que yo era una auténtica idiota, que me preocupaba por treinta euros mientras ese niño lo hacía por su pierna y por su vida.

A partir de entonces empecé a relativizar la importancia de las cosas.

Dicho esto, el color de los zapatos con los que hice la primera comunión se puede etiquetar de anécdota, ni drama, ni trauma ni ocho cuartos. Fui una niña feliz que hizo la comunión con zapatos negros, pues con mis pies podía esquiar sin esquís. Punto final.

Pero volvamos a los zapatos. El talón de Aquiles de muchos. (Lo siento, era un chiste demasiado fácil para mí y lo tenía que decir...).

Te explicaré algo habitual en mí cuando compro calzado deportivo, aun con el aumento de talla de los españoles las últimas décadas...

Voy a una gran superficie de material deportivo que empieza por D (pista). Me sitúo en calzado tipo *running* zona masculina y me dirijo a alguien que trabaje por allí. Pregunto por lo que yo quiero, y me contestan que el calzado *running* femenino está en el pasillo siguiente. Me acompaña, yo sonrío amablemente.

Llegamos. Quiere saber mi talla. Le suelto que 43. Y con cara de sorpresa me comenta que no existe calzado *running* femenino del número 43 (esperando un chorreo mío que no llega). Le digo que está bien. Volvemos, de nuevo, a la casilla de salida, al pasillo donde me encontraba en el primer momento. Y entonces sonrío resignada y le digo que cualquier deportiva de chico servirá.

¡Solo en una ocasión en mis cuarenta y cuatro años he podido calzarme y comprarme unas zapatillas rosas chicle! ¡Yuju! Estaba tan contenta que incluso lo publiqué en redes sociales. ¡¡¡Mis primeras deportivas rosas!!!

Y entre ambos eventos, mi infancia en negro y mi boda en blanco, pasé mi infancia y adolescencia calzando zapatos negros masculinos.

En COU usaba unos zapatos británicos negros de cordones que ya hubiesen querido las *it girls* e *instagramers* de hoy tener para su *british style*. Era el Miranda *style*...

Y eso de que la salud empieza por los pies es algo tan básico que se demuestra con un simple experimento sociológico: obligar durante ocho horas a usar a todo caballero unos *stiletos* de su ralla (aquí ya no entramos en el clásico me faltaba medio número, pero como estaban rebajados al 70 por ciento me los tuve que quedar...) y comprobar el gesto de asco que se apodera de su cara —con el devenir de las horas— y el dolor al usar semejante objeto de tortura...

Dicho todo esto y tras enrollarme un montón, te voy a contar el secreto de un calzado que vaya bien para tu chasis (shhh).

¡CALZADO AMORTIGUADO, POR FAVOR!

Con el uso adecuado del calzado todo mejora. El mal humor de algunas mujeres (directamente relacionado con el dolor de pies) desaparece, y disminuye el dolor de lumbares, rodillas y pies.

Hice una búsqueda bibliográfica ya hace tiempo, y no existe mucho al respecto, algún trabajo

aislado en enfermos con artritis reumatoide y poco más. Pero mi experiencia me obliga a recomendarte que compres zapatos con la cabeza y no con el corazón. Tus expectativas con respecto a que los de tacón te los pondrás siempre son mayores que la realidad.

He acompañado a amigas pediatras de compras por fracturas de estrés y han calzado lo que les he prescrito a pies juntillas de modo satisfactorio.

He diseñado cómo debía ser el calzado ideal de madrinas el día de la boda de su hijo. Y volvieron con una sonrisa infinita meses después y me comentaron: «Doctora, llevé los zapatos todo el día y ni una molestia».

Eso es lo bonito, eso es lo que me llena.

Carta abierta al servicio de informática de mi hospital Santa Tecla.

Sé que las órdenes de dirección son claras; soy la primera en entender que en un lugar de cara al público no se puede acceder a páginas de internet no adecuadas y de uso personal (contactos, agencias de viajes y compras por internet). Y entonces llego yo y me meto en páginas de calzado en horas de consulta y me bloquean el acceso a lo que quiero mostrar...

Si me dieran un euro por cada vez que navego por una de ellas, el fondo de armario de Miranda (no la de la serie, la de Tarragona) sería mayor que el de Carrie Bradshaw o Imelda Marcos (fondo de armario de zapatos, por supuesto). Y seguro, seguro que, aun siendo malos, al menos tendría en mi poder unos Manolos.

(Recuerda que al enemigo, cuanto más cerca, mejor). Siempre producto nacional. (Manolos antes que unos Louboutin, pero no le haría ascos a unos *stiletto*s negros con la suela roja...).

P.D.: para envíos de «detalles» con glamur, mi talla es 41,5. Gracias.

CLUTCH, BOLSO CHANEL O BOLSO LASTRE. TÚ ELIGES

Una vez pasado de puntillas por el tema zapatos de tacón (ironía modo *on* = metatarsalgia activada), vamos a hablar del otro indispensable de la moda femenina. Conjuntado o desconjuntado, como es tendencia ahora. (Si se enteran nuestras abuelas de que se llevan así...).

En un bolso pequeño cabe lo justo, en un bolso mayor cabe lo justo, todo lo «y si...» y alguna otra cosa más. Y entre las cosas de más que caben... caben dolores de cuello, hombro y tendinitis por sobrecarga.

Y si nos referimos a la franja de cuarentonas, existe un pequeño reducto cada vez mayor de mujeres que postergaron la maternidad por carreras profesionales abigarradas, imposibilidad de encontrar un buen candidato a padre o bien segundas oportunidades a segundas parejas.

Y a esas madres cuarentonas también se les puede dar un par de consejos sobre los bolsos todo terreno de las buenas madres (en realidad, yo también sería una mala madre) sin echar por tierra el *copyright* del club de las malas madres —desde aquí un saludo a todas ellas. No te voy a explicar lo que llevaba yo en el bolso cuando mi hija Rita aún... ¿qué diablos? ¡Mejor sí te lo cuento!

Un domingo cualquiera de primavera, Costa Dorada, Cambrils, un lugar idílico para dejarse acariciar por los primeros rayos cálidos de los días de marzo. Paseo marítimo, lugar de paso de caminantes habituales, esporádicos, paseadores de perros y paseadores de niños. Clases privadas de uso de patinetes, monopatín, bicicleta y ahora la novedad, Segways. (Creo que es la cosa más tonta que se ha inventado para los ratos de ocio. Usarlo un domingo en el paseo marítimo de Cambrils debe ser considerado un sacrilegio... Perdón, pero alguien lo tenía que decir...).

En mi mochila, más bien pequeña, llevaba: agua, pañal, toallitas, pañuelos de papel para mí, cartera, gafas de sol graduadas, unas galletas por si las moscas. Me senté con Rita y su padre. Y por su linda boquita me pide: «Mamá, quiero lápices de colores y una libreta». «¿Cómo? Tienes de todo para pasear, piñas de los pinos, columpios, piedras de playa, agua y galletas, ¿y me pides unos lápices de colores para pintar?». Niños...

Pues a la siguiente salida, encontré un kit chiquitín de cinco lápices de madera y una libretita tipo listín telefónico (algo que los que no somos milenials aún recordamos).

Creo que durante todos los domingos que paseamos juntos, solo en una ocasión Rita decidió que era un buen momento para pintar.

¿Y ahora que Rita es mayor y no necesita pañales, ni toallitas, ni mudas?

Que si el sábado o domingo hemos trasteado juntas y comido fuera, me puedo encontrar un jueves tranquilamente una botella de 33 el de agua, dos *zomblings* y el juguetito que llevara y del que se cansó a la mitad del paseo.

Conclusión, durante media semana he paseado medio kilo más de bolso.

Una vez vino a urgencias la madre de una niña de unos quince meses a la que su brazo le hizo un día *crack* después de una sobrecarga. Le pregunté qué había cargado y me soltó esta retahila: «Dos bolsas de la compra en Carrefour, mi bolso, el bolso del cochecito y el cochecito plegable de la nena». Mis ojos de asombro lo dijeron todo por mí. Y se intentó excusar... «Es que en la otra mano llevaba a Alicia y las llaves para abrir la puerta».

Todas hemos hecho más excesos de los que podemos leer aquí, pero, antes de hacer otra barbaridad, valora la opción de dividir el peso o de hacer viajes. Puede que sea de cobardes, pero te aseguro que es de seres con vida inteligente.

El lujo asiático de salir sin nada. O con lo justo. En catalán tenemos la expresión: *La clau i el duro* (la llave y la moneda). Eso hoy día ya ha aumentado a llaves, tarjeta y móvil. Y al llegar a casa, si puedo acercarme a recoger a mi hija al cole, me lo propongo y lo consigo: llaves y móvil. Nada más. Te aseguro que las primeras veces desde que instauré esta tradición me sentía completamente incómoda. Como si me faltara algo, como si me faltara el lastre que estaba acostumbrada a llevar. Ahora esa sensación liviana la he asociado al fin de mi jornada laboral. Y, además, como no llevo dinero encima se acaba la posibilidad de comprar alimentos poco saludables a la salida del colegio. Rita ya sabe que no hay súplica que valga.

Marcas carísimas... Esos bolsos que valen más de diez mil euros no deberían existir. Quien paga esta ingente cantidad de dinero debería tener un asistente que le sujetara el bolso. Ya sabemos la excentricidad de los famosos millonarios.

Asistentes de teléfono móvil, asistentes de maquillaje, asistentes de agenda, etc.

Esa es una opinión personal. No te voy a decir aquí qué puede hacer cualquier ONG que trabaje en África con semejante cantidad de dinero... Ni cuántas vacunas podría comprar UNICEF. Aquí te podría soltar un discursito que repito para Rita y para mí casi a diario, pero seguro que me dirían que esa no es la misión de este libro. Y tienen razón... (Que me conozco, que luego me embalo y no puedo dejar de meter la pata).

Bolsos: y un día vas de boda y se ha puesto de moda llevar un *outfit* monísimo con unos *stiletos* verdes pistacho y un *clutch* burdeos minúsculo (ya no se lleva conjuntar bolso y zapatos). En él te caben las llaves del coche, la tarjeta VISA, el teléfono móvil (con un poco de suerte) y tres pañuelos de papel —nada de diez, demasiado volumen— y sabes que sobrevivimos; incluso durante la ceremonia, al saber que solo posees tres Kleenex, no darás rienda suelta a tus lágrimas... Sí, es cierto que en el coche tenemos nuestro segundo bolso alias macuto, pues cave to-DO: con nuestros básicos e imprescindibles. Pero así es y así debería ser siempre.

Puedes dejar un kit de supervivencia en el coche con pañuelos de papel, toallitas y todo lo que consideres vital.

En tu lugar de trabajo —o donde a ti se te ocurra— seguro que en un rinconcito puedes organizar un santuario parecido.

Sería como ir siempre de boda. O ir siempre a recoger a Rita al colegio. La sencillez al poder. Plantéatelo.

Y mientras sonrías y crees que eso no va contigo, te voy a contar cómo debería ser un bolso lo más sano posible —traumatológicamente hablando.

¿CÓMO ESCOGER UN BOLSO?

Lo ideal sería que fuera cruzado para repartir de modo más equilibrado el peso.

Recuerda que si llevas un bolso que pese más de 3 kilos y encima siempre lo cuelgas del mismo hombro desequilibras tu columna... mientras escribo esto, he decidido que mañana pesaré mi bolso de diario e intentaré disminuir como mínimo un 20 por ciento su peso.

De cinchas anchas, regulables (no puede ser igual de longitud para mujeres de metro y medio que de metro ochenta). Cinchas acolchadas para evitar presiones excesivas sobre los hombros huesudos. (Ya sabemos que todas usamos la talla 36, por supuesto).

Y otra cosa necesaria en la que seguro no habías caído: si tu bolso es de los cruzados, comprueba que no roza con tu pezón —sí, he dicho pezón—, pues irritaciones mantenidas en el tiempo parece ser que pueden estar relacionadas con el cáncer de mama.

Ya si tiene los colores de moda según las *instagramers influencers*, o si tiene el agujerito para el cable del iPod, eso te lo dejo a ti.

Si eres cosmopolita y vives en ciudades con mucho amigo de lo ajeno, también debes tener en cuenta si los cierres están a la vista o si es posible que sea un bolso reversible —delantero— en zonas especialmente candentes...

Y si se trata de un bolso tipo mochila sirven también los consejos que les digo a los adolescentes. Lo más pegado al cuerpo para repartir la carga.

Soy fiel a un buen bolso igual que lo era a un perfume. Mi hermana pequeña, Montse, tuvo durante diez años en Alcover la mejor tienda de regalos y marroquinería a este lado del Ebro, se llamaba Ca la Miranda. Debo decir que una vez que abrió la tienda, pude comprobar cómo el glamur de las alcoverenses se elevó a niveles comparables con las parisinas más chic. (Algo parecido a lo que ocurría en la película *A Wong Foo. Gracias por todo, Julie Newmar*). El colorido y el espíritu juvenil lo invadieron todo.

Cuando ella me veía entrar en la tienda con el bolso que me acompañaba desde los últimos ocho años, le daba un ictus. Monocromático, oscuro, práctico, ergonómico, amplio pero no infinito, ideal de la muerte para mí, la Miranda^[4] menos glamurosa de las tres hermanas...

Lo de mi perfume y su cambio es otra historia y ya te la contaré otro día...

EL KAMASUTRA TRAUMATOLÓGICO, LA CREATIVIDAD AL PODER

Y así, sin más, en medio de todo lo relacionado con la anatomía y la traumatología, la doctora Miranda te suelta este título demoledor. Y seamos sinceros, algunos días puedes ir con unos *jeans* y una camiseta muy vieja (*vintage*), pero tu rubor, tu sonrisa, tu estado de bienestar transmite una felicidad contagiosa. Y eso, amiga mía, a veces, solo se consigue tras haber pasado un muy — pero que muy— buen rato.

Ese puede ser el complemento perfecto a tu vestido ideal (de la muerte) con los fantásticos zapatos (planos que no duelen) y un bolso menguante. Ahí va esta gamberrada.

ATENCIÓN: en este capítulo, como decía Bárbara Alpuente en su desternillante libro *El amor se me hace bola*, es cuando papá, mamá y Rita, debéis dejar de leer...

Cuando empiezas a trabajar como cirujano y eres neófito te indignas cada vez que alguien te dice: «¿Y me va a operar usted con lo jovencita que es?».

Un compañero traumatólogo me dijo un símil que me dio que pensar: «Miranda, piensa que eso que nos pasa es lo mismo que con el sexo. La primera pregunta fastidia, pero te aseguro que cuando te hacen la segunda y última, ¡muuucho más!».

Al principio te preguntas si operas por lo joven que eres.

Al final te indignas si te preguntan si aún operas o te dejan operar (por viejo).

ATENCIÓN: si has decidido empezar por este capítulo —disimuladamente— o lo lees con fruición... vamos a pensar que estás en ese tiempo indeterminado entre la primera pregunta y la segunda. (Ya sabes que la esperanza es lo último que se pierde).

Y antes de que quieran indagar o piensen de ti si ya estás en la segunda pregunta... aquí tienes un tutorial literario —que no vídeo de YouTube— para intentar permanecer entre ambas maléficas cuestiones para siempre.

¿Y cómo una traumatóloga se mete en este berenjenal? Muy fácil. No es la primera vez que hablo de sexo y posturas... (traumatológicamente hablando, *of course*). Hace mucho escribí un artículo muy divertido sobre esos dos tipos de dolor en relación a la práctica sexual. Lo publiqué en una web amiga (de habla hispana) llamada www.tuvidasindolor.es. Se trata de unos amigos, entre los que me incluyo, que se dedican a divulgar de manera altruista artículos médicos sobre el dolor crónico y mitigar el sufrimiento de los que padecen este tipo de dolores tan incomprensidos

por nuestra sociedad.

Intentaré explicarte biomecánicamente qué articulaciones padecen más en las posiciones sexuales más conocidas por el mundo mundial.

Ni siquiera estoy pensando en que formas parte de ese extenso grupo de edad mediana donde después de cualquier esfuerzo físico puedes realizar un repaso de todos los músculos o articulaciones que te duelen... Pero, ya que te lo estás leyendo con interés, ahí va.

Seis básicos imprescindibles del Kamasutra traumatológico.

UNO. Consulta siempre a tu médico (ante cualquier duda, debes animarte a preguntar a tu médico, ya sea *traumatólogo, rehabilitador o médico de familia*).

DOS. Calienta y estira.

Mejor en caliente. Posiblemente no has hecho una duatlón últimamente, pero, aun sin tener unos conocimientos deportivos correctos, te diré que, si vas a «practicar», quizá podrías hacer un calentamiento previo. Y no me refiero a la zona específica diseñada para el «regocijo». Me refiero a la totalidad de tu *body*, a calentar lo posible la parte más débil de tu esqueleto: tu rodilla mala, lumbar, cuello u hombros. Una esterilla eléctrica o un baño relajante previo al encuentro seguro que hará maravillas.

Supongo que eres muy relimpio, me refiero solo al baño previo «a»... No a la ducha diaria y a la higiene corporal (sé que me entiendes).

Ya sé que no se debe recomendar tomar un baño así con la boca grande. Pero si lees este libro, ya no eres todo pasión y frecuencia juvenil. Puede que tus «baños» con suerte sean semanales... A veces mensuales. Otras veces son para celebrar cambios de estación —la fantástica llegada de la primavera— o para festejar un nuevo año. Snif snif Y aún existen los bianuales, trienios, lustros, suma y sigue. Ja ja ja.

Así pues, vamos a tirar la casa por la ventana y antes «de» nos vamos a regalar un baño relajante de espuma.

Mejor estirar previamente. Cuando observo estirar y calentar a un futbolista que está en el banquillo mientras su compañero está tumbado en el suelo, me fascina. Él es un profesional, se dedica a ganar el pan con el sudor de su cuerpo. Un cuerpo más sano, fresco y poco obsoleto que el mío y el tuyo. Y mira...

Y parece ridículo, pero no lo es. Evita lesiones con este acto. Y si él estira, imagina lo bien que te iría a ti.

TRES. Complicidad con tu *partenaire*.

Algo tan íntimo y placentero debe ser explorado con delicada destreza. Pues el debut de la enfermedad puede deformar y alterar tu sexualidad para siempre. Nada más bonito que redescubrir el goce del sexo después de una época dura. Comprobar que puedes llegar al disfrute máximo como «antes» será una bendición para ti y tu pareja.

Esa comprensión, esa complicidad, esa paciencia obrará frutos maravillosos y podrás disfrutar de nuevo (y de paso mantenerte nuevamente en esa bonita época entre el punto uno y dos).

Siempre puedes ser atrevida y soltar así —sin anestesia— que ese cambio es por orden médica (porque tu médico lo aconsejó mientras se intuye una sonrisa traviesa en tus labios).

CUATRO. Imaginación al poder.

Amiga mía, existen partes del mobiliario doméstico que no podías ni llegar a imaginar que

podían ser multiuso...

La mesa de la cocina protagonizó una escena icónica y muy tórrida entre Jack Nicholson y Jessica Lange en *El cartero siempre llama dos veces*.

Una silla alta de madera (que mantenga la cadera a noventa grados) será un perfecto aliado en pacientes afectados de artrosis de cadera u operados con una prótesis. (No seáis cazurros y, antes de lanzaros al goce, comprobad la robustez de la silla, no vayáis a acabar en urgencias de trauma).

Luego, en caso de «extrema necesidad» y en tiendas especializadas o páginas de internet específicas, se pueden encontrar sofás amatorios solo para ello. No me hagas entrar en detalles. El doctor Google te lo contará.

(Uno de los grandes dramas de la sociedad norteamericana es la obesidad. Supongo que, como las mesas de quirófano, deben tener un peso máximo recomendado. Infórmate bien antes de montar una de Jaimito).

CINCO. Atenta a las señales de tu cuerpo.

Te diría una vez más que actúes con cuidado, escuchando activamente la parte lesionada y observando cambios predecibles y evitando movimientos fortuitos desagradables.

Cuando reinicies esta época esperanzadora —y por qué no dorada—, te sugiero que en cada encuentro se realice una postura y compruebes «daños» o molestias inmediatas y al día siguiente.

Será fantástico descubrir al día siguiente que el único resto y vestigio de haber «practicado» de forma altamente agradable sea tu sonrisa.

SEIS. En caso de dolor agudo, mejor no «practicar».

Perogrullo; sí, obvio, sí, pero a veces la carne es débil...

Ante el debut de una ciática por una hernia discal de nueva aparición te diré que no es el mejor momento vital para practicar según qué... (sabes lo que llega a doler, no despiertes a la bestia, ya eres mayorcita para ello).

Durante ese ataque agudo de ciática, ¿crees que realizar movimientos corporales un pelín incontrolados o soportar sobre tu delicada columna algún embiste va a mejorar la calidad del dolor de tu pierna? ¿O tu pareja será tan delicada que llegar a «meta» te relajará y descansarás como un bebé esa noche?

Allá tú. Como les digo a mis enfermos, yo no soy policía, te brindo unas recomendaciones — en este caso ni eso, solo te informo—, y allá tú que conoces tu cuerpo mejor que yo (que ni siquiera te he visitado).

¿Qué partes de la anatomía corporal protegeremos con estos consejos?:

1. Espalda. En especial zona lumbar, pero también zona cervical.
2. Muñecas y manos.
3. Hombros.
4. Caderas. Atención extrema si llevas una prótesis.
5. Rodillas.
6. Juanetes.

1. Si padeces de la espalda. Antes de que continúes avanzando, te diré que no me culpes de cualquier sugerencia que hayas leído y no te hayas atrevido a preguntar a tu médico. A ver si a partir de ahora tus lumbagos van a ser culpa mía...

La columna lumbar y dorsal es un desbarajuste de huesos y articulaciones que es difícilmente explicable en un lenguaje claro. Se comporta como una cadena de una bicicleta: cada huesecillo —vértebra— se articula hasta por tres lugares:

1. El disco.
2. Por las dos facetas articulares posteriores.

Tenemos:

- Siete vértebras cervicales.
- Doce vértebras dorsales.
- Cinco vértebras lumbares.

Si hacemos cuentas..., solo tenemos setenta y dos articulaciones que nos pueden molestar. Para acabar de complicarlo, existen unos ligamentos anteriores y posteriores que actúan de tensores. Y encima le colocamos la capa muscular —nada despreciable— que amortigua y mitiga cualquier molestia.

Un castillo de naipes que se aguanta en perfecto equilibrio hasta que algo lo desestabiliza y pueden empezar los problemas.

¿Puedes imaginar el caos que significa intentar explicar algo claro con tanta complejidad?

Pues se puede conseguir.

Vamos a simplificar el dolor dorsal y lumbar en dos tipos (no está mal, de setenta y dos articulaciones a solo dos tipos de dolor...).

Y para explicarte esta diferencia necesitarás dejar un momento el libro y hacer una maniobra para averiguarlo. En la intimidad de tu hogar, de tu cama o en la playa, donde sea que estés leyéndome...

Te colocas de pie y compruebas si el dolor aparece:

- Al poner el culo en pompa (lo siento, no encuentro modo fino de decirlo).
- Al llevar el culo hacia delante. También puedes observarlo al doblar el tronco.
- Al flexionar tu tronco hacia delante, como si dieras las gracias en japonés: *domo arigató gozaimás*.
- Tirando tu cuerpo para atrás, como si bailaras el limbo.

DOS TIPOS DIFERENTES DE DOLOR LUMBAR EN FUNCIÓN DE QUÉ PARTE VERTEBRAL DUELE.

Dolor facetario. Me duele al estirar mi columna (bailar el limbo). Este dolor aparece cuando se afectan las estructuras posteriores lumbares y dorsales. Es el dolor que se provoca al situar tu trasero en pompa o cuando bailas el limbo. Cuando curvas tu espalda hacia atrás.

Te doy más ejemplos prácticos para que acabes de filiarlo (etiquetarlo).

Quien tiene este tipo de dolor es el que te cuenta que en la cama no está bien y que, si un día

intenta dormir por encima de sus posibilidades, su espalda se queja y debe levantarse.

El dolor facetario es el que padecen los enfermos que se benefician de un tipo específico de infiltraciones vertebrales llamadas rizolisis.

Es cuando has leído el informe de tu resonancia lumbar y aparece componente facetario.

¿Cuando caminas muchas horas tienes la necesidad de sentarte o de curvarte hacia delante para evitar el dolor lumbar? (Podría tratarse también de un dolor facetario...).

Dolor discal Me duele al flexionar la columna (saludar en japonés). Aparece cuando se padece de discopatías —discos enfermos— o hernia discal. Es el dolor que se provoca al flexionar tu cuerpo hacia delante o al saludar en japonés.

Son los pacientes que cuando llevan horas sentados en la silla deben desperezarse.

Es cuando has leído el informe de tu resonancia lumbar y se habla particularmente de discopatía (enfermedad del disco) o si se menciona claramente hernia discal.

(Claro que existen otros tipos de dolor de espalda. Y también existen dolores de espalda mixtos con componente facetario y discal a la vez. Pero me interesa que el lector que padezca uno de ambos tipos se pueda beneficiar de esta lectura).

De todos modos, el dolor lumbar es cambiante y puedes tener días que te duelan más las facetes y otro los discos. Luego haz la prueba con un vaivén de caderas a lo Shakira y decide qué te dolerá menos o qué te sentará mejor ese día.

