

VIVIR SIN UN MECANISMO DE EQUILIBRIO
por John Crawford (1964)

Original:

<https://dl.dropboxusercontent.com/u/36850105/Bibliografia/LivingWithoutABalancingMechanism.pdf>

Una mañana, hace ya unos 4 años, cogí la pasta de dientes, el cepillo de dientes, la maquinilla de afeitarse, y el jabón de afeitarse y lo puse en el bolsillo del pijama, con mis muletas y, con la toalla colgada de mi hombro, me dirigí a través de la sala del hospital al lavabo. Preparándome para el afeitado, escurrí el paño en agua hirviendo, extendí sobre mis manos, y luego la mantuve en la cara. Así con los ojos vendados, de repente perdí el equilibrio y caí de golpe en el suelo. Ileso, pero sorprendido, mire a mi alrededor para ver si alguien me había empujado. No había nadie en la habitación. En un esfuerzo por recrear este accidente inesperado, me sujeté con las dos manos en el borde de la piletta y traté de cerrar los ojos. Al instante se produjo una sensación de mareo y náuseas. Después de eso no hubo más preguntas en mi mente ya que diagnosticué daño del nervio vestibular. El Tratamiento con estreptomina lo había iniciado casi 21 meses antes porque pensaba que la artritis aguda en la rodilla derecha podría ser tuberculosa. En ese tiempo había relativamente poca información sobre las indicaciones y dosis y toxicidad de, esta nueva droga había llegado a los funcionarios médicos del ejército durante la ocupación europea. Pocos de nosotros habían tenido oportunidad de usarlo. Los informes que estábamos recibiendo, sin embargo, sugerían que la estreptomina era tan dramáticamente eficaz en tuberculosis como penicilina en la neumonía neumocócica. Cuando me enfermé, probé la penicilina fue pero resultó ineficaz. Se decidió entonces utilizar estreptomina. La dosis inicial prescrita fue de 6 g. diarios por vía intramuscular con 250 mg. localmente en la articulación de la rodilla. La mejora parecía evidente, y en una o dos semanas la dosis se redujo a 4 g. de dolorosas instilaciones diarias fueron ya descontinuadas. Justo antes de mi regreso a los Estados Unidos, 6 semanas después de enfermarme, la dosis se redujo a 3 g. un día. Era el día 76avo de tratamiento continuo con estreptomina así que los primeros síntomas de afectación del octavo nervio se hicieron evidentes.

Volví a mi cama desanimado y asustado. En las rondas informé del episodio en el lavabo al médico a cargo pero no se comprometió como siempre. Los síntomas de los primeros días aumentaron rápidamente. Cada movimiento en la cama al levantarme me daba vértigo y náuseas, incluso manteniendo mis ojos abiertos. Si cerraba los ojos, se intensificaban los síntomas. Al principio me pareció que si descansaba sobre mi espalda y me estabilizaba agarrando los barrotes de la cabecera de la cama, yo podía estar razonablemente cómodo. Más tarde, incluso en esta posición, el latido del pulso en mi cabeza se convirtió en un movimiento notable y perturbaba mi equilibrio. La mayoría de nosotros lo hemos experimentado con el cine en casa. Esta experiencia puede ser utilizada para ilustrar las sensaciones del paciente con daños en el sistema vestibular. Imagínese los resultados de una secuencia tomada apuntando la cámara recta adelante