Sé que quizá no voy a solucionar la papeleta de todos los tipos de dolor lumbar al practicar. Si así fuera no sería la doctora Miranda, más bien sería la Virgen de Lourdes, y, seamos sinceros, ella se ocuparía de cosas menos banales y más celestiales que tu gozo.

Pero antes de repasar las mejores posturas sexuales para quien padece de dolor facetario y dolor lumbar, te hablaré de otro tipo de dolor:

Dolor miofascial. Se trataría de un dolor muscular puro, que aparece cuando el músculo contracturado o «cargado» debe trabajar. Te lo comento de pasada, pero en realidad el dolor de un músculo —o un grupo muscular— no existe solo en la espalda, sino que también lo puedes ver en cuello, hombros y cualquier parte del cuerpo con muchos contracturables.

QUÉ POSTURASÍ Y QUÉ POSTURANO.

El modo más práctico de explicarlo es contar qué parte de la espalda del «practicante» se estresa en cada posición. Te describo las posturas más conocidas por todos:

Misionero. (El 85 por ciento de las escenas de cama de toooodas las películas).

En esta posición, el caballero será el gran perjudicado si padece de dolor *tipo facetario*. (Ya me veo a los lectores furtivos frotarse las manos e intentar dar «penita» para evitar, desde ahora, esa posición).

Mujer: si la cama es muy mullida (viscoelástica y te hundes) y/o tu pareja masculina tiene un peso considerable, a cada embiste, la columna de la dama también basculará hacia atrás. Se

despertará el dolor facetario.

Cómo lo puedes controlar si tú —mujer— estás abajo:

1. Envuelve tus piernas sobre tu pareja para cambiar la posición pélvica (la situarás hacia delante).
2. Cama menos mullida.
3. Almohada situada estratégicamente en tu zona lumbar para evitar que se curve.

Ella encima. (Sharon Stone en Instinto básico).

En esta posición, ella tiene un par de puntos a favor: controla la intensidad de la penetración y evita el dolor facetario. Y uno en contra: *provoca dolor discal*.

Si la mujer desplaza su cabeza y tronco hacia la cabeza del señor, aumenta el dolor discal. Si desplaza ella su cabeza y tronco hacia los pies de su pareja, aumenta el dolor facetario. (Ya si eso, tú decides si te diriges a la cabeza o a los pies).

Y lo mismo que he explicado antes, si el caballero padece de dolor facetario debe colocarse una almohada en sus lumbares.

Si nunca te atreviste a practicarla, puedes probarla con la excusa de experimentar con tu dolor.

Él desde atrás (el perrito).

En esta posición, al ser las mujeres penetradas por detrás, se puede sentir el dolor facetario, pues se provoca más curvatura de la zona lumbar.

Para evitarlo deberían intentar flexionar su cuerpo hacia delante y no tenerlo paralelo a la cama. Es decir, su cabeza debería estar más baja que su pelvis.

Mucho cuidado en esta posición también para las afectadas de dolores de hombro, muñecas y codos. Es vital repartir el peso corporal en la mayor superficie posible.

La cuchara (tumbados de medio lado).

Posición romántica donde las haya, una vez superada ya la del misionero. Sería la versión de la anterior sin la carga corporal en los brazos. En esta posición la espalda de la mujer se puede dejar de curvar y el varón puede situarse un poco más a sus pies al penetrarla. En esta postura los hombros, brazos y manos no padecen...

El resumen es claro: para el facetario, evitar extender la columna, y para el discal, evitar flexionarla.

Una vez lo sepas distinguir, tira millas, disfruta y goza todo lo que tu cuerpo te permita.

Otra cosa y ya me callo. Para pasar de una postura a otra, no hagas nada forzado, háblalo con tu pareja, para y reinicia. Pues si decides empezar con un contorsionismo forzado sin ton ni son, solo habrá un final: un *crack* que lo empeorará todo.

No sonrías y continúa leyendo...

MI CUELLO... MI PERDICIÓN.

Intenta evitar las posturas en las que tu cabeza quede en flexión forzada o suspendida mucho tiempo en el aire en mala posición. Existen unos aparatos diseñados para ello llamados almohadas. Abusa de ellas y todo mejorará.

Incluso te susurraré que si tienes en tu poder un collarín blando que un día alguien te prescribió, casi prefiero que lo utilices para hacer «uso del matrimonio» y que no te veas obligada a llevarlo puesto tres días *post acto*.

Hace muchos años estuve en Khajuraho, India, cuna del libro llamado *Kamasutra*. En esa ciudad, los edificios están decorados con múltiples figuras humanas en diferentes posturas sexuales. Allí podían verse masturbaciones, relaciones heterosexuales, homosexuales, tríos e incluso orgías. También se podían apreciar diferentes estamentos de la sociedad, desde la «burguesía» a los esclavos.

Ese enclave en la ciudad de Khajuraho está situado entre unos jardines llenos de flores vistosas y coloridas. La realización de las figuras con todo lujo de detalles sorprende al visitante.

A mí aún me sorprendió más saber que databan del siglo X. Pensar que mientras en Europa se había acabado el esplendor del Imperio romano y se vivía en la oscura y pecaminosa Edad Media, en la que todo era pecado, y se mostraba el infierno con todo lujo de detalles en los capiteles de las columnas, en la India se aprovechaba ese mismo objeto de piedra —el «internet» de la época— para instruir e ilustrar al pueblo en las relaciones personales.

En ese viaje por India coincidí con dos parejas. Uno de los muchachos, de Tarragona, soltó una idea tan divertida del sexo tántrico que aún la uso hoy día. ¡Gracias, Jesús! El guía del grupo, siempre que largaba el discurso sobre Khajuraho, añadía que era la cuna del sexo tántrico. Y entonces Jesús señaló: «Sí, sí, el sexo tántrico te ayuda a “aguantar más”. En vez de durar treinta segundos, practicando sexo tántrico, “duras” cuarenta y cinco segundos». Casi nos morimos de la risa ese día.

Y sin entrar en cuánto debe durar una relación, tienes permiso para usar ese collarín que te protegerá de tu maldito dolor. Aunque la estampa de verte vestida solo con un collarín, eso ya lo dejo para ti y tu pareja.

A ver... Marilyn Monroe solo se vestía con Chanel número 5 para dormir y era glamuroso. Luego, como dice mi amiga Olga, se puede dividir a los señores en dos grupos: los que se quitan los calcetines y los que se los dejan puestos. ¿Por qué no puedes llevar solo un collarín?

Recuerda que también existen los fetichistas de los zapatos de tacón, que ruegan a sus parejas que no se los quiten.

Para gustos los colores. Y ahora voy a ser malísima... incluso los que opinan que el collarín no aporta nada de glamur... Creo que lo aceptarían de buena gana si eso significara «fichar» diariamente. Ja Ja Ja.

Ahí, si eso, tú imagina a tu testaruda y pesada cabeza en acción y piensa cómo mejorarlo.

LAS MUÑECAS Y MANOS SON MI CRUZ.

Es de Perogrullo decir que hay que evitar hacer mucho trabajo manual. Pero... ¿sabes qué?, te voy a explicar un secreto.

Me estrené como médico en mi pueblo en 1998, y durante quince días trabajé de sol a sol. Tuve una Navidad movidita. Ahí lo voy a dejar. Atendí la epidemia gripal que se adelantó y los domicilios —atención a domicilio— los contaba con los dedos de las manos y los pies cada día.

Enfermé, no tenía fiebre, era solo un catarro normalito de esos de mocos y malestar general. Entregué el busca un 31 de diciembre de 1998 a las nueve de la noche.

Estaba exhausta y molida, pero era la primera vez que disponía de mi propio dinero y me apetecía un montón acudir a mi primer cotillón en compañía del que fue mi primer novio.

Si había sido buena para trabajar, era buena para salir de marcha. Paracetamol y un antihistamínico bastaron para traspasar el año con una dignidad correcta y adecuada.

Como decía mi abuela versión Miranda modificada: «Si eres buena para trabajar, debes ser buena para divertirte». ¿No crees?

Si cada dos por tres debes tener un *affaire* con la bayeta y el mocho, por qué no puedes tener un *affaire* como Dios manda. (Vaya incongruencia, Miranda...) Bueno, usando las manos.

HOMBROS FASTIDIADOS. ¡MANOS ABAJO!

No sería nada raro decir que, de los dos participantes en el encuentro, el que padezca de dolor en el hombro debe evitar posturas que requieran apoyar el peso corporal en los brazos. Habrá que prescindir, pues, de posturas cuadrúpedas (queda mucho más delicado que soltar «a cuatro patas»).

Como se trata de un juego de dos, te diría que pactes con tu pareja. Algún día se sacrificará él y algún día de tocará a ti.

También aquellas posturas donde el «agarrar» o la principal fuerza deba realizarse con los brazos han de ser restringidas o muy controladas.

Puede ser un juego, puedes tener más memoria o menos. O puedes incluso apuntarlo en tu agenda del móvil... Claro que a mí me gusta más el muslo del pollo *al ast*, pero ¿y si el muslo del pollo *al ast* le gusta por igual a ambos miembros...?, siempre deberá haber uno que claudique y acepte la «sosa» pechuga, poniendo «ojillos» al saber que el próximo día catará muslo. Lo llamaremos el «pacto de Salamanca», porque si lo denominamos «pacto del pollo *al ast*», pierde todo su pedigrí y su «rigor» histórico.

ATENCIÓN A MI PRÓTESIS DE CADERA, DIJO LA MUJER BIÓNICA.

Ya ves que parece que siempre estoy de broma, pues no es así. Si tú portas una prótesis de cadera, te ruego que prestes especial atención a este apartado. Es IM-PRES-CIN-DI-BLE que lo leas. Total... solo te juegas una ¡LUXACIÓN DE LA PRÓTESIS!

Las prótesis de cadera y sus luxaciones son especialmente terribles... Obligan a pasar

nuevamente por quirófano (como mínimo para dormir al paciente al recolocar la prótesis), provocan en el luxado un dolor espectacular y, a veces, condenan a tener que recambiar alguna parte o el total del material protésico.

Hasta este preciso momento nada de lo que podías hacer mientras mantenías relaciones te podía perjudicar de modo total y absoluto. Hasta que te colocaron la prótesis de cadera.

Sí, una luxación supondrá que la bola se salga de madre y tengas que acudir a urgencias con un dolor insoportable y precisas de una recolocación en quirófano —como mínimo— o una nueva cirugía si algo se movió más de lo requerido.

Qué curioso que muchas veces los portadores de prótesis llegan de madrugada y siempre te comentan que fue un mal gesto. Ninguno de los que sabemos cómo pudo ocurrir preguntamos. De manera cómplice, tanto el enfermo como el traumatólogo, sabe cómo ha podido ser. Sobran las palabras.

Hoy aquí te daré unas normas mínimas de uso, pero te aseguro que debes revisar bien todo lo que te comento.

Con una prótesis de cadera no puedes:

- Flexionarla por encima de los noventa grados.
- Tampoco deberías separar las piernas mucho (posición de libro abierto).
- Cruzar las piernas.
- Colocarte en cuclillas.
- Cargar el peso sobre esa pierna de manera poco ortodoxa.

Te recomiendo que preguntes de manera activa y clara a tu cirujano cuándo tienes su «bendición» para practicar. No será nunca antes de la semana seis u ocho.

Si analizas con calma, con estas cinco prohibiciones el abanico de posturas se limita y mucho. Pero, claro, tú antes de la prótesis estabas aún más limitada porque el dolor era continuo y no te dejaba ni moverte ni descansar en la cama. Ya has ganado al operarte, el dolor ha desaparecido. Con mis indicaciones podrás elevar tu calidad de vida un poco más y retomar algo que hasta hace nada, hasta antes de la prótesis, era un suplicio: el sexo.

Si consigues entender tu prótesis y tomarte tu tiempo, te aseguro que volverás a poder gozar del sexo, algo impensable hasta hace nada por tu artrosis de cadera.

LAS RODILLAS A SALVO.

A mi lo que me duele un montón es la rodilla. No es lo mismo el menisco que la femoropatela... ni un dolor meniscal que un dolor por artrosis monda y lironda.

El dolor femoropatela. Se trata de un dolor mitigado e inespecífico que cubre la parte anterior de la rodilla y que se instiga cada vez que subes y bajas escaleras. También es ese dolor que cuando vas —empotrado— en un avión en clase turista te obliga a levantarte y a estirar tus maltrechas rodillas.

Si el problema son tus femoropatelares (en tus cazoletas)... el dolor aumentará cuando

presiones la parte anterior de la rodilla contra algo duro (por ejemplo, el colchón). Está claro, ¿verdad?

Para el menisco todo lo divertido está prohibido. Si tienes los meniscos fastidiados o con artrosis de rodilla te voy a contar una obviedad (el sentido común es el menos común de los sentidos...). Todo lo que mantenga tus rodillas en una posición de genuflexión —rodilla muy doblada— va a ser ampliamente perjudicial para ellas.

Cuidado, pues, con las posiciones forzadas que obligan al contacto intenso de la parte posterior del muslo contra la pierna mientras «recibes»... A veces eso se podría solucionar colocando una almohada estratégicamente en la zona de la corva que evitará la flexión.

Esa máxima la uso en mi web al explicar qué deportes puede practicar alguien con el menisco roto. Pero, claro está, no vamos a catalogar al sexo como deporte, porque...

- Se considera deporte divertido, luego está prohibido.
- Se considera deporte nada divertido y soso.
- No se considera actividad deportiva y se puede practicar en modo soso o en modo divertido.

A mí la tercera opción me parece más lógica, porque la primera es muy absolutista y la segunda es muy derrotista. Y así, con la tercera, no rompo la máxima de deporte y menisco roto (vamos a llamarlo la excepción que confirma la regla).

Y luego está el paciente que porta una prótesis de rodilla. Practicar con prótesis de rodilla debe ser casi como cuando practican los erizos, con mucho cuidado y sabiendo dónde está el límite. Que en el caso de prótesis de rodilla estándar solo es uno: el déficit de flexión.

Cada vez operamos pacientes más jóvenes de prótesis. No tiene los mismos requerimientos una señora de ochenta y cinco años viuda que un señor de cincuenta y nueve años casado. Hasta ahí bien.

Esos enfermos y enfermas «jovencitos», en cuanto desaparece el dolor intenso, reintroducen poco a poco sus actividades, que habían quedado olvidadas por el dolor y la limitación. Algunos se quejan de que no doblan más de cien grados, otros no.

Y entonces yo, que guardo una prótesis real (limpia no, relimpia y no usada) en mi despacho, les demuestro que esa prótesis en concreto está diseñada para llegar a un máximo de cien o ciento diez grados.

(Es cierto que existen en el mercado prótesis que permiten más hiperflexión. Será cuestión de preguntar siempre al cirujano antes de ponerla). Si no es tu caso, hay que ser especialmente ingenioso a la hora «de». El uso de una silla puede facilitar horrores el trabajo al personal masculino que lleve prótesis.

Las mujeres portadoras de prótesis podrán pedir —o sugerir— posturas más tradicionales que evitarán el estrés en sus rodillas artificiales.

HALLUX RIGIDUS SI LO QUE DUELE ES EL PIE.

Si lo que duele es el juanete, debes hacer una acción para comprobar si posees un flamante

hallux rigidus o solo te molesta la protuberancia lateral (medial) del juanete.

¿Puedes «menear» tu dedo gordo por la raíz del dedo arriba y abajo (plantar y para el cielo) sin dolor? Si es así, no tienes un *hallux rigidus* y te puedes saltar este trocito.

Si presentas una dificultad clara para la movilización, tienes una rigidez, por lo tanto, deberás leer estas líneas.

Cuando debes pasarte mucho tiempo con las rodillas flexionadas, muchas veces tu dedo gordo está en hiperextensión, eso provoca un dolor de mil demonios en los y las poseedoras de *hallux rigidus*.

He visitado montadores de parqué y albañiles que después de una jornada de rodillas para montar parqué o para construir un tejado venían a urgencias con un juanete más irritado que el culito de un mandril. Así que mucho cuidado incluso con tu dedo gordo a la hora de practicar. Si estás en posición de proporcionar disfrute, no te olvides de él (ellos tienen dos juanetes) en un momento pasajero de euforia.

En fin... Sed creativos.

Mi amiga ginecóloga, Marjorie Montano, que asesora a sus pacientes en todas las épocas de la vida —desde el despertar sexual de las adolescentes, pasando por las parejas en edad fértil, las mujeres maduras e incluso ya ancianas—, también aconseja a muchas mujeres que tiñen su vida de dolor por la llegada de un cáncer ginecológico. Es muy discreta y atenta a las peculiaridades de cada paciente. La sensibilidad con la que trata a esas mujeres la eleva al puesto de confesora de miedos y amiga ante las alegrías, de las que acaba siendo cómplice. Algunas veces es preciso evitar la penetración. Y entonces dice, «sed creativos».

En esta frase incluimos un gran abanico de posibilidades placenteras: sexo sin penetración, sexo oral y masturbación.

No sé si esperabas más profundidad en este capítulo o te he sorprendido gratamente. Si te fijas, no he descubierto la sopa de ajo ni nada, simplemente de modo claro y biomecánicamente he ido perfilando soluciones ante los posibles problemas puntuales con los que te puedas encontrar. Algunas veces creo que son de cajón; en otras sé que, como traumatóloga, tengo algo más de idea.

Ojalá pronto olvides tus mañanas «*post*», un vis a vis sumergida en café, quejidos por los cambios posturales e ibuprofeno.

Deseo que mis consejos como mujer sean bien recibidos. Y así, a la mañana siguiente, te sientas fabulosa, te mires en el espejo y descubras que lo único que delata tu experiencia gozosa es tu amplia sonrisa y tu rubor en las mejillas.

ANTIINFLAMATORIO: DE SALVADOR DEL MUNDO A SATÁN

Ya tendríamos el vestidazo, los zapatos *prêt-à-porter*, el *clutch* adecuado y el colorete natural (proporcionado como uno pueda o deba, sola o acompañada); y ahora nos adentramos en el mundo de la farmacología.

¿A ver cómo ligas esto con el vestido? Fácil. Tu vestido ideal es una sugerente prenda de angora con un cuello volteado que te acaricia, se desliza fabulosamente por tus caderas y termina de modo juvenil por encima de la rodilla. Ese tejido cálido te acompañará por mucho tiempo, siempre y cuando sigas al pie de la letra las instrucciones de lavado. Lavado corto, centrifugado exiguo y nada de productos corrosivos. ¿Te imaginas qué podría hacer con ese mullido complemento una universitaria recién emancipada? (Prelavado, centrifugado alto y prolongado y un poco de lejía). En menos de hora y media pasas de tener un mullido gato persa a un desaliñado y «piojoso» gato pulgoso. Solo de pensarlo... ¡terror!

Pues digamos que entre esas acciones poco controladas o realizadas al azar podríamos incluir la toma de antiinflamatorios y analgésicos por la población española. Empecemos.

Hubo una época, hace ya muchos años, en que tú decías «antiinflamatorio» y la gente no se santiguaba. Una época dulce y nostálgica en la que los traumatólogos de todos los tiempos querrían vivir eternamente. La época dorada de los antiinflamatorios.

Como ya soy una traumatóloga obsolescente, te diré que la viví, pero no la llegué a saborear como todo traumatólogo se merece. (Era residente cuando el escándalo Vioxx se destapó y se acabó la alegría de recetar antiinflamatorios —AINEs— a destajo).

Te dolía una muela: Voltarén; te dolía la regla: diclofenaco; ¿dolor de cabeza?, ibuprofeno; ¿rodilla dolorosa? Feldene Fias; ¿lumbago? Voltarén Retard, y así hasta el infinito y más allá.

Por aquel entonces lo prescribíamos a la torera, daba igual si eras hipertenso —tensión alta— o si habías padecido un infarto cardíaco; no importaba si tu función renal estaba justita o necesitabas diálisis (exagero un poquito). También daba lo mismo si habías padecido un ictus o si eras un enfermo con diabetes —azúcar alto—; tú lo prescribías y, lo que es mejor, el enfermo se lo tomaba a pies juntillas y, en unos días, su dolor articular, por arte de magia, fuera el que fuera, había mejorado o incluso desaparecía (en realidad, era por arte de la fisiología y farmacología).

De vez en cuando o, mejor dicho, en un número nada despreciable de ocasiones, se

provocaban úlceras de estómago y hemorragias digestivas. Y ya está, los traumatólogos vivíamos felices sin necesidad de comprobar tensiones arteriales, repasar funciones renales, medicación para el corazón o medicación para el azúcar...

Sabéis perfectamente que existe un gran número de pacientes que toman pastillas *pa'l* azúcar. Esos enfermos están clasificados médicamente en dos subgrupos:

1. Me han dicho que tengo azúcar (no es culpa mía).
2. Me ha salido un poco de azúcar en mi último análisis (quizá un pelín de culpabilidad...).

Después de esta introducción he decidido hablar un poco del azúcar, aunque yo solo sea una simple traumatóloga que se supone que no sé nada de diabetes.

¿Por dónde íbamos, que me he perdido? ¡Ah, sí! Los antiinflamatorios... (Humm, aquí va un suspiro de nostalgia al recordar esa época dulce).

No existía internet, no había listillos preguntones y, lo que es mejor, no había estudios que dijeran que los antiinflamatorios causaban problemas gravísimos a quien los tomaba; infartos cardíacos o cerebrales, crisis hipertensivas y descompensaciones renales.

Esa época —te lo aseguro—, era el paraíso de los traumatólogos...

Ahora quieres recetar un antiinflamatorio a un paciente que padezca algún tipo de dolor corporal (añada aquí la articulación deseada...) y lo primero que debes comprobar es si se sufre alguna enfermedad asociada, muchas de ellas infravaloradas por los propios pacientes. Y para demostrártelo, ahora te transcribiré un diálogo extrapolado y normalito (anamnesis es el nombre técnico) de una visita estándar de cualquier especialidad.

Varón, de setenta y ocho años de edad, que acude acompañado de su santa esposa...

—¿Cuántos años tiene?

—Setenta y ocho.

—¿Alergia a algún medicamento?

—No, hasta la fecha. (Vamos bien, porque muchos te sueltan: «Sí, pero a algo que me dieron para un resfriado». Y puede tratarse desde un antibiótico a algo para la fiebre).

—¿Alguna enfermedad?

—No (categórico).

—¿Operaciones?

—Las del corazón, la del estómago y la espalda.

—¿Toma medicamentos?

Y en este momento puedes encontrarte diferentes opciones. De la más fácil a la más compleja.

OPCIÓN 1.

—Todos estos (y te saca una bolsa pequeña del super repleta de fármacos de todos los colorines posibles).

OPCIÓN 2.

—Tomo pastillas *pá* la tensión, colesterol, *pal* azúcar y *pá'l* corazón.

OPCIÓN 3.

—Solo tomo las pastillas normales: tensión, colesterol, azúcar y sintrom.

El sintrom es un medicamento que se da a enfermos con problemas cardíacos, infartos de

corazón, trombosis o incluso problemas de riego en las piernas. Es un fármaco que altera la coagulación de la sangre. Digamos que la licúa. Para cualquier cirujano es un «veneno» que no deja operar a un enfermo de urgencia quirúrgica. Solo en casos de vida o muerte se debe operar a un enfermo bajo los efectos del sintrom. Eso será siempre después de suministrarle un antídoto que intentará compensar una coagulación alterada por dicho medicamento.

Tú le dices a un cirujano sintrom y es como si le soltaras anticristo.

También es considerado un sinónimo de alguien poco sano. (Todo ello son generalizaciones de un fármaco...).

Atención. Estas tres opciones se dan en el 80 por ciento de los casos. Total, que, a medida que me he curtido como médico traumatóloga, he añadido este ADENDUM a mi interrogatorio habitual.

Rebobinemos...

—¿Cuántos años tiene?

—Setenta y ocho.

—¿Alergia a algún medicamento?

—No, hasta la fecha. (Vamos bien, porque muchos te sueltan: «Sí, pero a algo que me dieron para un resfriado»). Y puede tratarse desde un antibiótico a algo para la fiebre).

—¿Alguna enfermedad?

Y aunque respondan el no más categórico de la historia, mi mantra siempre es el mismo: tensión, azúcar, colesterol, ácido úrico, infartos y pulmóóón. Y esta retahila la digo toda rápido, rápido sin respirar y de un tirón.

Tan veloz que me dan ganas de crear un *hashtag* para ello. (*Hashtag* = etiqueta usada en redes sociales para encontrar las mismas palabras. Delante de la etiqueta y siempre la precedida por la almohadilla, o sea esto: #). tensiónazúúúcarcolesterolácidoúricooooinfartoosypulmóóón.

Si entre los lectores del libro se encuentran médicos o enfermeras, se reirán, pues es la charla más habitual de una consulta médica estándar, venga el paciente para lo que venga.

De nada servía hacer un movimiento «inquisitorio» de ceja, a lo Carlos Sobera, soltando un: «¿Segurooo que no tiene ninguna enfermedad?».

Como el paciente no tiene la percepción de enfermedad, responde con un angelical: «No. Tomo lo normal».

No veas cómo se enfadan los enfermos que padecen de diabetes cuando preguntas eso de:

—¿Usted toma pastillas para el azúcar?

Punto 1.

—Sí, pero yo no tengo azúcar. Solo me la dan por si acaso. O bien vienen con aquello de:

Punto 2.

—Azúcar no, porque no me pincho insulina.

O el famoso:

Punto 3.

—Dicen que tengo azúcar.

En ambos casos les repito y reitero: entonces, usted es diabético (enfermo de diabetes). «No lo soy». Y repiten el punto 1, el 2 o el 3.

OTRO CUARTO MILENIO: LA MEDICACIÓN.

Y lo que me gusta casi tanto como lo que te acabo de contar es el apartado de medicación. Suerte infinita la nuestra de tener recetas electrónicas —aunque sean incompatibles en otras comunidades autónomas— y utilizar la informática...

—¿Cómo se llama la pastilla que toma *pá* la tensión?

—No me acuerdo. Pero es blanca y chiquinina...

Y en función de la energía o de las ganas que tenga de empatizar con el paciente le suelto.

—¿Qué modelo de coche tiene?

—No me acuerdo.

—¿Marca?

—Tampoco. Solo sé que es rojo y compacto.

(¿Cómo se te queda el cuerpo? Pues así me quedo yo, perpleja ante estas respuestas tan esmeradas).

EL ESCANDALO DEL VIOXX. EL PRINCIPIO DEL FIN DEL SIGLO DE ORO DE LOS ANTIINFLAMATORIOS.

La farmacéutica Merck, alrededor del año 2004, lanzó un nuevo antiinflamatorio de última generación. Esas moléculas actuaban de forma parecida a las ya descubiertas pero por otra vía, bautizadas como la COX2. Por el amor de Dios, te pido que no me preguntes mucho más al respecto por dos motivos:

1. Estudié farmacología en tercero de medicina, allá por 1995. Y eso queda muy lejos. Tuve examen mensual acumulativo (que no libraba materia) durante todo un curso universitario. (Una de las cruces de estudiar medicina en la URV de Reus).
2. Ese fármaco se descubrió después de mi titulación universitaria y, si bien te lo podría explicar con moléculas..., ¡me tendrías que dar un par de meses de —clases— margen para reengancharme a la farmacología actual!

Vioxx realizó un estudio con miles de pacientes y se confirmó que provocaba ataques cardíacos (infartos cardíacos). La verdad es que el escándalo fue que, una vez descubierto ese «efecto secundario», se obvió comunicarlo a la sociedad médica y civil. (Vaya... digamos que mintieron hasta que el efecto bola de nieve provocó que rodaran cabezas). En 2004, el fármaco Vioxx —la estrella del grupo Merck— fue retirado del mercado. El grupo Merck se arruinó, al igual que su fármaco, que fue asociado para siempre al fraude médico.

Eso sería algo parecido al escándalo de los coches diésel y el grupo Volkswagen. Pero en ese caso de Merck hubo muertes asociadas al uso de Vioxx y en el segundo caso «solo» —y digo solo entre comillas— perdía el medioambiente y se mentía vilmente a la población.

A partir de aquí se fue demostrando una y otra vez que todos los antiinflamatorios que se

estudiaban presentaban resultados parecidos.

Ante esta novedad, les digo a mis enfermos y ahora te cuento a ti: SEA EL QUE SEA, TODOS LOS ANTIINFLAMATORIOS SUBEN LA TENSIÓN (y tienen otros efectos secundarios).

LOS MEDICAMENTOS FEAS, SUBLINGUALES, TOMADOS COMO CHUCHES...

Esa época dorada de la que te hablé era el *summum* del *summum*—, personas con un dolor o una inflamación insoportable decidían que, aunque en el prospecto se indicara un comprimido sublingual al día, ellos podían tomar uno cada seis horas (¡Con un par!). Lo más sorprendente que recuerdo es el caso concreto de una enfermera de la UCI que decidió tratarse así una ciática durante una semana entera, por no cogerse una baja.

Haced números: cuatro Feldenes Flas por día, yendo a tu bola siete días, pues veintiocho Feldenes Fias. (A eso, en mi casa, lo llamo jugar a la ruleta rusa; o siempre toca, si no un pito una pelota).

Eso de la posología adecuada —número de pastillas al día— tenemos los españoles fama de pasárnoslo por el forro de la ropa interior... Y me quedo estupefacta cuando mis enfermos duplican o triplican las dosis habituales.

A veces soy muy severa con ellos y les suelto perlas del estilo:

—¿María, no sabía que pesaras como un dinosaurio? —Entonces, aunque la paciente no padezca de obesidad, me mira sorprendida—. Eso, cariño, se lo puede tomar un dinosaurio que pese 500 kilos, no tú —aclaro.

¡Suerte que hablábamos de los antiinflamatorios! ¿Cómo me he podido enrollar tanto?

De eso se trata, quizá; pero si has leído hasta la última línea, gracias, ahora ya sabes que no existe antiinflamatorio bueno. O quizá sí, el que se queda sin tomar porque no lo necesitabas...

21

ANALGESICOS.

LA BOMBA ATOMICA PARA MATAR MOSCAS

Podríamos clasificar a la población en general de muchas maneras, pero hay dos que me encantan:

- La primera y muy divertida es preguntar por las dos marcas de crema de cacao más habituales en España. Una nacional (española) y la otra italiana. Yo solo diré que prefiero producto local, y hasta ahí puedo leer.
- La segunda, y también muy *typical Spanish*, está relacionada con la lectura o no los manuales de instrucciones. El 85 por ciento^[5] de los españoles, entre los que me incluyo, nunca leen las instrucciones o, como mucho, el manual rápido de uso. ¿Cómo puede ser que ese televisor tenga un manual de instrucciones más grueso que la edición bolsillo de *El Quijote*? (Sí, soy de esas, impetuosa). El 15 por ciento^[5] restante se leen de pe a pa todo y disfrutan horrores descubriendo todas las opciones de uso del último capricho tecnológico.

Con lo bonito que es pasarse el resto de la vida del «cacharro electrónico» descubriendo funciones nuevas. Es como la noche de Reyes varias veces al año.

Lo que no sería muy bonito y no toleraría (y no tolero) es no leer adecuadamente el prospecto de los medicamentos. Quiero engañarme a mí misma (Miranda con los dedos cruzados) y creer que la proporción de lectores de prospectos médicos es mayor a la de lectores de manuales de instrucciones.

No es lo mismo estropear como por casualidad un juguetito electrónico que causar daño irreversible en tu cuerpo. (Sí que tenemos recambios, pero te aseguro que no van igual de bien...).

Así nos va...

¿Imaginas qué estropicio causaría que usaras una bomba atómica de mil quilotones para matar todas las moscas que entran furtivamente a tu hogar? ¿De verdad que no te serviría un flit de aerosol —sin FCF, *of course*, el agujero de la capa de ozono no tiene la culpa— para exterminar las moscas? Parece más lógico. ¿Y si decidieras matar las moscas con el arte lúdico y nipón que

aumenta tus reflejos y mejora tu atención? Nada como hacerlo con una pala diseñada para ello: el matamoscas. Sería el mejor método, sin prácticamente daños colaterales —quizá pueda perecer algún cuadro o una tele LCD— y sin efectos secundarios.

Y mientras lees estas líneas piensas qué diablos quiero decirte en medio de un capítulo sobre los analgésicos. Verás como ahora sonríes.

¿Cuántas veces has oído la «mítica frase»: «Es que el paracetamol a mí no me hace nada, y cuando a mí me duele xxxxx (pon aquí la parte anatómica preferida: cuello, lumbares, rodilla o cadera) me tomo un Nolotil bebido, que es lo único que me quita el dolor»?

Cada vez que oigo esta frase, un anestesiista especialista en dolor (llamado también algólogo) pierde sus alas.

¡POR EL AMOR DE DIOS!

En primer lugar, en la caja de las ampollas de Nolotil pone IN-TRA-MUS-CU-LAR. En segundo lugar, una cápsula de Nolotil tiene 575 mg y una ampolla de Nolotil tiene 2 g o sea 2.000 mg. Eso significa que una ampolla de Nolotil tiene aproximadamente 3,5 capsulas de Nolotil. (¡Curiosamente, esa sería la dosis habitual recomendada para todo un día!).

Mi amiga Blanca Usoz escribió un *post* ameno y divertido para explicar el humor y el dolor latinos, muy diferentes de los anglosajones. Los latinos, y en especial los españoles, muchas veces tenemos una tendencia fantástica a la exageración. El «A mí me duele más que a ti, y con un paracetamol no se me quita el dolor porque no sirve para nada» es el pan nuestro de cada día.

Cada vez que tratamos nuestro dolor con un analgésico más fuerte del que necesitamos estamos gastando los ases guardados en la manga para cuando lleguen tiempos peores. Cada dolor tratado con Nolotil que podría haberse calmado con paracetamol es una oportunidad desperdiciada de haber usado el fármaco adecuado. Quemamos una nave y nos acostumbramos a mitigar el dolor con fármacos menos adecuados.

No puede ser que el paracetamol no te haga nada. Algo hace, seguro. Pero, por favor, no uses esa excusa.

A veces uno de los problemas más habituales de nuestra sociedad actual es que queremos algo inmediato. Nos gustan unos zapatos deportivos, abrimos la aplicación Amazon para móvil, compramos con tarjeta y en veinticuatro horas llega a casa.

Cuando nos duele algo y nos tomamos un calmante (me encanta esa palabra), queremos que actúe desde el minuto uno, incluso mejor, desde el minuto cero.

Si os fijáis, todos los anuncios de fármacos en la tele usan esos eslóganes: acción inmediata, rápida absorción, acompañados de *STOP* o *PLUS*, que hace más efecto.

Pero ahora vengo yo y te cuento que no, que nada actúa tan rápido y menos tomado por boca —posología oral— o en crema.

Quizá una vez tomado el calmante, deberíamos intentar encontrar un momento de paz, esperar tranquilamente intentando relajarnos. De nada sirve a los cinco minutos tomarse dos cápsulas de Nolotil o la clásica ampolla bebida.

Y si en media hora se te pasó la jaqueca, no sabrás nunca si fue por el paracetamol, los Nolotiles en cápsulas o el Nolotil bebido...

«PARACETAMOR» Y OTROS BESOS DE MIRANDA TRAUMA.

Así que lo que quizá precisas es tiempo, o paracetamor o simplemente amor.

Fiesta de cumpleaños de mi hija Rita, hace un par de años. Veinte niños gritando en un centro de ocio con colchonetas, bolas de colores, música y mucho ruido.

Los golpecitos estaban a la orden del día. Ante tal avalancha de golpes —en personal de menos de seis años—, me agencié estratégicamente un cubito de hielo. Y poco a poco, a lo largo de las tres horas de fiesta salvaje, fueron pasando todos los niños por mis «manos».

Sugestión o paracetamor. ¿Quién lo sabe?

Niño o niña sentado en mi regazo. Lágrimas secadas, mocos sonados. Exploración médica realizada exactamente como si estuviese en el hospital. Total atención al pequeñajo lesionado. Comprobación de daño cero. Y entonces de modo muy, muy teatral explicar que el frío actuará en diez segundos. De manera conjunta contar hasta diez, despacio: unooo, dooos, treees, cuatrooo, cincooo, seeeis, sieeete, ooooocho, nueveee y dieeeez.

Comprobar mágicamente que el dolor desaparecía *ipso facto* y, según se bajaba de mi regazo, ya salía corriendo para continuar el juego.

Eso se llama poder de trauma, o de mamá. Pues sirvió para todos los niños de la fiesta.

EL SUMMUM. TELEBESO MIRANDA.

Y esa capacidad curativa por convicción (más que por mis conocimientos médicos) la he llegado a ejercer por teléfono.

Toda mi familia vive a 10 kilómetros de mí. Mis hermanas —tengo dos— tienen dos niños cada una: Elvira y Celia, Amanda e Isaac. Cuando Amanda ha tenido dolores de tripa o dolor de cabeza, llaman a la *padrina* Eugenia —aquí nada de doctora Miranda— y hacemos el mismo número de teatro/hipnosis calmante vía telefónica. Y el dolor desaparece.

Así que lo que te quiero decir es que dolores suaves e incluso moderados pueden mitigarse con analgésicos suaves, solo es cuestión de esperar un poquito y tener paciencia. Dejar que la farmacocinética —velocidad de acción de un fármaco— haga de las suyas y calme el dolor.

P.D.: en este capítulo no pretendo ofender a los pacientes que padecen de dolor crónico y que deben modular la toma de analgésicos con derivados de morfina. Aunque sea de una forma un poco gamberra, solo intento hacer hincapié en un porcentaje importante de la población que toma calmantes más fuertes de lo que necesita y se automedica. Nada más.

EJERCICIO, QUE NO DEPORTE. LA AVENIDA DEL COLESTEROL

Y después de unos cuantos capítulos explicando temas traumatológicos, para que entiendas un poco más tu cuerpo obsolecente, ha llegado el momento de la verdad.

Pocas cosas vas a poder hacer por ti tan útiles y sencillas para proteger tu salud como el ejercicio.

Y repito: ejercicio físico, que no deporte.

¡A ver, Miranda, explícame eso! Muy sencillo. Cualquier actividad física que te permita aumentar tu estado basal —vaya, que te muevas— y sea vigorizante con una pizca de ocio sería considerado un ejercicio físico: paseo relajante por la playa, caminata después de «esa paella dominical», recolectar espárragos trigueros, tomar fotos de flores un domingo en el campo, bajar una parada de metro o de autobús antes.

El deporte para mí es otra cosa, sería realizar ejercicio físico —por ocio o no— con un espíritu competitivo.

Ejemplo tonto de la diferencia entre ejercicio físico y deporte: los días que las guardias y mi agenda me lo permiten, recorro las montañas cercanas a mi pueblo. Cuando una flor me sorprende, paro y tomo una foto. Me da igual el tiempo que señale mi contador de pasos, la flor es más importante. Si me cruzo con un amigo al que hace tiempo no veo, paramos, charlamos y nos despedimos. El crono no decide mi tiempo de ocio, luego están, claro, los que corren por la montaña, a los que saludo y van tan pasados de vueltas que solo les queda energía para levantar las cejas. Eso es deporte, algo realmente adictivo. Algo que no comprendemos los que solo hacemos ejercicio físico con moderación.

Miranda, no me vengas con monsergas, yo me muevo todo el día: casa, compra, trabajo, hijos o nietos. Te aseguro que te va a costar horrores llegar al mínimo recomendable de diez mil pasos. Y eso lo sé por experiencia propia. Solo cuando decides competir contra ti misma y te das tu ratito para ese paseo relajante será cuando conseguirás los diez mil, ese debería ser tu mínimo, no menos.

Un truco mío: unas zapatillas de deporte siempre en el coche. Para pasear no necesitas vestirme de fosforito de la cabeza a los pies. Ni llevar un reloj Garmin de seiscientos euros. Con un tejano y algo chillón —si deambulas por la carretera— es suficiente para tus treinta minutitos al día.

El deporte, esa adicción tan sana y buena. Eso, al menos, sobre el papel... ¡Descubre los beneficios de realizar ejercicio físico moderado!:

- Hipolipemiante. Baja los niveles de colesterol y triglicéridos.
- Hipoglucemiante. Mantiene a raya los niveles de azúcar.
- Cardioprotector.
- Anticancerígeno. (Mantiene todo a raya).
- Antiobesidad.
- Ansiolítico. Relaja.
- Estimulante. (Los mejores capítulos de este libro y las mejores ideas para mi web se me han ocurrido después de un ejercicio intenso, vigoroso y mantenido). Pienso que cuando necesitas tanto oxígeno para tus piernas, tu cerebro se desconecta de modo total. De ahí que pueden aparecer nuevas ideas, porque haces una puesta a punto. Algo parecido a cuando debes reiniciar un ordenador después de que se cuelgue...
- Anoréxico. Lo oyes bien, si realizas algún ejercicio más moderado que suave, descubrirás al llegar a casa que no tienes ese apetito voraz.
- Anabolizante. Creador de músculo. A más músculo, más calorías quemas y, a su vez, más fácil es perder peso. (Un pez que se muerde la cola, pero para bien).
- Contra la osteoporosis. Disminuye la posibilidad de padecer de osteoporosis.
- Antitrombosis. Evita la trombosis. (Evidente, si movilizas tus piernas y la sangre de su interior, todo fluye mejor).

DEPORTE: LUCHAR CONTRA UNO MISMO ESTÁ BIEN HASTA QUE...

En mis años de profesión como traumatóloga, que ya van camino de veinte, he visitado un montón de deportistas que, aun estando sanos como una pera, eran adictos a una droga muy potente: las endorfinas.

Endorfina: hormona segregada —por uno mismo— después de un ejercicio intenso que provoca un placer semejante a la sensación de bienestar experimentada después de una buena sesión amoratoria.

Pues bien, esta gente tan enganchada a las endorfinas deportivas es capaz de TO-DO con tal de poder mantener el ritmo de entrenamiento. Te ruegan una infiltración de corticoides (de entrada diremos ¡*vade retro*. Satanás!) y no conciben la vida sin un rodillo y una bicicleta, sin salir a correr sus religiosos 10 kilómetros diarios o sus dos horas de *gym*.

He comprobado cómo muchachos de treinta y cinco años tenían rodillas de ancianos de setenta por abuso: medias maratones, maratones, *half*, ultras e *ironmans* fueron las culpables. Y cuando los interrogabas y no entendías cómo un derrame de rodilla se perpetuaba más allá de lo esperable, te decían que no habían hecho nada. Para ellos nada significaba ¡correr veinte minutos o hacer una hora de rodillo!

A los enganchados a esas endorfinas, «yonquis del deporte», los veo de lejos y, ¿sabes qué?, con el tiempo he aprendido que sus necesidades especiales son diferentes de las tuyas. Y del

mismo modo que no trato igual a un anciano con una fractura de muñeca, a un niño, a un violinista profesional, tampoco lo hago con un corredor o un deportista de élite. Él o ella se lo merecen. Ya hace tiempo que no me cuestiono qué necesita la gente para ser feliz.

Pero de lo que se trata aquí hoy no es de hacer un listado de lo malo que es el deporte en exceso... sino de hablar de los beneficios del ejercicio físico practicado con moderación. Acelerar un poco tu ritmo cardíaco (tu corazón), aumentar un poco tu respiración y comprobar cómo todo tu organismo se acelera y empiezas a activar tu metabolismo... eso para mí es lo óptimo y saludable. Y si te animas y decides pasarte al «lado oscuro» del deporte y te vuelves un adicto a las endorfinas, bienvenido al club.

Cuanto más largo es el camino, cuanto más duros son los obstáculos que te vas encontrando, el dolor y el sufrimiento se acentúan. Pero cuando consigues tu meta, tu carrera, tu marcha, haber llegado al lugar más álgido de una cumbre, las hormiguitas del bienestar, del placer extremo, hacen acto de presencia, y te dices a ti mismo: ha valido la pena.

LA AVENIDA DEL COLESTEROL.

En Vila-Seca, pueblo en el que se encuentra Port Aventura, existe una avenida de cuyo nombre no puedo acordarme que ha sido bautizada por sus ciudadanos como avenida del Colesterol.

Vila-Seca y Salou eran el mismo pueblo. En los años noventa, Salou se escindió del municipio de Vila-Seca, y este último se quedó prácticamente sin costa.

Vila-Seca era un pueblo interior que en los años sesenta y setenta recibió con los brazos abiertos a familias andaluzas y extremeñas que buscaban trabajo. Las industrias que poco a poco fueron instalándose allí aumentaron la posibilidad de trabajo. Alrededor del año 2000, Vila-Seca y Salou se disputaron la instalación del parque de atracciones Port Aventura.

La avenida del Colesterol, no sé exactamente en qué momento se empezó a llamar así. Supongo que el desparpajo «andalú» y extremeño hicieron el resto. Clima mediterráneo benigno, temperaturas templadas todo el año, sol y trabajo. Tanto es así que incluso la colonia de ingleses, holandeses, franceses y alemanes que viven allí todo el año es enorme.

Vila-Seca es un municipio rico, los ingresos de las industrias y Port Aventura permiten el uso de infraestructuras adecuadas con una gran calidad para sus ciudadanos. El centro de salud tiene unas instalaciones espectaculares. Yo habitualmente voy a pasar visita un par de veces al mes.

Actualmente tiene una tasa de desempleo muy baja.

Existe pues una avenida altamente frecuentada por los mayores del lugar y por gente de todas las edades que han decidido cuidarse. Alguna vez paso por allá y compruebo cómo las novedades van provocando cambios imperceptibles para según quién, pero no para mí:

1. La llegada de los palos para la marcha nórdica. (Aprovecho para contarte que el uso de esos palos incrementa en un 30 por ciento el gasto calórico. ¡Y actúa en especial contra la grasa del michelín!).
2. El aumento progresivo del calzado adecuado para los caminantes. Bambas tipo *runningy* un calzado muy amortiguador.

¡Será que tanto predicar en el desierto y en mi web ha hecho mella!

La primera vez que oí lo de «Avenida del colesterol» me sonó chocante pero divertido, aunque en el fondo me encanta que la gente de ese pueblo haya rebautizado una avenida como la del Colesterol. Porque lo que me gusta es comprobar que ese pueblo haya decidido cuidarse. Una prueba evidente y clara del poder del cambio si uno se lo propone.

Yo paso habitualmente un par de días cada semana por una autovía que cruza esa avenida. Existe un puente colgante que atraviesa la autovía en ese punto. Sea la hora que sea, haga el tiempo que haga —incluso lloviendo—, siempre hay como mínimo un par de viandantes preocupados por su salud y por su colesterol. Supongo que empiezan a saber que les va la salud, les va la vida. ¡Bravo por ellos!

En todos los municipios de España debería existir una avenida del Colesterol, con zona habilitada para carril bici y bancos estratégicamente situados para poder sentarse cuando fuere preciso. Imaginad cuántos «*panacoles*» dejaríamos de comprar haciendo ejercicio físico de forma controlada. Porque tú lo vales...

Si después de leer este capítulo te han entrado unas ganas terribles de echarte a la calle a despejar tu cuerpo, ¡felicidades! Suelta el libro y pasea, que mañana será otro día. Si padeces alguna enfermedad importante te sugiero que antes lo consultes con tu médico de familia, con tu fisioterapeuta o con tu médico rehabilitador.

EXPLÍCAME ESA PRUEBA PARA QUE YO LA ENTIENDA

Aquí ya no hablaríamos de ningún vestido, sino más bien de traducir esa etiqueta que a veces está escrita en chino, ruso, árabe o arameo. Esa que tiene más centímetros cuadrados que una braguita. ¿Te refieres, Miranda, a un tanga *sexy*? No, no, me refiero a una braguita —o braga— talla 42 (vaya, lo normal).

Empiezas a leer un triángulo, un cuadrado con un puntito, unas cruces y la imagen de un suavizante. O eso creías tú.

Aquí hablaremos de las pruebas complementarias, qué significan, qué pueden encontrar y, ya de paso, si duele o no. ¿Resonancia y TAC es lo mismo? ¿Me dará claustrofobia? Pues eso.

Así que, con todo el cariño del mundo, solo para ti, voy a traducirte de español-médico a un lenguaje que se entienda.

RADIOGRAFÍA.

Ya sé que sabes lo que es una radiografía. Me dedico bastante a la ortopedia infantil y ocasionalmente debo explicar a algún paciente chiquitín que le debemos hacer una. Le cuento que es como una foto, como un *selfie* y que lo más importante es que se quede quieto. Que no duele NA-DA. Y que a la vuelta comprobaré si se reía o no mientras se la hacían.

Yo aún recuerdo la primera radiografía que me hicieron y el trato exquisito del técnico de rayos que me la realizó. Yo tenía unos cuatro o cinco años, todavía la conservo en casa. Me dijo que debía quedarme inmóvil y que era importantísimo. Creo que en ese instante colaboré tanto que me convertí en estatua por un momento. Ese día, mientras mi madre y yo hacíamos una gincana desde mi pueblo, Alcover, hasta Reus, me instruyó y me aseguró que no me dolería. (He aquí la importancia de una buena información y de la colaboración de todos para evitar traumas, la repetición de pruebas y, los llantos incoercibles). Y salió bien, nada movida. (Siempre he sido una niña buena).

¿Cuántas radiografías se deben realizar?

Te aseguro que siempre que puedo intento ahorrarla, pero a veces es necesaria y, cuando es así, tocan como mínimo dos.

TAC, ESCÁNER O TAMBIÉN CONOCIDO COMO LA LAVADORA...

Lavadora porque es como un donut y el enfermo se sitúa en su interior.

Es una herramienta rápida, escanear un cuerpo entero ocupa un par de minutitos.

Es una prueba que irradia y mucho. Como mil veces más que una radiografía. ¿Por qué irradia tanto? Pues para que te hagas una idea, sería como realizar muchas radiografías seguidas y una vez hechas se reconstruyen para poder ver las estructuras.

Es muy útil para encontrar tumores, infecciones, y básica para efectuar la primera valoración de un enfermo politraumático (que se lo ha roto todo). Identifica adecuadamente sangre en pulmones o abdomen (la barriga de toda la vida).

En el caso de traumatología, se usa sobre todo para valorar fracturas óseas y preparar material antes de una cirugía: clavos, placas, tornillos... (lo que los traumatólogos llamamos preparación prequirúrgica).

LA RESONANCIA O EL TUBO MALDITO.

Este apartado merecería un capítulo entero por la sensibilidad y bulos que despierta en la población general.

En primer lugar te diré que es una *prueba indolora* y que incluso las embarazadas pueden someterse a ella (aunque desde hace un tiempo no se considera adecuada).

¿En qué consiste? Tú estarás en medio de un *campo magnético* con dos potentes imanes que cambiarán de polaridad rápidamente. Ese hecho volverá el agua y la grasa corporal un poco loca y pasará, en cierto modo, algo parecido al oleaje —eco— que se produce en una piscina cuando tiras una piedra. Pese a ello, tú no notarás nada.

Y a partir de ese hecho, las diferentes texturas corporales en función de la cantidad de agua que posean actuarán de un modo u otro.

Incómoda o pesada.

Se puede considerar incómoda por tres motivos: posición, ruido y duración.

- *Posición*—, a veces puede ser un poco forzada. Enfermos con un ataque de ciática severa simplemente te dicen que no aguantarán media hora así.
- *Ruido*, incluso con los supercascos para los oídos que te proporcionan... Cada vez que me he realizado una, he tenido la sensación de estar trabajando en una obra pública con un martillo neumático dando golpes al lado de mis oídos.
- *Duración*—, pese a que las máquinas han ido mejorando, dentro del tubo te pasarás no menos de veinte minutos para una rodilla. Y, por ejemplo, para una columna vertebral completa unos cincuenta minutos.

Y deberás estar absolutamente quieto, como la doctora Miranda a los cinco añitos el día que se irradió por primera vez.

Otras particularidades.

El famoso tubo tiene una dimensión específica. Algunos son más amplios y otros más estrechos. Eso significa que hay personas que no caben... La camilla que se desliza por rieles entrando y saliendo del tubo soporta un peso concreto. La de mi centro aguanta 125 kilos. ¿Muchos, verdad? Pues te sorprenderías al saber cuántas resonancias fallidas tenemos al año por esos problemas entre continente y contenido.

En Estados Unidos, donde pesar más de 150 kilos es más habitual que en los países que se supone practican la dieta mediterránea, tienen ya máquinas adaptadas. Pero aquí aún no hemos llegado a ese punto.

Tengo una amiga llamada Ana Ey, traumatóloga reconocida mundialmente por ser experta en cirugía del pie y de la columna. Aprendió de una bellísima persona, el doctor Ignacio Ponseti, una técnica sencilla y barata que ha cambiado el futuro en todo el mundo a los pacientes que padecen de pie zambo. (El pie zambo se caracteriza por un pie «torcido» e invertido que se diagnostica en niños recién nacidos). Ana tiene un corazón enorme. Es un ángel. De modo altruista se desplaza a Tarragona y me ayuda a operar niños y evitar el desplazamiento de ellos y sus familias a Barcelona. Hemos instaurado la costumbre de que, cuando terminamos las operaciones de toda la mañana, la invito a comer en algún restaurante de Tarragona y entonces nos ponemos al día de nuestras vidas y proyectos. Ana colabora con varias ONG, como Vicente Ferrer, y ella posee el legado del doctor Ponseti y es una incansable difusora del método Ponseti. Alguna vez ha prestado ayuda al Zoo de Barcelona y ha intervenido con éxito monos y chimpancés cuando se han fracturado «brazos y piernas». Charlando con ella pensé que aquellos pacientes de Barcelona *city* aquejados de obesidad mórbida podrían hacerse las resonancias magnéticas ¡donde se las realizan a los elefantes del zoológico! (es broma, claro).

QUIÉN TIENE CLAUSTROFOBIA Y QUIÉN SE LA INVENTA.

Con la medicina, como con el fútbol, todo el mundo entiende y es muy leído.

En mi profesión, hay momentos en que a pesar de haber indicado que es necesario hacer un TAC, algunos pacientes no están contentos y no paran hasta que se les prescribe una resonancia. Vamos, que sería la prueba *Premium* y VIP de la medicina.

Lo primero que pregunto al paciente cuando me cuenta su claustrofobia es si sube habitualmente en ascensor. A los que me dicen que no suben nunca, les cambio la prescripción de la resonancia a una resonancia abierta sin rechistar.

A los que me cuentan milongas del tipo acompañados sí pero solos no, les pregunto si han tenido alguna experiencia «religiosa» en una resonancia previa. Y si me describen cosas compatibles con un ataque de pánico, también prescribo algo abierto.

Y para los otros casos, en función de la gama de grises.

Si solo se notaron un poco nerviosos en una resonancia lumbar y ahora debe ser una resonancia de rodilla o pie, calculamos si la cabeza queda fuera o dentro del tubo. Añadimos una pastillita relajante antes y ¡tachán!, resonancia que te crio. Si la resonancia es de cadera, lumbar o cuello pido una abierta explicando lo que veré.

He de reconocer que entrar dentro del tubo puede poner nervioso a cualquiera. Cuando te realizan una resonancia cervical o craneal, encima te colocan un dispositivo (antena) para aumentar la señal magnética y luego evitar que te muevas. Ese dispositivo a mí siempre me ha recordado a esa escena de *El hombre de la máscara de hierro*. Esa sensación de desamparo, ese terror y esa asfixia.

Podemos decir que esas resonancias son las más claustrofóbicas, pues estás dentro del tubo y no sales en ningún momento.

CALIDAD DE IMAGEN: RESONANCIA NORMAL *VERSUS* RESONANCIA ABIERTA.

La resonancia convencional daría unas imágenes semejantes a las de una tele de plasma. Imagen buena, buena. En cambio, la resonancia abierta las daría en blanco y negro, como las del *NO-DO*, de poca calidad (para según qué cosas bien, pero para según qué otras no sirven).

Por ello y sabiendo eso, siempre que puedas, intenta resistir y soportar una resonancia convencional.

La resonancia bajo sedación en mi caso —y en mi medio— sería considerada una *rara avis*. La sanidad pública no va sobrada de anestesistas, precisamente. Cuando tengo que pedir una resonancia que requiere de este especialista, debo movilizar cielo, tierra y hacer malabarismos. Entre tú y yo, tengo la sensación de ser una niña adolescente que negocia con papá y mamá para que la dejen salir de fiesta. Hablo con la secretaria de radiología, que me informa de la disponibilidad, y luego con la jefa de anestesia que me dice que ese día es imposible. Y vuelvo a llamar a la secre de rayos preguntando qué día hay anestesista. En ese momento, la secre me informa, contrariada, que debe desprogramar media agenda. Y entonces, cuando coinciden máquina, radiólogo, anestesista y enfermo sedado, otro ángel gana sus alas. Y lo mejor, Miranda Trauma, encima de un unicornio rosa, pasea un rato hasta el otro lado del arco iris.

MI RESONANCIA Y MIS NIÑOS.

Luego te haces tú una resonancia craneal tras un día de guardia, y recuerdas películas *gore* —y míticas— de Robert Rodríguez o Tarantino donde entierran a gente viva. Después se te pasa. Y a los cinco minutos, te duermes como una bendita.

Para evitar una sedación a un niño de la familia o de amigos míos, he entrado un par de veces en la cámara de la máquina. En ambas ocasiones, los niños soportaron el ruido de la máquina, mis bailes y mis canciones infantiles. Fue divertido comprobar la cara de estupefacción de los

técnicos de rayos, que desde el otro lado del cristal se reían conmigo (de hecho, sé que se reían de mí, pero qué le vamos a hacer). De todos modos, como en Las Vegas, lo que ocurre en la resonancia se queda en la resonancia. Eso y que el uso de teléfonos móviles con cámara para grabar aún no estaba bien desarrollado.

Mis niños.

Prescribo la resonancia a partir de los cinco o seis años, en función de cómo veo de maduro al paciente, explicándole cómo es, el ruido y cuatro cosas más. Muchos niños con mucha publicidad espacial —*made in* Miranda —deciden lanzarse a la aventura y acceden sin trauma alguno a realizar la prueba sin sedación.

Los técnicos de rayos de mi centro acceden gustosamente a mostrar las instalaciones al niño para intentar convencerle de lanzarse al espacio sideral.

UN POTENTE IMAN.

Cuando era residente de traumatología debíamos entrar periódicamente en la sala de resonancia para ayudar a los celadores a colocar adecuadamente a los pobres pacientes que se lesionaban la médula espinal en un accidente.

Recuerdo perfectamente cómo el efecto del imán era suficientemente potente para notar un par de cosas.

Antes de entrar a la máquina era obligado dejar todos los efectos personales en unas minitaquillas diseñadas para ello, sobre todo cualquier objeto metálico que llevaras puesto.

Los clips que llevaba en el pelo no me los quitaba y en cuanto entraba a la sala notaba cómo unos duendes chiquitines tiraban de mi pelo (suavemente, te lo aseguro).

Una vez, una compañera mía entró con unas tijeras especiales para retirar vendajes — extremadamente benignas porque tienen en la punta una bola para no lesionar— que llevaba atadas a un botón con una correa metálica. Bien, pues esas tijeras levitaron y se colocaron en la dirección del campo magnético. No pasó nada, no se cortó nadie. Es más, invocamos a la niña del exorcista diciendo que nos dejara en paz. (Cosas de locas residentes...).

Luego, hace menos tiempo, entré con mi sobrina vestida con *unos jeans* con tachuelas magnéticas, y no pasó nada. Ni mis tejanos ni yo quedamos aplastados por el campo magnético.

Ese imán «quemaba en sentido figurado» la banda magnética de las tarjetas de crédito. Tenía una amiga que trabajaba en la «reso» que varias veces al año iba a su entidad bancaria a por duplicados de su VISA.

LASUCCIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA. LA INDIA ES LA INDIA.

En las redes sociales encontrarás noticias aparecidas en Google relativas a la succión que acabó con la muerte de un trabajador en una clínica de India por efecto de un aparato de resonancia magnética.

Para empezar, no debe ser una noticia falsa, te lo aseguro. Pero seguramente se trate de la suma de negligencia + ineptitud + caos típico indio.

Me explico: yo tuve la oportunidad de visitar la India; fue un viaje de placer. Lo primero que sorprende cuando uno llega allí es el aroma especiado del ambiente —todo ello salpicado por otros olores menos agradables—, aunque también destaca claramente la suciedad llevada a su máximo exponente. Y en función de lo ordenado que seas en tu vida, te paraliza el grado de caos total y absoluto que existe.

Nos desplazábamos en autobús. Las comunicaciones en la zona más civilizada —el famoso triángulo del norte— eran pésimas, para recorrer 100 kilómetros podías pasarte tranquilamente tres horas.

Pese al *jet lag* por el viaje, observar algo tan distinto a mi tierra me llevaba a no dormir cuando viajábamos.

Carreteras sin arcén al lado de terraplenes, ancho de vía suficiente para unos tres vehículos. Y entonces caos. En una sola dirección podías encontrar una bicicleta con un bulto enorme, un camión cargado a tope con viajeros encima en plan *Titanic* —soy el rey del mundo—, un coche a gran velocidad adelantando a la bici y el camión. Por la izquierda aparecía una moto a gran velocidad con cinco ocupantes, tres de los cuales niños, cinco cráneos sin casco. Le puedes añadir si quieres un par de vacas rumiando aisladas en su mundo a 20 centímetros del asfalto...

Y todo ello se cruzaba con nosotros a unos 300 metros de distancia. A medida que se acercaba el momento del impacto con alguno, solo el guía que estaba de pie mirándonos a todos continuaba hablando. El resto de los viajeros dejábamos de pestañear, de respirar e incluso nos cogíamos de la mano. Luego, mágicamente, alguien cambiaba la trayectoria o frenaba y el caos desaparecía a la velocidad del rayo.

Se lo comentábamos al guía, que se limitaba a sonreír, movía delicadamente la cabeza en diagonal hacia ambos lados y exclamaba: «Esto es la India, nunca pasa nada».

Esa succión magnética tuvo que ser originada por un caos en grado monumental y sin tiempo a deshacer el entuerto.

Te doy mi palabra de honor de que la máquina de resonancia no succiona como un huracán, no te eleva del suelo ni te hace levitar hacia el centro de la tierra. Solo notas —si llevas una horquilla en el pelo— una ligera tirantez de pelo. *Capisci?*

ELECTROMIOGRAMA. EL TESTER EN MEDICINA.

Es una prueba que ayuda a comprender la calidad de la transmisión nerviosa. ¿Te has quedado igual?

Sirve para ver si pasa la corriente. ¿Mejor?

¿Sabes lo que es un tester? Un aparato que, mediante un estímulo eléctrico —chispazo— entre dos puntos concretos de un brazo o pierna, calcula la velocidad de conducción. (Algo parecido al oleaje provocado al tirar una piedra en medio de un lago).

¡Estás de enhorabuena!

Hasta hace nada, ese chispazo iba acompañado de dos agujas que se clavaban en el músculo por estudiar, a la salida y llegada de la supuesta «carrera nerviosa».

Ahora ya no funciona así. Y lo sé porque hace poco me hice un electromiograma. Ya no se precisan las agujas, tan solo unas pegatinas que pasan la corriente nerviosa.

De ser una experiencia religiosa altamente desagradable con pinchazos y corrientazo, ahora se trata solo de un corrientazo eléctrico.

Yo personalmente no lo tildaría de doloroso, desagradable sí, pero doloroso no. No obstante, sé perfectamente que la tolerancia al dolor depende de muchos factores.

Me apetecía un montón comentarte este hecho novedoso de ahorrarte las agujas.

GAMMAGRAFÍA.

Esta prueba se solicita —en traumatología— cuando se pretende encontrar qué partes del esqueleto o del cuerpo humano están inflamadas ya sea por infección, tumor o proceso inflamatorio o degenerativo.

¿Te has quedado igual, verdad?

Te lo cuento de forma simple.

En primer lugar, te inyectan en la vena (efectivamente, tendrán que pincharte para inyectarte el producto) un líquido radioactivo. Ese producto radioactivo empieza a circular por la sangre y tiene una predisposición a engancharse o señalar qué parte es la enferma. (El elemento radioactivo inyectado tiene una vida media corta). Entonces al enfermo se le realiza una radiografía para ver qué zonas corporales están afectadas.

Sirve para encontrar cosas tan dispares en traumatología como tumores óseos benignos y malignos, partes inflamadas por reuma, infecciones que afecten al hueso, comprobar si existen fracturas óseas ocultas o si una prótesis puede o no estar aflojada o infectada.

BIOPSIA O SACAR UNA MUESTRA.

Todos tememos qué puede seguir después de una biopsia. ¿Qué significa? La necesidad de información con urgencia.

La biopsia consiste en tomar una pequeña cantidad de material, bajo anestesia local, general o sedación, lo que solo supone —o debería ser así— una simple molestia. Lo terrible, lo que quema, lo que agota es la inquietud de no saber, de pensar que el médico con esa muestra descubrirá y pondrá nombre y apellidos a algo que te carcome, la posibilidad de malignidad y todo lo que conlleva eso. El miedo a lo desconocido, al dolor y a la muerte.

La celeridad, el tacto y el acompañamiento debe ser algo que, como sanitarios, podamos transmitir; nadie necesita el resultado más que el enfermo. Esperar puede ser la mayor de las agonías.

A veces saber es mejor que esperar.

Sé que mis palabras no son un consuelo, en algún momento cercano o no, también a mí me ha tocado esperar.

Pero la incertidumbre y el miedo no te deben paralizar; te deben espolpear a seguir caminando, porque estar quieto seguro que no te ofrece la mejor opción.

Sé que no viene al cuento, pero te voy a contar una anécdota verídica mía. En la facultad compartí miedos, alegrías y esperanzas con un grupo —casi al completo— femenino. El sentido de la responsabilidad de alguna de ellas era absoluto. Llegaban al día del examen, a la hora del examen y, en cuanto faltaban treinta minutos, decían que no se lo habían estudiado todo y no estaban preparadas para hacerlo. Preferían no agotar convocatoria. (Supongo que por aquel entonces, igual que ahora, existía un número limitado de veces para presentarse a una asignatura, no sé si eran cinco o siete).

Yo siempre les soltaba lo mismo: «El no ya lo tienes, vas a por el sí».

Y eso sigue siendo válido para muchas cosas en la vida. No es que la vida sea de los valientes. Oye, tampoco estoy diciendo que te tires sin paracaídas... Solo te sugiero que a lo mejor tus miedos son mayores en tu «linda cabecita» que la más dura realidad.

No puedes quedarte eternamente en el sofá de tu casa con una manta esperando a que pase todo, porque así lo único que pasará será tu vida.

Me considero una persona suficientemente reflexiva, algunos dicen que muy impulsiva. Yo no opino así (deben ayudar mis tres cafés matutinos). Bromas aparte, te aseguro que esta frase aún es muy válida. Te la presto, úsala con moderación, a lo mejor te la pegas, pero a lo mejor no... Si no lo intentas, nunca lo sabrás.

Y volviendo a las biopsias óseas, ¿sabrías decirme qué especialistas son los que más biopsian el hueso? (Supones bien: pregunta trampa...). No es el traumatólogo sino el hematólogo (el especialista en las enfermedades sanguíneas).

¿Y eso por qué? Pues porque en el hueso se alberga nuestro órgano hemático. Traduzco: es el lugar donde nacen las células de la sangre, también llamado médula ósea.

La médula ósea no tiene nada que ver con la médula espinal. Un día Gemma, la hija de mi primo, estuvo hablando largo y tendido sobre eso conmigo. Un muchacho que padecía una leucemia pedía donantes de médula ósea entre los españoles e inició una campaña mediática en Facebook, Instagram y Twitter.

Yo, a raíz de esa charla con mi sobrina, también escribí un *post* al respecto, algo obvio para un sanitario pero no tanto para la población general. O sea divulgar es nuestra misión. Y como ya estoy entre amigas te lo cuento a ti.

Todo fue a raíz de su pregunta: «¿Pero, tía, dar médula ósea es muy malo, te quedas paralítico de las piernas?». Y en ese momento lo vi claro.

NO ES LO MISMO LA MÉDULA ÓSEA QUE LA MÉDULA ESPINAL.

La *médula ósea* o *tuétano* es el lugar dentro del hueso donde se forman las células sanguíneas —precursor—. Es allí donde nacen los glóbulos blancos (defensas), glóbulos rojos (hematíes) y plaquetas (útiles para la coagulación de la sangre).

En los huesos más grandes de nuestro cuerpo, pelvis, esternón, fémur y tibia, se forma nuestra sangre. En la parte interior, en la médula.

Por eso, no es extraño que en caso de «desarreglos» sanguíneos, los hematólogos necesiten pinchar una muestra de médula ósea para saber qué diantres ocurre allí.

Pero para ser donante de médula ósea no deben pincharte a ti la tuya... Solo debes hacerte un triste y simple análisis de sangre. Analizarán el tipo exacto (el código de barras, para entendernos); una vez hecho esto, te registrarán en el listado internacional de donantes. Encontrar un donante totalmente compatible es tan difícil como que existan dos ganadores con la misma combinación de la lotería primitiva a nivel mundial.

Cuando existe un cien por cien de posibilidad, no puede haber rechazo y el enfermo que reciba la médula ósea no contraerá nunca más la enfermedad.

¿Sabes lo más bonito del tema? Que ese enfermo del otro lado del mundo pasará a tener tu mismo grupo sanguíneo y será tu hermano de sangre para siempre.

Si la fortuna te sonríe y eres el donante ideal para un enfermo de leucemia o cualquier otro tipo de cáncer sanguíneo, solo entonces sería cuando precisarían extraerte parte de tu médula ósea para salvar una vida (algo realizado con anestesia y sedación).

Hace relativamente poco he vivido ese precioso proceso en mi familia cercana; mi gran amiga Pepi y su hermano, afectado de leucemia. Encontró un donante compatible cien por cien en Alemania. Desde entonces y siempre emocionados, le decimos que a ver si se empieza a notar todo el alemán que sabe...

La *médula espinal* es otra cosa, es un cable. El «nervio» más grande de nuestra anatomía. El espinazo, los huesos vertebrales, protegen ese nervio, la médula espinal, de posibles lesiones. Si tienes un accidente grave con lesión ósea puede haber una lesión de médula, llamada paraplegia si se trata de una afectación de las piernas, o una tetraplejia cuando están afectadas las cuatro extremidades (dos brazos y dos piernas).

La médula espinal no tiene capacidad de reparación; eso supone que, una vez establecida la lesión, la posibilidad de recuperación es prácticamente nula, siendo el daño permanente e irreversible.

Recuerda a Christopher Reeve, el Superman más famoso (y guapo) conocido. Se cayó de un caballo y tuvo una lesión vertebral cervical alta que dañó su médula espinal. Con una sonrisa en los labios, se pasó el resto de sus días en una silla de ruedas.

Supongo que esa tragedia tan conocida por la población general motivó que se confundiese la médula espinal con la médula ósea.

Mi jefe, mi primer jefe, el doctor Josep Ciné, siempre decía que quien no pregunta muere tonto. Cemina es muy lista y supongo que confundía los términos. Si no me llega a preguntar, aún estaría confundida. A medida que iba encajando los conceptos e iba aumentando la complejidad de sus preguntas, su cara se iluminaba, pues se acercaba un poco más a la verdad.

Esa verdad que nos ayuda a ser un poco más libres.

Con estas historias verídicas al cien por cien intento que lo que te explico te agrade más.

A mí de pequeña me fascinaba leer en una película: «Basada en hechos reales»; es más, te confesaré que aún me ocurre. ¿Será que aún la curiosidad me puede? Si a ti también te sucede, felicidades; posiblemente tu curiosidad es infinita, como cuando eras niño. ¿Cómo si no me estarías leyendo?

ARTRITIS, ARTROSIS Y REUMA. ¡ME ESTOY LIANDO!

La población general no está sensibilizada sobre las enfermedades reumáticas —o artríticas—; no tiene ni idea de lo que significa esto que ahora voy a contarte.

Si tú eres uno de ellos: ENHORABUENA (ni tú ni nadie de tu alrededor tiene una enfermedad reumática).

Artrosis y reuma no son lo mismo.

Artrosis y artritis tampoco son lo mismo.

Reuma y artritis se podrían considerar sinónimos.

Casi todo el mundo que padece de huesos —para la gente de a pie— padece de reuma.

En realidad, casi todo el mundo padece de ARTROSIS.

¡Mirandaaaa, que me estás liando!

Espera a leer las definiciones y lo vas a entender (o, como dicen nuestros jóvenes, lo vas a petar).

Artrosis: proceso de desgaste articular. Quienes tienen una artrosis de rodilla, de columna lumbar (lumbartrosis) o del dedo pulgar (rizartrrosis) es propio de alguien obsolecente.

Artritis: (fíjate en el sufijo) ITIS. Itis significa inflamación o infección de la articulación. Y eso quiere decir que no necesariamente tienes que ser un viejo arrugado (he obviado a la jovencita obsolecente que nos viene acompañando en todo el libro). A decir verdad, un niño, un bebé, pueden tener una artritis. ¡Ya me dirás qué diantres tiene envejecido ese angelito!

Reuma y artritis son sinónimos.

Reuma = artritis = inflamación articular.

ITIS = inflamación.

Claro, ¿verdad? ¡Pues ahora vienen los anglosajones y nos la lían!

Eso de hablar inglés, tener pocos sinónimos y estudiar medicina en latín es lo que tiene, que se hacen un lío. (Opinión personal mía).

Para ellos la artritis se llama; *arthritis* (a secas...).

Y la artrosis se llama: *osteoarthritis* (*osteo* define el hecho de que se trate de desgaste articular).

Así que, si un día decides hacer una búsqueda con el doctor Coogle, ¡atención! No debes

buscar «artrosis» sino *osteoarthritis*.

Un ejemplo habitual en mi consulta... Cuando no veo claro que ese proceso articular sea degenerativo, o sea, cuando pienso que no es una artrosis y quiero saber si en esa familia existe algún problema de artritis o reuma, pregunto:

—¿En su familia hay alguien que padezca de *artritis* o de *reuma*?

—Sí, doctora, mi madre y mi abuela están mal de los huesos, tienen *reuma*.

—¿Les controla un *reumatólogo*, toman *cortisona* o medicamentos especiales?

—No, pero padecen mucho de los huesos.

En ese mismo momento, mis oídos —si no estuviesen acostumbrados a ese diálogo— empezarían a sangrar. Pues lo que me describen estos familiares es *artrosis*, NO *artritis* NI *reuma*.

Ahora intenta comprender cómo se siente alguien que padece de una artritis cuando le dicen:

—Pues qué raro esto que tienes, ¡si el reuma es cosa de viejos!

Y ahora que ya has visto la complejidad de lo que es, mal llamado, padecer de huesos, entraremos un poco a explicar la artritis o la enfermedad reumática.

REUMA: NO ES PAÍS PARA VIEJOS.

¿Sabías que un tierno bebé puede tener artritis? ¡¿Cómo?! Sí.

Te lo acabo de contar. El reuma y la artritis nada tienen que ver con la artrosis y el desgaste de las articulaciones. Acuérdate que un bebé no tiene posibilidad de obsolescencia inmediata, oficialmente tendría garantía para el desgaste. Tú ya me entiendes...

CADA ENFERMEDAD, UN ESPECIALISTA. ¿QUIÉN CONTROLA EL REUMA O LA ARTRITIS?

El reumatólogo es el especialista que controla enfermos con *reumatismo* o con reuma. El médico internista y el médico de familia pueden realizar la función de orientar al enfermo hasta dar con el diagnóstico. También pueden tratar adecuadamente al paciente reumático.

Los fármacos de última generación (yo ni siquiera los estudié en la facultad. Una empieza a tener una edad...) que reciben estos enfermos precisan de seguimiento exhaustivo por parte de reumatología y medicina interna.

¿Y EL CONTROL DE LA ARTROSIS?

El médico de familia controla al enfermo con enfermedad degenerativa o desgaste. El cirujano ortopédico y traumatólogo (C.O.T.) es el que acaba operando a los enfermos que padecen de artrosis.

Seremos nosotros, los traumas, los que hagamos las intervenciones de las prótesis de rodilla, las prótesis de cadera, las columnas lumbares degenerativas (desgastadas)...

¿Pero qué es una enfermedad reumática?

Se trata de una enfermedad autoinmune (el propio cuerpo es atacado por él mismo). Una enfermedad reumática puede afectar a muchos órganos del cuerpo humano (no solo a los huesos...).

¿Te acuerdas del doctor House y su LUPUS? (cada vez que se enfrentaba a un diagnóstico, aparecía). Pues esa es una enfermedad autoinmune con afectación articular:

1. Articulaciones.
2. Corazón.
3. Riñón.
4. Piel.
5. Sistema digestivo.
6. Pulmón
7. Ojos.

Puede que te «suenen» enfermedades como: lupus, artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilopoiética, enfermedad de Behçet... Todas ellas son enfermedades reumáticas.

Cuando la afectación reumática es articular se llama artritis.

La afectación articular más frecuente en la artritis se produce en *muñeca, mano y dedos*. Llega a ser muy invalidante. La inflamación destruye poco a poco las articulaciones e incluso los tendones.

En *cadera y rodilla* es precisa la cirugía para colocar una prótesis.

En *columna vertebral y sacro (sacroileitis)* se pierde el «juego» de las articulaciones y los pacientes caminan «rígidos».

ARTRITIS, LA INFLAMACIÓN DE LA ARTICULACIÓN. LA APARICIÓN DE DERRAME ARTICULAR (O LÍQUIDO SINOVIOL POR ENCIMA DE LO NORMAL).

El derrame articular es la respuesta a una agresión. Igual que la lágrima de un ojo es la defensa a esa mota de polvo que ha querido molestar tu lentilla...

La membrana sinovial (funda o bolsa de la articulación) es la que fabrica el líquido inflamatorio que, a la larga, provoca destrucción del cartílago. Además, a cada brote, a cada ataque de «dolor», la articulación pierde juego provocando una rigidez.

El derrame es muy evidente en rodillas, pero también existe en otras zonas corporales profundas donde no se ve, por ejemplo, la cadera.

Para acabar de complicarlo, los derrames articulares los tienen más enfermos que los que padecen reuma. Los aquejados de artrosis también. Pero, seamos sinceros, decidir si es una artritis o una artrosis déjanoslo a nosotros.

Te diré que alguna vez una enfermedad reumática debuta con una artritis con derrame en niños

de doce o quince años. Verdad que tú entiendes que eso debe ser algo «raro». Sí, amiga, eso es enfermedad reumática...

¿QUE PODRÍAS HACER SI SE TE INFLAMA UNA ARTICULACIÓN?

Tranquila, será algo pasajero.

Claro que puedes describir con centímetros y objetivamente el tamaño que alcanzó tu pulgar o tu codo o tu rodilla. Pero ¿qué tal si le tomas una foto con tu móvil? Esa foto pasará a la posteridad. Y será un reflejo fiel de lo que ocurrió. Una prueba gráfica que podrán ver todos los médicos que te traten en el futuro.

Además, esa inflamación se acompaña de;

- Rojez de la articulación.
- Calor.
- Rigidez matutina de más de una hora de duración. Los pacientes te explican que tardan horas en calentar hasta estar «medio bien».
- Fiebre o febrícula.

¿CÓMO DIAGNOSTICAR UNA ENFERMEDAD REUMÁTICA?

En primer lugar la sospecha médica, el interrogatorio exquisito bien orientado y luego las *pruebas complementarias*:

- Radiografía.
- Ecografía.
- Resonancia magnética.
- Gammagrafía ósea nuclear.

Y...

¿TE SUENA ESO DE TENGO REUMA EN LA SANGRE?

Existen unos marcadores sanguíneos que ayudan a orientar al paciente con clínica reumática.

VSG, PCR, FR —Factor Reumatoide—, ANAs, ANCAS... y otros marcadores específicos de cada tipo en concreto de reumatismo, que a mí se me escapan.

Pues para acabar de complicarlo más... existen enfermedades reumáticas que tienen los marcadores negativos (se llaman enfermedades seronegativas).

¡Y puedes tener marcadores de reuma positivos y no padecer de reumatismo! (¡Ole!).

¿SABÍAS QUE...?

¿A veces los «marcadores reumáticos» tardan años (una media de cuatro a cinco) en dar un resultado positivo?

¿En los pacientes con artritis (reuma) que precisan prótesis de cadera o rodilla la destrucción que aparece en el hueso y articulación es muy diferente del desgaste típico por artrosis de rodilla?

Puede que lo tuyo no sea artrosis, sea artritis...

En fin. Si ante tus síntomas, tu médico de familia, tu traumatólogo o tu médico internista frunce el ceño y te suelta algo parecido a «No me cuadra...», entiende el grado de complejidad.

Te aseguro que en medicina no todo es blanco o negro, la paleta de grises existe. Los enfermos con síntomas de artritis inflamatoria o reumatismo peregrinan meses y años hasta un diagnóstico certero de enfermedad reumática.

Por eso, hoy has descubierto un mundo más allá del desgaste articular, del típico dolor de huesos por artrosis. Porque reuma y artrosis no es lo mismo. Hoy lo has aprendido.

DOCE MANERAS DE EVITAR UNA CAÍDA

¿Sabías que uno de los mejores predictores para conocer la posibilidad de caídas en el anciano es la necesidad de ayuda para levantarse de la silla? (Con cero, una o dos manos).
 ¿Conocías que la velocidad de pasos por metro es un valor predictivo de caídas?
 ¿Qué te quiero decir con eso?

Que, más que caer en buenas manos ante un cirujano durante una cirugía, TÚ debes actuar activamente para procurar TU salud.

Ya hemos hablado de la necesidad de realizar ejercicio físico moderado. A ciertas edades, te aseguro que tener un buen músculo es un plan de pensiones para el futuro mucho más efectivo que contar con un buen médico de familia a tu lado. Palabra de honor.

¿Y sabes? Me encanta encontrarme en la peluquería a ancianas de más de ochenta o noventa que van religiosamente todas las semanas a lavar y marcar. Para sentirse guapas y cómodas consigo mismas. Pero aún te sentará mejor acudir semanalmente o mensualmente al fisioterapeuta para muscular y reforzar nuestras debilidades que, a partir de los cuarenta o cincuenta, nos ronda a todos siempre.

Más músculo, más ejercicio, más equilibrio (mayor propiocepción)^[6], menos caídas. Las caídas en los mayores siempre son el principio del fin. No lo olvides nunca.

Así que te diría, si me dejas elegir: más fisio y menos pelu.

Y aquí te voy a hacer un listado de doce actitudes para evitar caídas:

1. Zapatos cerrados siempre y destalonados nunca.

Te diré que, si solo me dejaran escoger un deseo —como la famosa carta de los Reyes Magos—, pediría a pies juntillas esto. Nada más. Erradicar las zapatillas abiertas del mundo. (Y como dicen las candidatas a *Miss* Mundo: la paz mundial). Con ello disminuiría un montón la posibilidad de caídas.

Haz memoria, si te has caído últimamente, de cómo ibas calzad@. Confiesa, solo estamos tú y yo...

2. Luz encendida (o detectores de movimiento).

Una lucha casi perdida con nuestro personal más anciano que vivió una posguerra, donde el ahorro eléctrico era la norma. Y para este tipo de paciente austero o empático con el prójimo (no despertar a su pareja) van de cine los sensores de movimiento. Se encienden cuando decides bajarte de la cama sin encender la luz. Son el «pequeño» chivato que ayudará a que no te caigas.

3. *Cero alfombras y elementos superfinos.*

Son muy cálidas y aportan un toque chic a todo el hogar. Siempre hay un especial alfombras en otoño y en primavera en toda revista de decoración que se precie... Pero yo recomiendo retirarlas. Y si la sensación de frío en el hogar es mucha, nada mejor que unos buenos calcetines con tacos de goma para evitar resbalar accidentalmente.

Mi abuela Remei era la proveedora de patucos familiares. Hechos de lana virgen y al apropiado tamaño del pie por cubrir. Cada año era preciso renovar el tallaje del personal infantil de casa. Mi hija Rita tiene patucos de su tamaño, hasta que hace dos años mi abuela, la *padrina* Remei, falleció. Un día, Rita se dio cuenta de que ya no tendría más patucos a medida mientras creciera. Le dije que no había problema. Cuando fuera adulta, compartiríamos los patucos de la *padrina* como oro en paño.

Los patucos solo tenían un fallo: en la planta del pie no había taco de silicona que aumentara el agarre. Mi hija Rita derrapaba continuamente sobre el parqué cuando cogía una curva a gran velocidad. Entonces, y aún ahora cuando se cae, mira al cielo y suelta: «*Padrina!!! Podies haver posat silicona!*». (¡¡¡Abuelita!!! ¡Podrías haber puesto silicona!).

Yo le sonrío y le digo: «Imagina qué les pasa a los pobres angelitos con sus patuquitos. Cuando empiezan las prácticas de vuelo o cuando aterrizan de modo brusco con unos patucos de la *padrina*». Y entonces nos reímos un poco con mucha imaginación y dulces recuerdos...

4. *¿¿Bastones o andadores??*

¿Sabes cuál es el animal que cuando nace camina a cuatro patas, luego pasa a caminar con dos y finalmente utiliza tres? Es muy fácil. Es el hombre y la mujer un poco tercos y que de modo valiente se ayudan de un bastón.

En traumatología de madrugada solo existen tres tipos de pacientes;

- La noche me confunde: alcohol, drogas o malentendidos.
- La ciática no me deja vivir.
- Me caí cuando me levanté para ir al baño.

Y esas señoras y señores mayores que se caen y con los que hablo de madrugada en la guardia, muchas veces después de haber atendido a enfermos del tipo 1... En función de la cordialidad del anciano...

—¿Te caíste en el baño o en la disco?

Cara de asombro.

—Es que o vienes de casa o vienes de la disco. Y como vas en pijama, entendí que te habías

caído en casa...

O bien otro diálogo parecido:

—¿María, qué ha pasado?

—Me caí cuando iba a orinar.

—¿Encendiste la luz?

—Creo que sí.

—¿Llevabas zapatillas?

—No sé. Mi hija me matará porque me dice que me pone el pañal para que no me levante por la noche...

5. Alimentación adecuada con proteínas suficientes.

Los mayores tienen una tendencia natural a la sarcopenia (pierden proteínas del músculo con mayor facilidad), por eso es muy importante el correcto aporte y el ejercicio con moderación.

Además existen batidos proteicos con BMP que ayudan a no perder masa muscular. (Cuando uno no sabe qué regalar a un mayor, mejor eso que la típica colonia...).

6. Reeducción de la marcha y fisioterapia.

Son beneficiosas para:

- Ganar masa muscular.
- Aumentar el equilibrio.

La gimnasia adaptada es genial.

7. Cataratas y próstata al día.

Varios estudios demostraron que las acciones más importantes para evitar las caídas son:

- Operar a los enfermos de cataratas aun con riesgo quirúrgico elevado.
- Operar la próstata a los varones para evitar viajes innecesarios al baño y escapes de líquido con los que poder resbalar. Sin comentarios.

8. Evitar las benzodiazepinas.

Las benzodiazepinas, relajantes musculares o ansiolíticos funcionan muy bien, pero tienen muchos efectos secundarios. El más conocido es el acúmulo de producto y la somnolencia. Alprazolam, Lorazepam o cualquier otra marca... son ansiolíticos ampliamente utilizados por la población, pero que empeoran la estabilidad. Siempre digo que una benzodiazepina es como tomar dos copitas de cava catalán —vamos a ser kilómetro cero, nada de champán francés.

Eso significa que alguien que tenga una rodilla floja o una zapatilla suelta o un escape de

líquido dorado en el baño puede resbalar antes, pues tiene mermadas sus señales de alerta y los mecanismos de defensa anticáida.

Así que antes de criticar a tu médico de cabecera —me gusta mucho más que médico de familia— por querer retirarte la pastilla de los nervios que te tomas desde hace más de quince años.

Y piensa que lo único que quiere es evitar daños mayores. No es por la crisis, no es por el gasto sanitario, un mes de tratamiento son dos euros. Ese médico de familia gastará más energía que dos tristes euros en mejorar tu salud. Piénsalo.

Despenares... ¿Recuerdas esa deliciosa película de Robin Williams sobre unos enfermos ingresados en un sanatorio a los que les cambian la medicación y pasan del más triste esmpor a un renacer vital?

Pues con el antídoto de las benzodicepinas puede ocurrir algo parecido.

Se pueden ir acumulando las dosis en el cuerpo, sobre todo en los ancianos. En ocasiones, después de una cirugía de cadera, un anciano desubicado puede estar más agitado y nervioso de lo habitual. La familia o el cuidador ruegan un sedante (me encanta esa palabra). Y si vamos dando, vamos dando, vamos dando... pasamos de tener un valiente abuelito agitado a una bella durmiente.

En caso de duda, podemos administrar el antídoto.

Si vieras la cara de sorpresa del cuidador cuando puede tener una charla fantástica y coherente con su padre/abuelo/tía una vez administrado el antídoto.

Claro que, una vez pasada la lucidez, si el paciente vuelve a agitarse y sentir desazón, será preciso volver a la dosis habitual de benzos.

Siempre reflexiono un poco antes de administrar benzos. Si la agitación es moderada, es decir, solo ha estado más nervioso sin pasar a tener una noche *looca*, prefiero no dar nada. Jugamos al siete y medio. Prefiero un seis y medio a pasarme.

9. Cambio de bañera por ducha.

Existen ayudas económicas en según qué comunidades autónomas. Y los precios cada día son más ajustados.

Sé que a nadie le apetece meter a los albañiles en casa. Mi padre, albañil, siempre me lo contó. «Una de las cosas que más valora una ama de casa, hija, es que seas muy limpio y que después de montarla gorda lo intentes dejar todo lo más arreglado posible».

Y aunque no sea lo que más te apetezca hacer, si ya has tenido un susto o vas precisando de ayuda con las manos para entrar y salir de la bañera, te diré que ¡YA ESTÁS TARDANDO! Pues no hay nada más agónico que contratar a un albañil contrarreloj para hacer una reforma exprés estando tú o algún familiar ingresado a la espera de un alta hospitalaria...

No solo las obsolescentes se caen en las bañeras. Y te pondré unos ejemplos que te pueden llegar a sorprender:

- Pies hidratados. Si te pasaste anoche untándote los pies con crema de urea y a las seis de la mañana decides ducharte... Atención al resbalón, pues despiertas de golpe. (Sí, a mí me ha pasado).

- Esa primera luxación de hombro puede deberse a una ducha no habitual en un hotel. Recuerda que me formé al lado de Salou y viví cinco veranos malditos. Llegaban muchas luxaciones por resbalones en baños...
- Dimensiones y embarazo. Siempre me gustó tomar baños de agua calientes, embarazada más. Y, pese a mi agilidad, mis kilos me mermaban a la hora de levantarme para finiquitar el baño. Nunca debí llamar al que era mi marido ¡ni a los bomberos!

10. Pasamanos en los pasillos.

Esos apoyadores situados estratégicamente en un pasillo largo valen su peso en oro. Apoyo en caso de dolor con rodillas o caderas fastidiadas, muletas en caso de lumbagos atroces, y mano celestial en caso de traspies.

Un día le evité una caída a una señora de mi pueblo. En Alcover, años noventa. Durante cuatro años cogía diariamente un autobús para desplazarme al pueblo de al lado para cursar bachiller. Al lado de la parada de autobús, la acera se elevaba ligeramente, y material con el que estaba construida más esa mayor altura proporcionaban a los alcoverenses resbalones diarios en ese punto exacto. Muchos oriundos como yo evitábamos esa acera maldita.

Mientras esperabas en la parada, podías comprobar este hecho varias veces.

Un día, una mujer de unos setenta años caminaba por la acera y pude ver a cámara lenta cómo se producía el resbalón.

Como Spiderman y situada a un metro de la señora, conseguí colocar mis brazos por debajo de los suyos y le evité la caída.

Recuerdo que se sorprendió, no por el resbalón sino por mis reflejos.

11. Barandillas en las camas.

Este punto está un poco en entredicho, pues parece ser que la existencia de esa barrera física en según qué ancianos les desorienta aún más y provoca más ganas de saltar por encima de ellas, como si se tratara de un salto de pértiga.

12. Alarma conectada a los servicios de urgencias.

Sé perfectamente que me dirás, si el abuelo ya se cayó, para qué es necesario avisar pronto a urgencias. Por una sola y única razón: la fragilidad del anciano. ¿Sabías que cuantas más horas esté «tirado» en el suelo apoyado sobre sus lábiles músculos más destrucción muscular habrá? Y esa destrucción le supondrá un sobrefiltrado al sistema renal, que puede provocar un fallo renal (acabando incluso en diálisis).

He atendido durante cinco años urgencias durante la residencia, y el resto de mi vida laboral continuó ejerciendo unas tres guardias al mes de veinticuatro horas. Sé en qué condiciones puede llegar un anciano que lleve más de treinta y seis horas en el suelo. Imagina: deshidratado (si se trata de alguien que padezca de diabetes o con hipertensión... sin tomar su medicación), desnutrido, desorientado, exhausto y con «fluidos corporales» varios. Eso sin contar si existe

fractura.

Y cada vez que veo a un abuelo con su aparato para llamar al servicio de emergencias, me acuerdo de mi abuelo Joan.

Joan falleció a los noventa y dos años. Trabajó en el campo hasta pasados los ochenta y cinco, y se renovó el carné de conducir hasta los ochenta y dos.

Mi tía insistía que llevara el teléfono móvil siempre colgado del cuello. Y sí, mi abuelo asentía. Tal como llegaba al campo, lo colgaba en la rama del primer árbol frutero que se le terciara. Y luego, a la hora de recoger, el trabajo era recordar dónde estaba colgado.

Punto 12 +1 y solo para auténticas amas de casa.

Y quedaría un punto extra a tratar con las amas de casa: cambios de armario y lavar cortinas. Ni lo uno ni lo otro deben hacerse solos en casa y, ya para nota, no hacerlo jamás en zapatillas sueltas sin atar.

Tengo tantos casos de mujeres que se cayeron quitando cortinas, retirando mantas y subiendo ropa de verano al armario que me da apuro no contarlo con pelos y señales aquí.

La versión masculina de lo mismo sería el típico señor que —en zapatillas— (el riesgo es el riesgo) decide podar la viña o la morera y se pega un mamporro desde más de un metro de altura.

He visto de todo:

- El que no lo contó, como la prota de *Million Dollar Baby* (*spoiler*). O sea muerto.
- El que se fracturó el fémur y se encontraba a medio kilómetro de la carretera y tuvo que arrastrarse por el campo (en plan Vietnam), hasta poder hacer señas a un conductor que lo socorriese.
- Y fracturas vertebrales y costales por doquier.

¿Y sabes qué les cuento a mis pacientes...? Esto que te explico no es que salga en los libros —que también—, es que lo he vivido yo en primera persona. He padecido estas lesiones. ¿No es una señal para tomarse con más respeto el cambio de armarios y de muebles domésticos y la poda otoñal?

IMSERO, PUTURRÚ DE FUÁ Y EL PLATO DE SALAMANCA, QUE NO DE HARVARD

A veces, en forma de parodia o de crítica, los médicos y otros sanitarios exponemos de modo jocoso qué pensamos de los viajes del Imsero.

Y la teoría que tenemos es parecida.

Sabemos todos que se supone que son unos viajes —a bajo costo— para los jubilados españoles que aprovechan las instalaciones turísticas en temporada baja. Todo el mundo sale ganando.

Los jubilados viajan. (Muchos de ellos tomaron su primer avión al jubilarse). Los turoperadores españoles ganan menos, pero mantienen por más tiempo las instalaciones abiertas.

La sensación que tenemos es que el desmadre, las comilonas (transgresiones dietéticas, me encanta esa palabra), los cambios de horarios, los olvidos de la medicación y las ingestas de alcohol provocan unos desastres trágicos en nuestros pacientes.

Mis experiencias como traumatólogo son muchas, y los médicos que «reparten salud» en urgencias tenemos un sinfín de situaciones cómicas para explicar...

Pacientes ansiosos por llegar a destino, que en tiempo récord se caen al bajar del autobús o el tren con el que llegan a Tarragona, y que se rompen o descompensan desde el minuto cero. Cada año tenemos unos cuantos, no se trata de un mero hecho anecdótico.

En los lugares turísticos, los servicios de urgencias temblamos ante la avalancha de crisis hipertensivas, ictus, descompensaciones pulmonares, subidas de azúcar, ataques de gota y algún que otro infarto por uso de pastillas azules^[7] para los donjuanes que hacen estragos entre el sector femenino del lugar.

Cabe imaginar que las instituciones crearon ese acto lúdico-festivo como un modo encubierto de acabar con los más débiles del lugar y así dedicar menos dinero aún a las minúsculas pensiones de nuestros mayores. Una manera sutil y eficaz de mantener a la población a raya y evitar el aumento de supervivientes entre los mayores. (Seré mala y le llamaré selección *natural*).

¿Quieres que te diga qué pienso de los viajes del Imsero de nuestros mayores?

Harta estoy de enfermos que controlo a los que les pego la paliza dos o tres veces al año con la extraña convicción de que les puedo desenganchar del lado oscuro de la fuerza, porque pienso sinceramente que, con un poco de ejercicio, comidas sanas y dieta, pueden perder esos kilos que

lastran su esqueleto y dejan maltrechos sus huesos y articulaciones.

A veces, en la sala de espera, mientras aguardan pacientemente su turno (puedo llevar tranquilamente noventa minutos e incluso dos horas de retraso), comentan mis salidas de tono ante sus respuestas en ocasiones pueriles...

¿Qué demonios se creen cuando les peso, les tallo y luego los cito en cinco meses? Te aseguro que me conformaría con que no subieran de peso. Imagina la de disgustos que me gano con ellos.

Veo a alguien en noviembre y le cito nuevamente en abril. Pasa de los 100 kilos y mide 1,55. Le pido que intente, a la siguiente visita, pasar al club de los dos dígitos...

Y tal como entran por la puerta y les pregunto cómo va todo, ya lo intuyo en su cara. Satisfacción y mirada de frente el que ha hecho los deberes. Le felicito, le animo y continuamos el paseo para intentar conseguir posponer una prótesis o una cirugía paliativa. Vamos por el buen camino. Encogimiento de hombros, mirada esquiva del que no solo no ha hecho nada, sino que ha continuado comiendo, comiendo y comiendo.

La mejor excusa: es que *primero vino Navidad* y acabo de volver *de quince días con el Imserso*.

¡¡A ver!! Ya sé que Mercadona empieza la campaña navideña del polvorón en octubre, ¿pero hasta cuándo dura en tu casa? En marzo se acabaron ya los turroneos, ¿o aún no? ¡Esperaaa, que en marzo empezaste el entrenamiento para el viaje del Imserso!

Y mientras María, mi auxiliar, le acompaña a la báscula y cuchichean por lo bajini (siempre le digo que si la sobornan que sea con mucho —mínimo seis mil euros— y me mientan cual bellacos), le recuerdo lo que pesaba cinco meses atrás el susodicho. Y finalmente me sueltan la bomba: «Doctora Miranda, son 110,8 kilos». (Incremento de 8 kilos...).

Y hay días en que aún me quedan energías para repetir el discurso. Reitero lo ya dicho en consultas el último día. Receto el libro del doctor Carlos Casabona, *Tú eliges lo que comes*, e insisto, insisto e insisto.

A veces incluso me río con ellos, y María me sigue el juego.

—María, saca el bate de béisbol, que le voy a dar en la cabeza —bromeo, en un intento último de conseguir la reacción del enfermo.

Pero otras no. Y en esas ocasiones, le digo:

—A ver si usted y yo dejamos de perder el tiempo. Sabe que nunca dará el paso y pierde el tiempo en mi sala de espera. ¿Qué le parece si en su lugar viene alguien que quiera mejorar activamente su salud? Como dice la canción: «No eres tú, no eres tú, soy yo».

Sin gritos, sin energía negativa, nos despedimos.

¿Duro, verdad? Lo he hecho pocas veces en mis años de ejercicio. En contadas ocasiones, pero así ha sido.

La persona que debe tener más energía y más empeño en curarse y pretender recuperar la salud debes ser tú, no yo. No puede ser que yo me disguste más que tú por los 8 kilos que has ganado en cinco meses.

Hay días en que incluso me imagino qué ocurre en los comedores de los hoteles del Imserso. Tengo una hipótesis. Colocan a los pobres jubilados como los pobres patos con los que fabrican *foie*. Y la cosa seguro que va más o menos así:

Atados a la mesa del comedor, sin poder hacer nada de ejercicio, que ya sabes que les duelen las rodillas, las caderas, los juanetes o el lumbago.

—Nooo, por el amor de Dios, solo quiero cenar una ensaladitaaaa. ¡Ya me has obligado a merendar un chocolate a la taza con una docena de churros!

—Trae el plato, que te lo lleno. Nada de fruta ni verdura. Habrase visto tal ofensa, para una vez al año que sales de casa. Ven, que te voy a cocinar como nunca lo han hecho antes para ti. Vengaaa, tragaaa, un segundo plato de macarrones y luego salchichas con doble de patatas fritas. Y de postre: natillas o arroz con leche. Y con el café, qué tal un par de bolas de helado de vainilla —solo dos bolas—, ya sabes que quedan de miedo.

Seguro que les maltratan hasta el infinito. Les obligan a tragar y tragar como a los pobres patitos con los que fabrican el *foie*.

Luego, claro, está el síndrome de Estocolmo, que hace que no se sepa lo que allí ocurrió. Ese amor tan grande, casi infinito, por tus maltratadores malhechores que te han secuestrado y han destrozado tu hígado y tu estómago. Y tú, en cambio, solo crees que querían lo mejor para ti... (¡Maldito síndrome!).

¡Ay, si se entera Julio Basulto de lo que allí ocurre!

Seguro que eso es lo que sucede en cada viaje del Imsero. Pobres de ellos. Sin poder moverse por sus huesos castigados y obligados a tragar día y noche. A saltarse la dieta. A no hacer caso del plato de Harvard, ni comer frutas ni verduras.

Pero... ¿qué es eso del «plato de Harvard»?

EL PLATO DE HARVARD, QUE NO EL DE SALAMANCA.

Lo primero que debemos saber antes de empezar a hablar sobre el plato de Harvard es que a los españoles o latinos nos atrae un montón todo lo anglosajón. O lo que no llegamos a entender.

Queda mucho más chic la enfermedad de Von Rencklinhausen que la de Sánchez-Alarcón.

¿Estamos de acuerdo?

Bien, una vez dicho esto, explicaremos que el plato de Harvard queda mucho más sano que el plato de Salamanca. Pobres universitarios de nutrición y medicina de Salamanca si llegan a presentar ese plato al mundo científico. Nadie les haría caso si se llamara así. Los que conocemos las virtudes de los fiambres que se producen en el lugar solo pensaríamos en un plato lleno de viandas hasta el cielo. Y eso —entre tú y yo—, no vende salud.

Mi abuelo Pedro o mi abuelo Juan ya comían el plato de Harvard sin haber cursado los estudios más elementales de la época ni haber pisado una facultad en toda su vida. Comían verduras de modo variado y la carne o el pescado era algo simbólico que solo se tomaba en grandes ocasiones. Eso ocurrió durante toda la posguerra española. Luego, poco a poco, a medida que la escasez desapareció, fueron añadiendo carnes a su dieta, aunque siempre me sorprendió que comieran tan poca carne...

El plato de Harvard se comprende con una sencilla regla mnemotécnica. Y me da un poco de rabia ¡porque no es más que la dieta mediterránea en un plato!

Pero, claro, el *marketing*, glamur y carisma de Harvard pueden con todo.

Resumen claro de qué es un plato de Harvard:

- Medio plato: verduras o frutas (recuerda, una vez más, que la patata ¡no es una verduraaaa!).
- Un cuarto del plato: hidrato de carbono, como patata, pasta, arroz, pan, maíz.
- Otro cuarto del plato: proteína.

Regla mnemotécnica que empleé con mi hija Rita para que comprendiera lo que era la proteína. Le dije que era todo lo que tenía ojos o procedía de alguien con ojos... Carnes, pescados, huevos. Y la excepción: las legumbres.

¿Ya está? Sí, eso sería todo. ¿En serio? ¡¿Con el nombre tan rimbombante de Harvard?! Aunque habría que añadir:

- Un poco de aceite de oliva virgen.
- Ejercicio moderado.
- Ingesta adecuada de agua.
- Y cero alcohol.

Y eso, señores lectores, es lo que habían hecho toda la santa vida nuestros abuelos. Mi abuela Remei me explicaba que solo para Navidad y para fiesta mayor se sacrificaba un pollo.

Los que recordamos a fuego lo que nos contaban nuestros mayores —agricultores— y los observábamos sabemos que ese era su modo de comer:

- *Primer plato*—, verduras de temporada cocidas (patata también).
- *Segundo plato*—, patatas o más verduras con un huevo o una pieza de carne que cabía en mi mano.
- *Postre*—, siempre fruta.

Suerte que la falta de proteínas animal la compensaban tomando legumbres.

Supongo que ahora empiezas a atar cabos y te das cuenta de que se puede bajar mucho (no voy a hablar de cuánto) el aporte proteico de la dieta.

EL FONDO DE ARMARIO DE TODA MUJER... Y MÁS AL VOLVER DE LA EXCURSIÓN DEL IMSERSO DE RIGOR.

Sabes perfectamente que toda mujer tiene un fondo de armario. Y no, no me refiero a que todas debemos tener un vestido negro corto —llamado por las *it girls*—. LBD (*little black dress*), una americana negra, unos tejanos perfectos y una camisa blanca que combina con todo—. Me refiero a «otro» tipo de fondo de armario.

Se trata del fondo de armario donde albergamos el historial de todas las tallas que hemos usado en algún momento de nuestra vida. Un cementerio de elefantes con la esperanza —ya sabemos todas que la esperanza es lo último que perdemos— de volver a usar la ropa más pequeña de nuestro armario.

Da igual si hace quince años que usas una 46, todavía suspiramos y guardamos esos tejanos de juventud talla 38 que nos hacían un culo tan bonito con efecto *push up*.

Ese fondo de armario es un catálogo de todos nuestros tipos —antropométricos, o sea tipos— pasados, casi como un modo patológico de guardar recuerdos de antiguos amores...

Es más, seamos sinceras, todas tenemos esa prenda fetiche a la que queremos más incluso que a nuestro primer amor.

Pues en ese fondo de armario siempre existe un pantalón de urgencia que da de sí más que la bolsa de un canguro cuando lleva a su chiquitín de más de 20 kilos.

ESABENDITALICRA.

Ese pantalón socorrido que es nuestro fiel aliado a la vuelta de un *stage* en el Imsero, un crucero por el Mediterráneo o quince días en República Dominicana con la famosa y querida pulsera del todo incluido.

Esa falda o ese pantalón benevolente que siempre nos quiere y nos da un poco de margen después del mal trago de estar ingiriendo calorías sin ganas, víctimas de unos cocineros y camareros con una férrea moral que solo querían engordarnos.

EL ALGODÓN —DEL VAQUERO— NO ENGAÑA.

No hablamos ya de *los jeans* que todas las obsolescentes nos calzábamos en los ochenta, cien por cien puro algodón. Recordad cómo nos tumbábamos en la cama, exhalábamos todo el aire corporal y rezábamos para que la cremallera y el botón cerraran de modo hermético. Una vez hecho ese paso era obligado hacer una docena de sentadillas para provocar ese mínimo margen de maniobra que nos permitiría hacer dos actividades diarias imprescindibles al unísono: caminar y respirar.

Claro que los tejanos de hoy en día nos dan un par de kilillos de tregua, ese pequeño tanto por ciento de la mágica licra que permite pequeñas variaciones corporales de peso. Pero, amigas mías, todo tiene un recorrido máximo e incluso los tejanos con licra llega un momento que no te caben...

Lo bonito de esos pantalones es que nos lo cuentan en privado, no son lenguas sibilinas que te lo sueltan así de sopetón ante el público. Tampoco son como nuestras vecinas añosas que creen constantemente que esa barriga que ha emergido significa sí o sí que vamos a aumentar la familia. Ellos, *los jeans*, son tímidos, y en la intimidad de nuestros baños, ante nuestros mudos espejos, nos recuerdan humildemente que patecemos nuestra mejor versión embutida, o incluso derramada, de nosotras mismas en la que los michelines deciden sobresalir por la parte alta de los tejanos, cual lava de un volcán en erupción...

DIME QUE ME QUIERES AUNQUE SEAMENTIRA...

Y mientras no lleguemos por nosotras mismas a la conclusión de que no existen excusas válidas (Navidades de tres meses e Inmersos de mes y medio) para no ser las dueñas de nuestro cuerpo, para no ser esclavas de lo que comemos de manera adictiva, nos dejaremos querer por ropa de la talla más alta de nuestro armario, por *los jeans* con más licra del mercado y quizá, solo quizá, decidamos ponernos las pilas. Ahora, que no ahorita, pasaremos a ser amas de nuestra anatomía corporal.

PROCRASTINACIÓN, AHORITA Y OTRAS PALABROTAS

¡**A**gárrate, que vienen curvas!

Toda la vida procrastinando y ni siquiera sabíamos de la existencia de esa palabrota. La tuve que buscar en el diccionario la primera vez que la oí. Y sí, me daréis la razón cuando os digo que suena a palabrota.

¿Y qué tendrá que ver la procrastinación, Miranda Trauma y este libro de salud para mujeres? Pues mucho.

Procrastinar significa —según la Real Academia Española— diferir o aplazar una acción.

Y mientras has leído el significado de la «palabrota», has sonreído. Porque quizá no te sonaba de nada el término, pero has procrastinado toda tu vida.

Resulta que cuanto más tiempo pasa entre un deseo y la acción necesaria para cumplirlo, la posibilidad estadística de comenzar con un cambio disminuye en picado. Por un lado, queremos obtener el mayor bienestar para nuestra salud, pero cuando nos tenemos que arremangar... ¿Te suena esto?

- El próximo lunes empiezo la dieta.
- El próximo septiembre me apunto al gimnasio.
- El año que viene dejo de fumar.

¡EXCUSAS!

No me canso de decirles a mis enfermos que los principales proveedores de su salud deben ser ellos. Que yo solo soy alguien que les brindo ayuda y unas recomendaciones saludables. Que nunca les pondré ni un policía ni un detective privado para comprobar que se cuidan. ¡Solo me faltaría eso!

Tú solamente debes rendir cuentas a tu conciencia, a tu compromiso y a tu salud.

De nada sirve buscar pretextos; si quieres mejorar activamente tu salud, debes trabajarlo y no sirve procrastinar. ¡DEBE SER YA!

Y ya eres mayorcita para engañarte y empezar a pagar la cuota del gimnasio al que no irás nunca. Y encima te sentirás tonta por haberte fallado una vez más.

Si de verdad este libro consigue despejarte del sofá y de la tele, no lo dejes para más tarde. Si

de verdad vas a comer más saludable, lo debes creer a pies juntillas. Si quieres vivir más y mejor, tú serás el *coach* de tu nueva vida.

El nuevo hábito saludable que quieras introducir en tu rutina debes realizarlo al menos durante veintiún días para interiorizarlo y que no sea una moda pasajera tras el último «siroco» que te dio. (Veintiún días es la teoría... pero científicamente parece que no es cierto).

Ahorita: expresión utilizada ampliamente en México. El término abarca un periodo de tiempo indeterminado que iría desde ya mismo hasta el infinito. Camuflado en el diminutivo que le da una candidez extrema, vuelve dulce la palabra.

En mi viaje a México, hace unos años, lo pude comprobar. Al principio me desesperaba, luego me divertía oír la expresión, pues era un modo simple de evitar la hostilidad. Y equivalía al será cuando a mí me dé la real gana. (Desde ahora pido a todas las mamás del mundo que usen esta expresión para conformar a un niño/adolescente/marido que haga lo que les dé la real gana sin que se note. No es un no hostil. Será ahorita. Ya se hará).

Tu familia al completo puede presionarte para apuntarte al gimnasio, para que empieces con el hábito de caminar o para dejar de fumar. Te lo puede decir tu médico de familia cada vez que le visitas, tu hijo predicar en arameo. Pero tú —que para tus adentros aún no piensas actuar— te dices a ti misma ahorita y continúas procrastinando.

A veces solo necesitas la contundencia de las palabras adecuadas en el momento adecuado para que se produzca este clic. Ese mágico clic para que ese sea el momento del cambio.

CUANDO MARÍA DEJÓ DE FUMAR.

María es mi auxiliar, es mi amiga, es la que me calma el gallinero que se alborota en la sala de espera cuando llevo hora y media de retraso, y la que soluciona los problemas varios que ocurren diariamente en mi consulta. El mareo del acompañante, el horario del autobús, la recogida de niños, otra prueba médica en el hospital de la competencia.

María ha llorado conmigo cuando yo he llorado. Conoce mis secretos y yo conozco los suyos.

Me ha excusado cuando ha sido preciso. Hemos reído cuando la ocasión lo ha merecido. Y te aseguro que nuestro balance ha sido más a favor de las risas que de los llantos furtivos. Ella actúa de «nervio mediano» cuando explico qué es un atrapamiento del nervio y colabora hasta el infinito y más allá.

Sabe más trauma que muchos residentes que terminan la rotación y tiene un buen olfato médico. Sabe cuándo algo anda mal en mi consulta solo por mis sutiles explicaciones.

Mis pacientes adultos y niños la saludan por toda Tarragona. Y si alguna vez mi jefe supremo lee este artículo sabrá que la caja mensual de depresores de lengua (alias palo para mirar la garganta) se gasta en mi consulta para fabricar títeres a mis pacientes. Nunca en la vida miré unas amígdalas a ningún paciente mío.

Pues, bien, María padecía un problema serio de la retina, y el oftalmólogo la debía operar con celeridad. Ella era una fumadora empedernida. Y yo, que cuando soy franca puedo llegar a desmontar la Muralla China, le solté así, sin más:

—Vaya gilipollez continuar fumando si sabes que, gracias al tabaco, no llega oxígeno a tu

retina, ¿no?

Y fue mágico. Su cabeza hizo clic y en ese mismo instante dejó de fumar para siempre.

O ADELGAZAS O EMPIEZAS CON PASTILLAS PARA LA DIABETES.

Cuando padeces de obesidad o sobrepeso, cuando fumas o cuando tienes cualquier hábito poco saludable, sabes perfectamente en tu fuero interno qué es lo que deberías hacer para mejorar. Empezar a comer sano, no tomar más copas de bebidas espirituosas —¡menuda campaña publicitaria!—, dejar de fumar... Pero a veces, para que eso ocurra, necesitamos un cambio interior, algo que nos remueva profundamente y movilice nuestro amor propio hacia el cambio.

Eso me ocurrió cuando nació mi hija Rita.

Practiqué deporte —baloncesto— desde los ocho años hasta los dieciséis; eso me permitió poder tragar todo lo necesario y un poco más. Con el ejercicio físico no engordaba (lo reconozco: estado puro de felicidad absoluta).

Luego empezó COU y posteriormente la universidad, esas mañanas de estudio en casa y esas tardes en la facultad —sí, existen estudiantes de medicina que no pasan las tardes en la cantina de la facul— hicieron mella en mi anatomía. Porque yo «tragaba» igual. Y cuando la doctora Miranda se pasó dos años (has oído bien), dos años, para aprobar el examen que me dio plaza para realizar la formación en traumatología, fue el acabóse. Dos años sentada nueve horas al día delante de los apuntes, de lunes a sábado. Domingo, día de examen, cinco horas. Fiesta: domingos tarde, día de mi cumpleaños y día de Navidad durante dos años.

Durante esos dos años afiancé unos kilos extra que me acompañaron ya durante toda la residencia (cinco años) y mis inicios como especialista novel. Era una traumatóloga rellenita de metro setenta y cinco de altura y 82 kilos de peso.

Luego llegó el embarazo de Rita, estuve a dieta desde que se descubrió una diabetes gestacional. (En realidad, no era de extrañar... Mi padre, Pedro, mis tías Teodora y María Antonia; mi madre, Montserrat, diabéticos).

Y empecé una dieta estricta y pasé un hambre voraz para que mi hija Rita no fuese un macrosoma (niña de cinco kilos o más) a la que le cuesta salir del «nido» (no es preciso ser muy listo para saber que tu pelvis no trabaja lo mismo para «expulsar» un bebé de tres kilos que de cinco).

Y objetivo conseguido: Rita pesó tres kilos.

Una vez pasada la cuarentena, repetimos la curva de glucemia para saber si me había quedado dulce perdida (diabética) una vez parida mi hija. Y llegó el momento de la verdad, la doctora Olga Navarro, compañera de fatigas y experta en diabetes de mi hospital, me dijo: «Miranda, o adelgazas o empiezas con pastillas para la diabetes».

Y yo pensé: «¿Treinta y seis años y pastillas para la diabetes? ¡Y una *merda!* —No necesitas el Google *translate* para entender esa palabra catalana—. Me pongo las pilas». Y ahí empecé toda mi transformación física.

Ese día, mi alma, o mi corazoncito, se ofendió y decidí hacer clic. Me encantaría saber que este libro, que está escrito con todo mi cariño, sirve para provocar un clic —el que sea— para

mejorar tu salud.

Este libro, estos consejos que trato de transmitirte, son solo unas recomendaciones para intentar mejorar tu salud y la de los tuyos desde ya. Tú eliges si procrastinas, si te vendes la moto a ti mism@ murmurando «ahorita», o si decides pasar a la acción.

¿Ahorita o ahora?

¿Sabes que solo tienes una vida y una salud? ¿Estás seguro de que no te interesa mejorarla activamente ya? No sabes —ni yo sé— lo que nos queda por vivir, pero si lo hacemos en las mejores condiciones seguro que ganamos todos.

Excusas tienes muchas. Qué pena que eso sea suficiente para no cumplir contigo misma.

Me encantaría y me honrarías infinito si yo hoy fuese tu clic, ese momento mágico en que ya te cansaste de oír sermones, discursos y datos de estudios médicos, ese instante en que decides tomar las riendas de tu futuro y poner toda la carne en el asador. Tú te lo mereces, ¿no crees?

28

CONECTAR

¿Sabías que cuanto menos dolor sientes, más grande es tu red de contactos? No sé si este estudio de la Universidad de Oxford se puede extrapolar a otros aspectos de nuestra vida.

Yo te diría y te daría el consejo de que salgas de casa, que bailes lo que puedas, que cantes —desafinando o no—, que te abones al karaoke de tu barrio. Que te apuntes a clases de yoga, taichi, marcha nórdica, teatro y cerámica. Que tus días estén ocupados de la mañana a la noche.

Todos, en mayor o menor medida, hemos tenido alguna desgracia en la vida. Y hemos hecho un parón para pensar por dónde teníamos que seguir. ¡Qué fácil puede ser caer en la desidia y regodearnos en nuestro dolor!

Siempre le llamé la «técnica del jabalí». Mi padre es cazador de jabalíes y he escuchado desde mi tierna infancia todo lo relacionado con la cría y costumbres de este bicho. La «técnica del jabalí» fue una frase acuñada durante los años de universidad. Tenía una compañera de fatigas llamada Montse Martín que toodo lo veía siempre negro. Toodos los exámenes le salían fatal y nunca tenía tiempo suficiente para estudiar. Luego resultaba que sacaba una matrícula de honor en anatomía y tú aprobabas *in extremis*.

Los jabalíes se rebozan en el barro cuando quieren desparasitarse. En la parte del lomo tienen un pelo largo y espeso que fácilmente puede albergar parásitos. Cuando buscan quitarse esos desalmados huéspedes, se meten en charcos llenos de barro y eso asfixia a sus inquilinos.

Cuando Montse empezaba a quejarse de que no tenía tiempo para estudiar, para el trabajo, para las prácticas, yo siempre le soltaba lo mismo: «Vengaaa, otra tanda de jabalí». Y le comentaba: «Montse, no estás revoleándote en el lodo. ¡Vas de barro hasta más allá del cogote y usas una pajita para respirar! ¡Porque te encanta estar ahí abajo! ¡Por el amor de Dios, reacciona!».

Así pues, todos tenemos derecho a hacer unos días el jabalí, y podemos quejarnos de nuestra situación, de nuestra desgracia, pero llega un momento que debemos decir *PROU*. (*Prou* en catalán significa «basta»).

Me daréis la razón una y mil veces cuando digo que la fonética de «*prou*» es mucho más intensa y agresiva que la de «basta». Algo parecido ocurre con el «te quiero» en español, «*t'estimo*» en catalán, «*je t'aime*» en francés o «*Ich liebe dich*» en alemán... No suenan igual

aunque signifiquen lo mismo.

Te aseguro que si sueltas un *PROU* gritando, el efecto se multiplica.

Pues una vez hayas pasado un tiempo prudencial haciendo el gamberro (lo dejo a tu imaginación, que seguro puede ser más picante que mis palabras), comiéndote todo el chocolate del mundo, llorando un océano y viendo *Pretty Woman* una docena de veces, llega el momento de levantarte, sacudirte la ropa, apoyarte en tus seres queridos (se incluye a la familia o los amigos) y tirar *palante*.

Y si tú estuviste siempre ahí para ellos, estarán para ti cuando lo necesites.

¿Sabes? El año 2013 fue HO-RRI-BLE para mí. Pero se convirtió en el punto de inflexión para mi futuro. Hoy no estaría donde estoy si no hubiese pasado todo lo que tuve que pasar yo sola. Tú y yo nunca nos habríamos conocido. ¿Sabes que soy muchísimo mejor persona? Más empática, más sociable y más divertida. Me zambullí en la aventura de una web de traumatología, y conocí a gente maravillosa en las redes. Amigos con mayúsculas. Y de ahí surgió la oportunidad que me brindó La Esfera de los Libros: escribir lo que lees para TI.

En aquella época, cada vez que alguien me explicaba que crisis quería decir oportunidad, cada vez que alguien de mi entorno me decía reacciona... yo no tenía ganas de nada y, si las hubiese tenido, hubiese sido para coger un bate de béisbol y partirle el cogote a quien me decía que no podía estar así.

Y durante esos días oscuros y tristes, me di cuenta de que a mi alrededor había mucha, muchísima gente que me ayudaba y me escuchaba, que me abrazaba y me enjugaba las lágrimas y que pacientemente estaba a mi lado. En la familia, en mi entorno y en mi trabajo. Y yo no entendía por qué.

—¿No lo entiendes, cariño mío? —me dijo una amiga del hospital—. No ves que esto es nuestra segunda familia. Conoces todos los secretos de tus enfermeras, de tus compañeras de planta, de tus compis médicos. Te has desvivido por sus maridos, novios, tíos, abuelos y amigos. Esto es lo que te mereces. ¡Que se te devuelva con creces!

Robin Sharma, un gurú, *coach* o líder de masas (me da igual la definición), lo explica en sus libros de autoayuda que tanto me sirvieron los meses de travesía por el desierto: da a tus amigos, a tu familia, da siempre. Ellos estarán contigo para recoger tus pedazos, para recomponerte. Ya sabes, todo pasa, aunque primero te arrolle. Cierto que tu corazoncito quebrado nunca será el mismo y las cicatrices quedarán en él para siempre, pero tú volverás a gozar y a sentirte viva. Te lo prometo.

Me encantó la idea de una mujer que decidió convertir su cama y su habitación (después de haber pasado tumbada y aislada del mundo todo un mes tras su divorcio) en obra de arte.

Imagina lo que haría tu madre con esas sábanas llenas de mugre tras un mes entero en la cama. Lleno todo de mocos y lágrimas que sirvieron de catarsis para superarse.

Y lo mejor es que la vendió. Ese dolor, esa pérdida no podía acabar en un pozo sin fondo. Le sirvió a la propietaria para reinventarse. Algo parecido me pasó a mí después de mi divorcio. Eso sí, primero descendí hasta el infierno más bajo (como decía Woody Allen, séptima planta; abogados y políticos), y luego, poco a poco, fui subiendo peldaños hasta llegar a donde estoy hoy.

CONECTAR EN EL 1.0

Esa quedada furtiva con las mamis del colegio con las que te llevas de cine en cuanto hay una crisis personal.

Ese café en la guardia con tus amigas doctoras que conocen tus secretos.

Esa tarde no haciendo nada.

O ese retraso —consentido— en mi consulta porque la abuela me cuenta su receta de cocina o el matrimonio mayor me narra su primera cita. Eso no tiene precio. Y es lo que enriquece nuestro día a día. Lo demás solo es traumatología, incluso un robot con una buena base de datos te lo solucionaría. Pero ¿y las personas? Eso es lo que hace que los médicos podamos conectar y curar sin prácticamente hacer nada.

Saludar efusivamente a mis pacientes ancianos, darme cuenta de que han perdido kilos, ver que ellas fueron a la pelu el día anterior, preguntar por sus hijos o nietos. Alegrar las caras, iluminar rostros, intentar mejorar sus vidas. Solo eso.

Conectar en el 2.0, me da igual que sea Facebook, Twitter, Instagram o, si me apuras, Darling o Meetic.

Puedes vivir en un pueblecito de doscientos habitantes en las Alpujarras —un saludo, Adela-Emilia—, pero las redes pueden ser una ventana al mundo. Todo dependerá de a quién decidas seguir y por qué. Codearte con gente mucho más avisada que tú, de los que puedes aprender siempre.

Si te interesa la moda, sigue a diseñadores; si te fascina el arte, hazte fan de las mejores páginas de los mejores museos del mundo; si eres un fanático del fútbol, ya sabrás a quién seguir. Y eso te llevará a encontrar gente afín en distintos lugares. Con ellos compartirás inquietudes. Pronto te alegrarás con sus logros. Y tejerás una amistad que te consolará en los momentos de dolor.

Puede que tu momento vital sea igual que el de alguien que está igual de solo y aislado geográficamente, pero, si tu corazón y tu mente son abiertos, seguro que encontrarás el momento de compartir esas vivencias con gente de tu agrado^[8].

29

ESENCIA DE VIDA

Cuando el dolor lo llena todo y la enfermedad gana la partida, en ese duro momento vale la pena despojarse de toda la pompa y bajar al reino de los mortales.

La humildad —tan extraña en nuestros días— debe hacer acto de presencia. El dolor en esos duros momentos es el mismo para ricos y pobres, para los que han amado y han sido amados. Pero en ese instante de reencuentro con los tuyos, con tus seres queridos, haces balance de lo bueno y lo malo.

Saber estar, saber acompañar, comprender la delicadeza del trance, saber esperar el apagón paulatino de una vida, no es tarea fácil. Acompañar y dejar ir son actos de amor y de dificultad extrema. Algo que no se enseña en colegios o facultades y que solo se adquiere a lo largo de la vida, al despedir a seres queridos y, en mi caso, al acompañar a familias en el duelo.

Y en esos momentos de silencio y paz, te das cuenta de que la vida es un devenir de gente que está de paso, de los que solo quedará el recuerdo en los que están vivos mientras ellos a su vez lo estén.

Y no cambia mucho que nosotros consideremos miserable la existencia de una mosca solo porque vive cinco días, ya que los árboles centenarios quizá piensen lo mismo de nuestros noventa años, o las estrellas que nuestra existencia dura un suspiro.

Solo intentar hacer el bien por encima de todo, y honrar la memoria cuando ya no estemos será nuestra esencia de vida.

Vivir en las mejores condiciones dando gracias por todo lo bueno que nos acompaña a diario debe ser la norma para considerarnos buenas personas.

EL HILO ROJO QUE UNE EL AMOR.

Según una leyenda oriental, las personas queridas, por muy separadas y distanciadas que estén en tiempo y espacio, llevan siempre una alianza atada a su dedo índice de la mano. Esas personas que de verdad te han tocado el corazón, que durante unos instantes preciosos han conocido tu verdadera esencia, llevan en su interior siempre un pedazo de ti.

¿Y si cuando faltemos, esa maraña de hilos rojos en los seres a los que tu alma acarició son el

último suspiro de tu esencia?

Ya sé que podría hablar de ADN y de que mi carga genética pasará a mi hija —mi legado más importante, claro; es «solo» cuestión de bioquímica—, y que parte de mi carga genética estará distribuida al azar en mis maravillosos cuatro sobrinos. Y mis expresiones aprendidas, mis palabras más usadas y mis giros más grotescos también serán heredados por mi hija y sobrinos. Algo de mí también, en el fondo, perdurará.

Pero no me conformo con eso, puesto que, si fuese así de simple, quienes sobreviven a sus vástagos, las personas solitarias a las que la vida o la naturaleza privó de descendientes no tendrían una razón de ser, una razón de vida.

Me niego a pensar eso. Me atrevería a decir que cuantos más hilos cuelguen de un único dedo mejor, para mí esa sería la esencia de vida. Todos los hilos rojos fruto del amor incondicional, de las experiencias vividas, de los recuerdos creados perdurarán por siempre jamás en ese tejido llamado humanidad.

Y aun sabiendo que partiremos, si los hilos que dejamos aquí son fuertes, elásticos y perennes, quizá podamos suspirar por un instante de eternidad.

Podría ser que estas líneas que ahora lees o relees te hayan marcado un poquiiiito —solo un poquito, con eso me conformo— para comprender que a veces la salud depende de lo que le regalemos o quitemos a nuestro cuerpo.

Me encantaría que este libro tuviese esa misión, teñir un poco tu mundo y mi mundo de rojo. Conseguir que entiendas cómo me puedes llegar a interesar, cómo he intentado por todos los medios explicar traumatología con sinceridad, con humildad y con palabras sencillas para llegar más lejos. Y si has considerado que así ha sido, me daré con un canto en los dientes. No aspiro a más. Sé que estoy a años luz de un Nobel de literatura (de medicina también, pero en dirección contraria), pero este libro, fruto de mi amor, es un precioso legado que me encantaría que recogieras con las manos abiertas y, sobre todo, con el corazón.

Gracias.

Llegó el momento de partir.

Ese cuerpo maltrecho y cansado, arrugado, deshidratado y enfermo solo es el envoltorio de un alma que, en el mejor de los casos, ha cumplido gran parte de sus esperanzas, que habrá experimentado emociones, dolor físico y de alma, pero llegado el momento el envoltorio ha terminado ya su función.

LA TRAUMATOLOGÍA COMO MODO DE VIDA

Cuando te encuentres a una médico joven, a una «jovencita» estudiosa que te examina y valora con reflexión, no debes ver solo eso.

Este mes de junio de 2018, estuve en un evento que me marcó mucho y que me reiteró en mi afán en ser traumatólogo.

Lo normal y lógico cuando uno llega a la jubilación es montar una fiesta por todo lo alto, una comilona o unas vacaciones. En junio de 2018 estuve en la mejor fiesta que todo traumatólogo y todo médico puede desear para su jubilación. Una jornada de estudio donde se aunaron pasado, presente y futuro de la especialidad, donde repasamos nombres ilustres con vidas ilustres dedicadas con sacrificio al estudio y a la profesión vivida con pasión, donde Maestros —con mayúsculas—, además de médicos, marcaron el camino a los que llegamos después. Comprobamos también con nostalgia cómo grandes figuras intelectuales a sus casi noventa años empezaban un cadente declive físico y por lo tanto espiritual.

Entendí por qué mis maestros más estrictos de residencia bebían los vientos por ancianos de rostros amables —antiguos jefes— cuando les visitaban. Constaté que esa pasión trasciende tiempo y espacio, que somos afortunados, tocados por algo (la traumatología) que nos ha dado una forma especial de vida. Si durante los sesenta los médicos pioneros, avisados por teléfono, tomaban un avión desde París y en veinticuatro horas estaban presentes en una cirugía puntera y visionaria; si en los noventa se comunicaban por correo —carta con sobre y sello urgente transoceánico— para evitar sentirse solos y comprobar que cierta corriente científica se imponía, todo esto quedó obsoleto con la llegada de internet y otras redes sociales.

Dudar y ser reflexivo, no hacer, es mucho más difícil que tirarse a la piscina de una cirugía mal indicada (un casi nonagenario doctor Minguella me lo recordó de nuevo).

Dudar y consultar no debe ser considerado un hándicap sino un signo de humildad, de comprobar con la experiencia, ver el problema desde otro prisma e intentar, de manera global, hallar lo mejor para el enfermo.

Cuando te atienda una traumatóloga jovencita, no veas solo eso, puede que solo se haya pasado estudiando medicina seis años, puede que haya aprobado el examen del MIR a la primera —no como yo, que fue a la segunda—. Puede que se haya empapado del saber de un equipo de traumatólogos (una decena, mínimo) durante cinco años. Puede que lleve ya unos años de adjunta.

Y que en caso de dudar —que dudamos, de eso te doy mi palabra, dudamos todos—, puede que haya consultado con todo su equipo de compañeros.

Puede parecer una médico novel, pero acuérdate de que las cremas faciales obran maravillas. Y hablando de cremas faciales, me ha venido a la mente un modo divertido de romper el hielo en la presala del quirófano. Operamos ancianas de más de noventa años con fractura de cadera (de fémur); algunas de ellas aparentan quince o veinte años más (curiosamente las más activas).

Y antes de entrar en quirófano, me presento, les digo que en breve pasaremos y que necesito que me contesten una pregunta vital para mí. Ves que la paciente te observa atónita. Y entonces le dices: «¿Qué marca de crema usa?».

Bromas de cremas y años aparte, quizá tu caso ha sido estudiado, comentado y reflexionado con cinco o seis traumatólogos que, como dice mi viejo amigo el doctor Mario Jarma, en conjunto tenemos más de ciento cuarenta años de experiencia.

No es solo la cara que ves, es todo lo que conlleva debajo. A veces esa jovencita tan solo es la portadora de la decisión tomada por un equipo de traumas entero.

Cuando empecé la especialidad, en mis primeros congresos, en los stands con información médica y de instrumental quirúrgico, si solicitaba un bolígrafo o material serigrafiado de oficina, las propias azafatas de la organización me lo negaban. Debía de parecer solo la novia de un médico, de un traumatólogo. Y me negaban el material.

Más adelante, o bien dejé de parecer la novia de un médico traumatólogo, o tenía un aspecto más de cirujana, o los tiempos cambiaron.

¿Cuántas veces hice y hago toda la actuación médica? Y aún solicitan la presencia del señor traumatólogo.

Puede que al principio me indignara horrores cuando me confundían con una enfermera o simplemente me desubicaban. Creo que ahora ya me da igual. Yo sé quién soy, incluso cuando paso visita en bermudas o con los tejanos a la última moda rotos del todo.

Tengo la suerte de tener un oído fino. Salir a la sala de espera de tu propia consulta y oír a dos señoras mayores cómo critican tus pintas es transgresor o gamberro.

—Mira, ¿has visto los pantalones que lleva? —pregunta una susurrando.

—Sí, y es la doctora —contesta la otra, con el mismo tono de voz.

Y yo añado con descaro.

—Sí, ya sé que están rotos.

—No decimos nada...

—¿Y saben por qué es? ¡Porque no me llega el sueldo!

Entonces, sonrojarse y pedir disculpas es todo uno.

A mí me da exactamente igual.

He visitado accidentados en bikini, en pijama, vestida de ciclista, en bermudas, con un minivestido rojo que quitaba el hipo, vestida de verde, de blanco, incluso en ropa interior en el vestuario del quirófano. ¿Y qué? Siempre y en esencia continúo siendo yo, Miranda Trauma.

También he visitado tras salir de guardia, después de más de treinta horas de ejercer de médico, en fin de semana, en Navidad.

Es lo bueno de ser médico, que no cuelgo mis hábitos nunca. Y quizá no te supe explicar toda la traumatología que tú querías, si la explico más compleja esto sería un auténtico rollo. Y ese no era el plan. El plan era pasar un buen rato y que te dieras cuenta de todo lo que puedes hacer por

tu salud. Y si gracias a mí te conservas joven (obsolescente perpetua), ágil por practicar deporte, alegre por mantenerte entre ambas franjas respecto del sexo y delgado por seguir la dieta mediterránea, mejor que mejor.

Salud, que es lo único que echamos de menos en cuanto nos falta.

Y ya si eso, gratitud para festejar que tenemos salud.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE). ¡PAPARRUCHAS!

LAS CREMAS ANTIINFLAMATORIAS Y EL «A MÍ ME FUE BIEN»

Caso verídico *made in* Miranda. Batallita Miranda.

Una vez visité en urgencias a una paciente que se había torcido el tobillo y se había hecho un esguince. Me vino a explicar que aún no estaba bien del todo, y que se había puesto una crema que le había ido bastante bien. Vaya, que estaba casi curada.

Me enseñó la crema dentro de su caja de cartón correspondiente y leí: «Canesten Vaginal»... ¡Tuve que cerrar mi boca para que no entraran moscas de lo sorprendida que me quedé!

Se lo expliqué a la señora fácilmente para que me entendiera. «Eso es para los picores de ahí —señalando—, no para los esguinces de tobillo». A lo que tranquilamente ella me soltó un: «Pues mira, niña —en tono amistoso y cariñoso—, a mí me fue bien».

Realmente lo que te está diciendo este caso es que, poco a poco, aunque le pongas una tirita fucsia, le tires agua bendita o le des perlas antiinflamatorias de homeopatía se curará. Eso es lo que debemos entender. Y no atribuir curaciones a fármacos o acciones que no curan, si bien no distorsionan el poder de curación.

LA PAPA ARRUGÁ Y LA RODILLA DEL DOCTOR ESTEVE.

Caso verídico del doctor Carlos Esteve. Un compañero mío —traumatólogo—, con más de veinte años de experiencia, trató a un paciente que padecía de la rodilla.

El señor padecía de una condromalacia (reblandecimiento del cartílago articular) que a veces —solo a veces— precisa algún tipo de acción quirúrgica. Finalmente, después de mucho pensar, decidió realizar cirugía para «recolocar» el cartílago de la rótula.

Pues bien, una vez operado —pongamos al cabo de dos meses— volvió el paciente a la consulta.

—Doctor, me he curado.

—Perfecto —contestó el doctor Esteve, sonriendo.

—Todo ha sido gracias a esto.

Y en aquel momento el paciente sacó de su bolsillo derecho (atención, operado de la rodilla derecha) una cosa marrón.

El doctor Esteve no acababa de apreciar de qué se trataba...

—Sí, mire, fui a ver a un curandero. Me dio esta patata. Me dijo que era muy importante que la llevara en el bolsillo delantero muy cerca de la rodilla. Y que, a medida que la patata se secaa y se fuera chupando, me iría arrancando el dolor de la rodilla.

Imagina la cara de estupefacción del doctor Esteve.

—Mire qué bien doblo, mire qué bien estiro. Estoy curado. ¡Y todo gracias a esta patata!

Mi compañero me lo explicó hace años y, cuando lo recordamos, aún nos reímos del misterioso caso de curación del señor de la papa arrugada.

Da igual si Carlos le operó; da igual si estuvo en rehabilitación; da igual todo. ¡A él lo curó la patata que le chupó el mal que tenía!

MÁS DE «A MÍ ME FUE BIEN»

Resfriado.

Yo aún no apuntaba para médico cuando a mi pueblo —Alcover— llegó un médico de familia; el doctor Mariano Miguel Miravete. Un señor maño que se integró en Alcover y que decidió que era un lugar lo suficientemente bueno para quedarse hasta su jubilación.

Él supo que me interesaba la medicina. Y cuando yo, ya médico, me enclaustré para estudiar el examen del MIR, me suplicó que le cubriera las Navidades, pues no encontraba a nadie que le sustituyera para ese periodo del año. Así que, después de mucho presionar e incluso ofrecerse a pagarme el Colegio de Médicos, me estrené de médico de familia en mi pueblo.

Te aseguro que estrenarse de médico en el pueblo donde naciste y te criaste tiene cosas buenas y malas, pero esos días se grabaron a fuego en mi mente y corazón.

Atendí al marido de mi modista y comprobé, extrañada, cómo a partir de ese día me trató de usted. Y al preguntarle yo: «Josep, ¿cómo me hablas de usted, si me conoces desde siempre, cuando no tenía más de un metro de altura?», él replicó: «Ya no eres la Eugènia, eres la señora Dra. Miranda». Y pese a mi insistencia, nunca más me tuteó...

En esos días gloriosos, tuve urgencias vitales que supe solucionar con la ayuda de una enfermera experimentada que me ayudaba ante mi inexperiencia. Humildad ante todo. Aún no sé cómo me lancé al vacío y sin red... como tuvimos una epidemia de gripe, no estando la sustituta, llegué a realizar veinte visitas a domicilio sola ante el peligro, de eso, de la gripe, quería hablar yo, y de mi médico el doctor Miguel, felizmente casado con Angelines, enfermera titulada y además maestra en el pueblo. Por las tardes le ayudaba en su consulta.

Cuando le pedía algo para la gripe, Mariano siempre decía lo mismo. Y te lo explicaba con un dialogo de su matrimonio.

Sítuate: Angelines en casa con la gripe.

—Mariano, qué mala estoy, dame algo para la gripe.

—Chelines, ya sabes que no. Que si te doy algo para la gripe dura siete días y que si no te doy nada dura una semana.

A eso me refiero yo: a veces tomamos cosas que creemos que nos curarán cuando en realidad lo que estamos haciendo es gastar y distraernos hasta el momento de la curación.

HOMEOPATÍA, LA ESTRELLADA DEL CAPÍTULO.

No cura. Palabra de Miranda.

Piensa que hace poco hicimos un simulacro de suicidio (en Youtube lo puedes ver) con esas bolitas chiquititas en directo y ni Carlos Casanoba ni Guillermo Peris ni yo nos morimos. Pues si eso hubiese pasado, este libro lo habría escrito un espíritu y no la doctora Miranda saliente de guardia...

Hojeé un libro que describía dieciocho casos de curación de enfermedades con el uso de homeopatía; algo que dada la escasez de ejemplos ya te está demostrando claramente que no funciona.

Sé que no es fácil, y que todos caemos en el «A mí me fue bien», pero oficialmente se deberían realizar consultas, pruebas complementarias, cirugía y tratamientos basados en la evidencia científica, no en «es que a mí me funciona».

Y te aseguro que no es fácil. Y que todo el personal sanitario cae en ese error.

Por cierto, ¿conoces algún anticonceptivo homeopático? Qué curioso que la homeopatía solo sea efectiva en enfermedades curables: gripes, catarros, toses, ansiedad...

MBE: medicina basada en la evidencia.

PUES HAY DÍAS QUE TE ASEGURO QUE ESTOY HASTA LAS NARICES DE LA MBE.

¡Ya me gustaría ver a mí cómo los médicos que se dedican a la estadística dan explicaciones a alguien que quiere una solución para su lumbago o su rodilla inflamada!

No puedo tratar una lumbalgia. Solo precisa ejercicios de relajación.

No puedo dar antiinflamatorios de manera persistente.

No van bien los fármacos que tienen cartílago de aleta de tiburón —pobres tiburones— para la artrosis.

No mejoran mucho los lubricantes pinchados en las articulaciones. No curan las artroscopias de rodilla en según qué enfermos de artrosis de rodilla.

¿Y entonces qué hacemos? Operamos a los cincuenta años a un enfermo de prótesis porque la MBE dice que no le puedo hacer nada más.

Los pacientes con prótesis de rodilla que van bien van bien sin y con rehabilitación, y los que van mal no mejoran más con rehabilitación.

Una rabiaaaa. A veces tengo una rabia por no poder hacer nada, solo acompañar al enfermo en el camino y esperar a que poco a poco cure solo. Y eso para una cirujana como yo —que siempre quiere ser resolutiva— es un tormento.

¡Claro que decirle a alguien que tiene dolor o padece que las últimas revisiones de la Cochrane afirman que no está probado que los analgésicos y antiinflamatorios combatan un lumbago, seguro que te pega con un *Vademecum*^[9]! Y puede que la jaqueca provocada por ese acto hostil tampoco mejore con el ibuprofeno —mano de santo— para calmarla.

LOS NIVELES DE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

1. Revisión sistemática de estudios que a su vez revisan múltiples estudios. Entre tú y yo, Champions League.
2. Estudio bien diseñado y repetible. Primera división.
3. Estudio. Segunda división.
4. Estudio difícil de repetir. Regional.
5. Opinión personal de experto. Te conocen en tu pueblo.

Y si te fijas después de todo lo leído, lo que estás aquí leyendo tiene la evidencia científica más pequeña que existe. Me conocen en mi pueblo y poco más.

Esto que lees se trata de un compendio de traumatología (o una visión personal y peculiar de ella) de una traumatóloga con dieciocho años de práctica, que tiene un blog sobre traumatología en español. Aquí no vamos a hablar del tamaño de mi ego. (Se me olvidaba, perdón, no vamos a mencionar las visitas que tengo a mi web, que no son pocas). Yo solo he venido a hablar de mi libro. Y con una modestia extrema expongo que la MBE dice que lo que estás leyendo quizá no valga nada; total, a mí solo me conocen en mi pueblo.

LAS MEJORES CARTAS NO GARANTIZAN GANAR LA PARTIDA

Puede que este libro no te esté sorprendiendo en absoluto, o quizá sí (cruzo los dedos para que así sea). Puede que tú y yo nunca nos conozcamos en persona. O quizá sí, y nos hemos visto en la consulta de mi hospital (en Tarragona). O el mundo 2.0 —nada que ver, por cierto— con el mundo real.

Sea como fuere, intentaré, por todos los medios, motivarte lo suficiente para que adquieras habilidades para cambiar y conseguir mejorar tu salud.

Solo visito dos mil personas al año en mi trabajo como traumatóloga (¡pedazo de presión asistencia!). En redes, tengo unos tropecientos seguidores a los cuales «adoctrino» para conseguir el estado más óptimo y cercano a la salud. Pero una vez vistos los *likes* habituales en los artículos de traumatología que cuelgo en mi web, me cuesta llegar más allá. Me muevo siempre en el mismo círculo de amistades, siempre en el mismo patio. Este libro es una gran oportunidad para dar un salto.

Me encantaría que lo que lees sea un motivo más para decidir CUIDARTE. Y sí, escribo CUIDARTE en mayúsculas porque no hay nada más importante que eso.

La vida ya se encarga de maltratarte todo lo que te dejas. Y luego están las malas cartas y las malas manos.

1. Ya puedo predicarle en arameo a alguien al que le toca luchar contra el cáncer. A lo mejor tiene un estilo de vida saludable, las frutas y verduras se las come y no las muestra en Instagram. No fuma, no bebe y ha realizado ejercicio físico de manera regular. ¿Qué le puedo decir yo a alguien a quien le han tocado unas cartas malas? NADA.
2. ¿Y si en vez de malas cartas tiene unas malas manos? Nada puedo decir a los cuidadores de seres queridos enfermos o con una situación familiar o económica insostenible. Nada.

Tengo fama de ser muy estricta (bueno, eso creía yo antes...), pero, a medida que la vida me ha brindado malas manos y he lidiado malos toros en peores plazas, me he vuelto más compasiva, tolerante y condescendiente con mis pacientes. Cuando esos enfermos temerosos de la doctora Miranda me explicaban su drama, sus miedos y sus catástrofes, se encontraban alguien empático capaz de ponerse en su lugar, alguien que sabía que esa dieta fallida, esos ejercicios no realizados

y ese compromiso no se había quebrantado porque sí, sino por una causa mayor.

Perfecto, pues si tienes este momento de paz para leer este libro y ves que tu situación personal no es ni la uno ni la dos, *¡estás de enhorabuena!*

Puedes buscar excusas para no realizar el cambio que deseas o exprimirte el cerebro para ver cómo mejorar tu salud de manera activa. Tú decides: ¿excusas o soluciones?

Por eso te hablo de cartas y de malas manos. Es tu responsabilidad acabar la partida lo más dignamente posible. En eso consiste la vida, en mantener la salud, tan preciada cuando falta.

Te pongo el ejemplo de un coche nuevo. Puedes decidir hacer el rodaje adecuado, cuidarlo, llevarlo al día en las revisiones, el cambio de aceite y no realizar temeridades por encima de sus posibilidades. Y si es así, irás manteniendo el coche en buenas condiciones por mucho tiempo.

O puedes decidir exprimir tu coche nuevo sin cuidado, saltarte revisiones, cargarlo de más, no cambiar frenos de disco, escobillas, ni amortiguadores ni correas de distribución, no hacer caso de la temperatura ni a las llamadas de tu concesionario. Y si es así, un día... te quedas sin coche.

Y aunque no todos gocemos inicialmente de la salud de un flamante Ferrari, si cuidamos nuestro modesto Seat, sin estragos ni temeridades, quizá nos dure más que un Ferrari en manos de un niño futbolista millonario que lo maltratará hasta que se aburra.

Y sin querer hemos nombrado a los futbolistas. Personas con un físico terriblemente bueno — Ferrari que te crio—, muchas veces no acompañado de un intelecto muy trabajado pero sí de una corte de asistentes, consejeros, *coaches* y parejas que les ayudan a dilapidar una fortuna ganada exponencialmente de manera acelerada. Chicos que se encumbran a unas edades en las que el resto de los mortales aún no conocemos qué camino nos deparará el futuro. Muchachos que, una vez empieza el declive —porque siempre acaba llegando—, inician un descenso de peldaños suave a veces y catastrófico otras, pero siempre destructor con sus vidas, entorno y salud.

A todos nos vienen a la mente futbolistas encumbrados a los veinte que a los cuarenta descendieron al infierno más feroz lleno de tóxicos, depresión y escándalos.

Hace nada he vuelto a leer la excelente noticia de que las mujeres españolas son las segundas más longevas del mundo. Solo las japonesas nos adelantan.

Creo sinceramente que gozamos de un Seat realmente especial, vivimos en un país precioso, soleado, tenemos frutas y hortalizas a un precio más asequible que en el resto de Europa, la familia y los amigos son importantes. Solo si nos cuidamos un poco podremos realizar más de 300.000 kilómetros con tranquilidad con nuestro Seat. ¡Cuidalo!

Las cosas más importantes para que nuestro modesto pero utilitario Seat nos lleve al fin del mundo son dos:

1. Mantener a raya nuestro peso, evitar la obesidad.
2. Realizar ejercicio físico habitualmente.

Sé perfectamente que son dos ideas muy fáciles de decir, pero que conllevan un cambio de actitud vital importante. Amiga mía: ¿ahora o ahorita?

¿QUÉ HARÍAS POR TENER DIEZ AÑOS MÁS DE VIDA?

Dado que estamos al final del libro, puedes pensar que es una pregunta trampa. Pero este capítulo ha sido la culminación de un fin de semana pensando maneras reales y directas de hacer zozobrar tu ego, tu alma, de conseguir que por fin decidas cuidarte.

¿Te imaginas que el día que venga el señor de la guadaña a visitarte, tu ángel de la guarda pudiese darte un bonus de diez años más de vida (igual que en los videojuegos)?

Sé perfectamente que no soy un ángel, suelto tacos a destajo (hasta el punto de que Mónica, mi editora, me comentó que no podía decir según qué barbaridades). Soy cirujana, uso el bisturí, el taladro y el martillo en quirófano. Recoloco fracturas y huesos rotos sin piedad, sin pensar que hago daño, pues para mí el fin justifica los medios (traumatológicamente hablando). Definitivamente, no soy un ángel.

Pero aun sin alas, sin ser un ángel, me gustaría ayudarte (metafóricamente hablando) dándote cinco consejos que tal vez puedan ayudarte a vivir unos diez años más.

Cuando leas estas perogrulladas, pensarás: mira, otra memez de la autora, como el plato de Harvard. Pero me pareció muy simple escribir un libro solo con estos cinco puntos repetidos durante doscientas páginas:

1. Alcohol cero.
2. Evita el sobrepeso.
3. Ejercicio.
4. Dieta saludable. Plato de Harvard, es decir, dieta mediterránea o lo que comían nuestros abuelos.
5. No fumes.

Estos cinco puntos te alargan la vida y te dan un bonus de diez años más. Y lo más «cachondo» de estos diez años más que te regalan es que, si llevas a cabo lo de los puntos, *no solo vives más, sino con más salud.*

Sin esos kilos de más, sin ese lastre, sin esa bombona de butano que dejas de pasear, ¿qué milagros puedes obtener?

- Menor posibilidad de artrosis porque mejora tu esqueleto. (Eso, Miranda, ya nos lo hemos

aprendido).

- Menor riesgo de hipertensión y problemas cardíacos o apoplejías cerebrales.
- Menor riesgo de diabetes.
- Menor riesgo de cáncer de colon y de pulmón.

Hace poco leí que quien no tuviera tiempo para comer sano o para hacer ejercicio de manera habitual, luego necesitaría tiempo para estar enfermo.

Y, si me apuras, aún podríamos resumir los cinco puntos en uno solo: ¡no estés gordo!

Cuando yo era rotatoria —o sea, estudiante de medicina—, coincidí con un traumatólogo visionario y futurista, el doctor C.

Esa rotación en el servicio de un hospital comarcal me sirvió para decidir que la especialidad que quería ejercer el resto de mi vida sería la traumatología. Siempre, siempre le estaré agradecida al Pius Hospital de Valls. El caso es que ese compañero, estudioso de la traumatología y de la nutrición, en privado —siempre en privado— llamaba gordas a las señoras obesas, pero no gordas así, fonéticamente hablando, sino gorrrrrrrdaas, con muchas erres... si yo fuese más gamberra y tan lista como para escribir un minilibro sobre salud, el *spoiler* resumen sería; «No estés gorrrrrda» (como diría E C.).

Pero, claro, eso no vende, y repetir lo mismo eternamente tampoco. ¿Te imaginas un libro de doscientas páginas con la misma frase una y otra vez?: No estés gorda. No estés gorda... No estés gorda. Un despropósito, para evitar este despropósito enorme de escribir un libro con una sola idea, aquí estoy, intentando explicar traumatología de modo ameno y comprobar la necesidad real y franca de mantenernos en normopeso.

Es lo que he intentado en cada una de las páginas... No sé si lo habré conseguido.

Me despido presentándome

No sé realmente cómo he llegado con mi libro a tus manos.

UNO. Puede que seas una mujer que está en ese momento de la vida en el que ella es lo más importante. O sea «tú ya sabes» que eres una mujer diez.

DOS. O puede que seas una mujer que te entregas tanto a los tuyos, a tu familia, que te han regalado este manual y con su lectura has descubierto lo fuerte y dura que puedes llegar a ser, una mujer diez. Tenlo por seguro.

TRES. O por la curiosidad de saber qué narices piensa la doctora Miranda Trauma de todo ello.

Sea por lo que sea, mujer diez, supongo que has descubierto que debes cuidarte ¡DESDE YA!

Soy Miranda Trauma, ejerzo de médico desde hace ya veinte años. Mi especialidad es la cirugía ortopédica y la traumatología (sí, esos que colocan prótesis de rodilla, que ven los lumbagos y que operan los túneles carpianos...).

Escribo desde hace ya dos años en el blog www.mirandatrauma.com sobre traumatología en un lenguaje poco médico (palabra de honor que se entiende), para que llegue a más personas que buscan recuperar la salud.

La editorial La Esfera de los Libros me propuso este tema y me pareció un buen estreno literario-científico. ¡Menudo debut!

En todos estos años de labor médica me he dado cuenta de muchas cosas. Te las resumo:

- La *salud es muy preciada* cuando nos falta y poco valorada cuando la poseemos. (El único día del año que la gente se acuerda de la salud es el 22 de diciembre cuando los que compraron lotería de Navidad comprueban que, como cada año, no van a pasar de la pedrea...).
- La *fragilidad humana* nos lleva a pasar de saludables a enfermos en muy poco tiempo. (A veces ocurre que estás bien y un minuto después un accidente lo cambia todo. Otras es el debut de una enfermedad lo que te da vuelta a la vida).
- Debemos ser *proveedores de salud* para nosotros mismos y para nuestra familia activamente y con una visión clara y real de cuál es nuestro objetivo: la salud. (No vale quejarnos de que tenemos un nieto gordo, un marido diabético mal controlado o de que nosotras padecemos más que sobrepeso si en casa la bollería y la comida poco «apropiada» aparecen por doquier).

- *No vale la pena posponer nuestros sueños* y deseos eternamente, pues a veces no hay mañana. (Estoy demasiado harta de oír lamentos de viudos por no haber viajado tras la jubilación y luego ya no les fue posible).
- Y eso nos lleva al punto fundamental: pasar el *máximo tiempo feliz junto* a los que uno quiere debe ser una prioridad real. (¿Seguro que lo que dan en la tele es taaan interesante tooodas las tardes para no salir a pasear con las amigas o para apuntarse a algún taller? ¡Venga ya!).
- *En esta vida todo acaba pasando factura*. Los excesos cometidos a la larga se pagan. Ya sea el exceso de alcohol, drogas (aquí incluyo el tabaco), comida inadecuada o la ausencia total de ejercicio físico (fíjate que no he dicho deporte).

Hay días en que reflexiono de viva voz con mis pacientes. Hablamos de todo menos de lo que les duele. Más bien hacemos terapia, que no traumatología. Me explican sus sentimientos y yo los míos. Saben cuándo estoy pasando un bache y son conscientes de que me tienen a mí cuando son ellos los que están mal.

Alguna vez, sobre todo cuando me cuentan sueños no cumplidos, esperanzas calladas y reveses de la vida, les recomiendo: «Vive como si fuese tu último año en la tierra». Porque he llegado a la conclusión de que vivir como si no hubiese mañana es demasiado intenso. No dormiríamos, algunos se sentarían a la mesa y se pegarían un banquete pantagruélico. Otros harían su última maratón. Algunos, afortunados, abrazarían todo un día a su amor.

Nos gastaríamos las últimas perras que tenemos en absurdos caprichos, no pagaríamos las facturas ni la hipoteca y, claro, llegaría «nuestra hora» y nos encontraría viviendo bajo un puente.

Pero vivir un último año pausadamente, ¿por qué no? Cada finde tendrías momentos mágicos para tus amigos, los abrazarías, recordarías sus aromas, que les hacen únicos. Verías películas de vídeo, repasarías fiestas, fotos de momentos vividos. Estrecharías lazos y esos momentos felices pasarían a formar parte de la eternidad.

Podrías tener las charlas importantes pendientes con tus padres. Les dirías que les quieres, y también ellos a ti. Perdonarías sus fallos, ellos te perdonarían los tuyos.

Hablarías largo y tendido con toda tu familia. Y harías las paces con los que te peleaste, porque estar enfadado no te aportara nada. Conversarías en especial con los más pequeños, la alegría de este mundo. Puede incluso que te diera tiempo a dejar instrucciones precisas en caso de gran necesidad.

Y realizarías tus últimos sueños. Tomarte un cruasán a los pies de la Torre Eiffel, ver el cabo Finisterre, bañarte desnudo en el mar o dormir bajo un manto de estrellas.

Una vez hecho todo, estarías en paz y sería el momento de partir.

Así que no es que te pueda quedar un año de vida, es que tienes toda la vida por delante. Y podrías vivir así hasta el fin de tus días. Porque ese abrazo que no das, esas disculpas que no pides, ese perdón no concedido pasa a serlo todo cuando llega el momento.

Salud.

Agradecimientos

Antes de pasar a los típicos, edulcorados y predecibles mensajes de amor, quiero recordar a mis enfermos y sus familias. Comprobando sus necesidades no cubiertas, escuchando sus reflexiones, descubriendo sus miedos y esperanzas, mis pacientes han conseguido bajar los humos a una médico novel.

Humildad, algo que no se imparte en medicina y en ninguna carrera hoy día, algo que solo da la experiencia y visitar, visitar y visitar pacientes.

Ejercer de médico y aprender a relativizar es todo uno. Comprobar que la destreza del mejor bisturí en las mejores manos (esa os aseguro que no soy yo) no lo puede arreglar todo. Bajar a la zona terrenal al más divino, eso es humildad. Aun con los médicos más galácticos, como diría mi abuela Inés, nadie se ha quedado aquí para siempre...

Aprender y comprobar cómo dar malas noticias si se hace con el tacto preciso puede a veces reconfortar el alma más partida... Acomodar y acompañar a esas familias también es nuestro deber.

Normalmente, leer este apartado en cualquier libro es un peñazo —como dice mi amigo el doctor Víctor Aixalà—, pero, en realidad, es un modo de descubrir un poco más a la escritora (intento de) que te ha pretendido cautivar durante estas horas de lectura, voy a ser la versión literaria —y extendida— de Pedro Almodóvar en la entrega del Óscar. Si no te apetece leerlo, pues te lo saltas y santas pascuas.

Yo tengo tres familias.

Una. La de sangre no la escoges —perogrullada Miranda—, las otras sí...

Dos. La de mi trabajo.

Tres. La de las redes sociales.

Tres. La de las redes sociales.

Miranda, ahí solo puedes encontrar rollos para la cama. Sí y no. También puedes hallar gente con inquietudes intelectuales, desde ilustradores que te levantan el ánimo los días grises (@72kilos), cuentas de dietistas galácticos, pediatras ilustres (Carlos Casabona) o matemáticos. Personas que te aportan y que suman. Interactúo y aprendo un montón al juntarme con gente mucho más experta y leída que yo.

Me encanta relacionarme con ellos y comprobar que soy la Penny de *Big Bang Theory* (la

rubia tonta que no sabe lo que es el bosón de Higgs).

Y entre todos ellos quiero destacar dos grupos que siempre están ahí. El grupo «e-calçoteros», que nació de una quedada hará ya dos años, y el grupo «el Hilo». En ambos, lo que se cuenta en el grupo se queda en el grupo. (Existe una gran cantidad de médicos de diferentes especialidades que comentan y consultan casos que se escapan a la norma).

No quiero olvidarme de los Miranda Premium: ellos saben quiénes son.

Dos. La de mi trabajo.

Tengo la suerte de trabajar en el hospital de Santa Tecla, mi segunda familia, en el equipo de Trauma. El equipo más cohesionado donde los haya. Es con quien paso más tiempo, conozco sus secretos, intimidades y convivo con enfermedades, suspiro por curaciones y vivo sus logros. Ellos estuvieron ahí cuando yo más los necesitaba, sus palabras de ánimo calaron hondo. Mi segunda casa es el hospital de Santa Tecla.

Y, por la mañana, cuando llego a mi servicio de traumatología, es como si llegara al salón de mi casa —salvando las distancias—; conocen mi estado, conozco su estado, de todos ellos. Cuando hablan por los codos sin decir nada, cuando callan y deberían hablar, cuando lloran y suspiran en silencio. Todos merecen mi mención, comenzando por el jefe más bueno que tuve y que desde el cielo nos ampara, Jordi Recasens. Luego viene el resto: Toni Buñuel, el jefe, maño de las Parras de Teruel, un gran cocinero que nos reúne de vez en cuando alrededor de su mesa; Luisa Andreu, mi referente femenino, delicada, femenina y resolutiva; Miquel Sanchís, oriental y reflexivo; Mario Jarma, el médico más empático que conozco, con un humor ácido y Monty Python donde los haya; Víctor Aixalà, práctico, sencillo y feliz; Miquel Bel, pronto te veré en casa, estoy segura de ello; Petrea Ifimie, resiliente, férreo y fiel; Juanto Gebellí, resolutivo, calculador y único; Alicia Gargantilla, que siempre ha estado cuando la necesité, cómo llorábamos —en secreto— durante las primeras guardias; Ester Blanch, delicada, cauta, sensata y juiciosa; Ricardo Urrutia, sibarita, hedonista y calmado; Carmen B. Pensado, apasionada, intensa y amiga.

Una. Mi familia de sangre.

He incluido en este grupo cercano e íntimo a unas mujeres únicas.

Yo considero familia a quien me da las buenas noches y a quien me desea que pase un buen día.

Quiero dar las gracias a mi grupo de WhatsApp «Bon dia», creado cuando más lo necesité.

Es de bien nacidos ser agradecidos.

En otras palabras, las amigas y familia que me cobijaron, refugiaron y estuvieron allí en mis momentos más bajos, esa familia se merece mi respeto y mi mensaje de buenos días. A veces, a las seis de la mañana; a veces, a las siete.

Ellas, todas chicas, aguardaron pacientes mientras recomponía mi alma. Ver cómo me esperaban confiadas, cómo creyeron en mí cuando yo no lo hacía. Esas mujeres fuertes que me acompañan muchos días de mi vida.

Y en el transcurso de este tiempo he añadido otras almas que también merecían formar parte de mi hilo rojo que une el amor.

Va por ellas. Todas.

Ellas, mis compañeras del grupo «Bon dia», mis confidentes que merecen un saludo matutino y mis reflexiones más íntimas. Ellas merecen ser informadas casi inmediatamente cuando ocurre una gran alegría y cuando vivo un drama. Supervivientes de todas las edades, que en algún momento, más que preocuparse por mí, se han desvivido. Ellas lo merecen todo;

- Inés. Mi hermana mediana.
- Montse. Mi hermana pequeña.
- Tieta María. Una tía que ha hecho las veces precisas de hermana mayor.
- Rosa María. Una tía prima tercera mía, pero alma gemela.
- Mercedes Gómez. Una residente mayor que me hizo de hermana mayor y no me dejó caer cuando dejaba de intentarlo.
- Alicia (la misma de antes). Un amor de mujer que te acaricia el alma cada vez que hablas con ella. Ahora seré yo la que estaré cuando ella lo precise. Y sí, Dios no se ha olvidado de ti y tu familia, te lo aseguro.
- Montse Martín. Mi primera confidente de carrera, amiga donde las haya, pese a la distancia y nuestros trabajos.
- Anna Cester. Un cielo de mujer, médico por equivocación, pianista por vocación, lo más cercano a una mujer feliz.
- Carmen Barrio. Confidente, amiga y observadora de la vida. Políglota y dada a sus amigos y familia.
- Lola Domínguez. Mujer coraje, pediatra y amiga. Preocupada por su familia.
- Gemma Lleida. Aun con malas cartas, juega una partida digna de mención. Madre coraje, resiliente y fuerte, aunque ella todavía no lo sepa.
- Rosa Figueras. Enfermera. Sí, sorpresa, tengo amigas enfermeras. Con ella he tenido charlas más íntimas que con futuribles parejas. La vida la ha premiado con una etapa dulce en su vida y yo me alegro.
- Verónica Fernández. Yo soy el yin y ella el yang. Yo me lanzo, ella me frena; yo pasión, ella reflexión. Sabe un montón de medicina, pero no se lo cree; ahí estoy yo para recordárselo. Fui durante un tiempo su memoria y ella me centra cuando me descentro, ¿quién da más?
- Pepi Gisbert. Enfermera, amiga, instrumentista de quirófano. Segunda madre. Me cuidó en mi primer trabajo como adjunta. Cocinera y amiga de sus amigos y mis amigos. Un diez.
- María Recasens. Lo sabe todo de mí. Mi amiga y auxiliar en la consulta. Sabe cómo me siento. Sé cómo se siente, aunque a veces yo me haga la despistada. Intuye en mis palabras y gestos cuándo escondo mi preocupación a una madre.
- Pepita Samper. Cuando sea mayor quiero ser como Pepita, alegre, jovial, desenfadada y sin complejos. Nos conocimos por Facebook. Su marido Paco y ella ejercen de abuelos de Rita, ¿qué más puedo pedir?
- Laia Llaudet. Solo fue una semana de nuestra vida y conectamos. Los mensajes que nos prodigamos nos ayudan a avanzar y a crecer.
- Olga Araújo. Compañera de profesión, amiga, confidente, me abrió las puertas y su corazón para que yo creara mi blog. Siempre está sin estar. Fieros llorado mucho y hemos reído horrores.

- Judith Montoya. Mi última adquisición, compañera de profesión, médico de familia, cuidadora de sus enfermos, cuidó de mi Francisco como se merecía, con compasión y amor.

Y luego está una amiga trasnochadora extrema que me pidió salir del grupo, no soportaba ese mensaje que le turbaba el descanso de madrugada. A. R, que no empieza a ser persona antes de la una del mediodía. Ella también estuvo y está ahí. Sin estar.

Mi familia de sangre.

Antes de empezar con la de «sangre», tres mujeres que me ayudan en mi día a día: María Güell, mi primera canguro, que cuidó a mi hija como a su nieta; Rosa Fernández, la canguro actual, con un horario extensísimo para cuidar a Rita como se merece hoy día; y María José, que me echa un cable en casa.

Mi padre, que no pudo estudiar pero que siempre tuvo muy claro que el sacrificio que hizo para sacar adelante a sus hijas y a su mujer lo valía todo. Todo amor sin decirlo nunca.

Mi madre, que estuvo ahí para nuestra crianza. Nunca debió de ser fácil criar a tres hijas antes de los veintitrés años, lo digo yo que soy mamá añosa, tengo estudios y mi hija me puede trastocar.

Ambos lo han hecho lo mejor posible. Lograron coserme unas buenas alas y me han dejado volar libre y segura. Ojalá yo sepa hacerlo igual con Rita.

Mis hermanas Inés y Montse, más pasionales y guapas que yo, más impulsivas y realistas que yo, mis muletas cuando han hecho falta. Mi columna vertebral.

Mis abuelos paternos, a los que oí hablar de guerra civil, carestía, sacrificios en mayúsculas y hambre.

Mis padrinos, abuelos maternos, por haber vivido su madurez, su senectud, su enfermedad y su desaliento final. Me ayudaron a ser mejor persona y a aprender que la muerte forma parte de la vida.

Mis primos, los hermanos que no tuve, que se dedican a protegerme a mí y a mi hija como pueden.

Mis cuñados, el cuñadísimo Willy, que lleva con Montse una eternidad y son el reflejo de lo que debería ser un matrimonio duradero. Vicente, la última y reque definitiva adquisición de Inés; tú le das la paz que se merece y la cuidas como nadie. Gracias.

Yo nací en 1974, haz cuentas, tengo cuarenta y cuatro años. Pero volví a nacer en 2013. Ese año todo cambió. Me rompí, lloré un océano, acepté lo que la vida me daba o me quitaba. Me recompuse, construí una nueva Miranda con los trocitos que quedaron. Y descubrí una mujer más divertida y alegre, lanzada y atrevida. Nació mi blog (www.mirandatrauma.com) y ahora este libro.

Francesc.

A los ojos del mundo éramos incompatibles, mundos distintos, trabajos distintos, vidas distintas. Lo que he reído a su lado, lo que me ha cuidado, lo que me ha querido no está escrito. Gracias por ayudar a renacer mis ganas de vivir como mujer y enseñarme otra vida.

Rita.

Mi todo, mi luz, mi principio y mi fin. Mi amor.

El motivo de tirar para adelante cuando no podía, la razón para intentar ser mejor persona. Serás y eres una guerrera, supongo que tu carácter, forjado a base de incomodidades que no tenías que vivir, hará que seas una mujer resolutiva y empática con quien te encuentres.

Doy gracias a Dios todos los días por tenerte sana y verte crecer. Ojalá sepa coserte las alas tan fuerte para que vuelas libre y alto. Y sepa darte raíces para que te acuerdes de dónde vienes.

Mi principal deseo es que seas feliz.

Si te he ofendido, lo siento. Y no quiero que suene a la fácil disculpa de «político», pido disculpas si alguien se sintió ofendido... No, eso no.

¿Sabes?

En el fondo, si pretendías estar aquí y no lo estás, te ruego que me perdones. Seguro que mi materia gris me jugó una mala pasada.

Gracias.

¡¡¡Esperaaaa!!!

El grupo *coaches* literarios.

Mis primeros lectores de este proyecto que vio la luz en forma de pulsiones. Siempre acompañado de crítica constructiva. Con complicidad, cinismo y alegría, cómicos y siempre dispuestos a despertar a mis musas más dormidas. Va por ellos, tienen todos mis respetos. Me han encantado las discusiones sobre si era mejor la Nocilla o la Nutella. Solo daré una pista: siempre producto nacional.

- Lola Zamora, una mujer que tuvo la suerte de despertar a tiempo, que no sabe adónde va (como yo), pero que ha descubierto que lo mejor es el camino (como yo). Y con quien te encuentras mientras vas caminando.
- El maestro Armando. Bajo ese pseudónimo está un alma que por donde pasa hace el bien. Sabe que las cadenas de favores funcionan. Te escucha atento cuando tienes un problema y te intenta dar la calma cuando tú la perdiste. Su timidez le puede...
- Rafa Pardo. Un buen hombre que ejerce de padre con una pasión que le honra. Amigo de sus amigos y especialista en todo lo que tenga un chip íntegro y fiel a la amistad creada en el 2.0 que sabe llegar al 1.0.
- Josep Domingo. La vida me ha premiado al conocerlo (¡vía Facebook!), he descubierto un alcoverense perdido en la memoria. Alguien que está de vuelta de todo. Total: ya hace un año que, según los médicos, las Navidades de 2017 tendrían que haber sido las últimas. ¿Cómo no me va a aportar alguien como él? Sabe qué quiere en la vida y cómo disfrutarla. Feliz de que me incluya entre sus favoritos.

Ya, ahora ya. Ya sabes más de mí. Junto a todos ellos me he dado cuenta de que no sabemos cuándo nos iremos de aquí, que vale la pena vivir cada instante de felicidad, expresar la vida. Ya seas familia de sangre, compañeros de trabajo o amigos desde hace un año.

Demasiado bonito para no vivir con la intensidad y salud que tu vida merece. ¿No crees?



EUGÈNIA MIRANDA SANROMÁ (Alcover, Tarragona, 1974) es médica traumatóloga, especialista en cirugía ortopédica. Trabaja en Tarragona desde hace ya más de veinte años. Madre de una niña, curiosa incansable, nada sedentaria y adicta a Spotify, en las redes sociales se la conoce como Miranda Trauma. Su blog www.mirandatrauma.com, con más de dos millones y medio de visitas, se ha convertido en un referente. En él explica la traumatología «para que se entienda» y suelta alguna que otra «batallita Miranda» —anécdota o reflexión de la vida— para animar a sus lectores.

Notas

[1] Doctora Miranda: cuarta definición de «médico» en la RAE. Nada más. Aunque, en realidad, solo soy doctoranda Miranda, es decir, tengo hechos los cursos para poder presentar la tesis doctoral. Algo que queda pendiente en mi vida académica. <<

[2] Cuando se padece dolor lumbar, debe realizarse una radiografía antes de las dos semanas en los siguientes casos: si se ha padecido algún tipo de cáncer; si se es mayor de cincuenta y cinco años; si existe dolor nocturno que despierta; si ha habido pérdida de peso, pérdida de apetito o se padece anorexia; si ha habido alteración de la fuerza o la sensibilidad, y en caso de caída o traumatismo. <<

[3] Pulso; se trata del latido (movimiento rítmico e intermitente) que se percibe en varias partes del cuerpo cuando la sangre discurre por el interior de los vasos arteriales. Un pulso fuerte significa que la sangre circula de modo óptimo por esa zona del cuerpo. Mientras lees, podrás palpar tu pulso justo en el cuello, por debajo de la mandíbula, ahí donde el conde Drácula mordía a sus víctimas para chuparles toda la sangre. O tú crees que Vlad mordía de modo aleatorio a sus víctimas; iba a la zona donde era más fácil tener «barra libre». La arteria carótida que «riega» nuestro cerebro. Pues en los pies ocurre lo mismo; en el dorso del pie debemos tener un pulso fuerte y raudo. <<

[4] La Miranda. Mi idioma materno es el catalán. El artículo el o la en catalán es muy habitual. Los que hablamos español en Catalunya tenemos una tendencia a situar un artículo antes del nombre. Mis dos hermanas y yo somos ampliamente conocidas en mi pueblo (Alcover) como las Miranda. Luego yo soy «la Miranda» menos glamurosa de las tres. Lo reitero y lo certifico. <<

[5] Números inventados por mí que deben ser muy probables, porque siempre pregunto y todos o casi todos me sueltan que no. <<

[6] Propiocepción: sensibilidad que recibe el cerebro procedente de sus sensores en articulaciones. Es decir, a mayor propiocepción, mayor equilibrio. Algo que se pierde con cada vendaje inmovilizador, con cada yeso y con cada caída. <<

[7] La pastillita azul en forma de rombo, para los que no la habéis identificado, se llama Viagra. Se utiliza para tener una erección adecuada y poder mantener relaciones sexuales. No deben tomarla enfermos con problemas coronarios, ya que puede provocar infartos de corazón. Es *voxpopuli* que existe un cierto «contrabando» en las excursiones del Imsero. <<

[8] Básicos en redes. Pediatría: www.luciamipediatra.com, www.tueligesloquecomes.com,
www.pediatragabiruiiz.com, www.gloriacolli-pediatra.com, www.neuropediatra.org.
Traumatología: www.mirandatrauma.com, www.drlopez-martinez.com,
www.traumatologiainfantil.com. Nutrición: www.juliobasulto.com, www.sonianutricion.com,
www.nutriestilesport.com, www.sinazucar.org. Medicina general: www.medicointernista.com,
www.tuvidasindolor.es, www.doctorablancausoz.com. <<

[9] *Vademecum*. Libro gordo donde los haya que había en todos los despachos médicos. En él aparecían todos los fármacos y sus posibles efectos secundarios. Ya no se utiliza físicamente, lo puedes encontrar en internet. <<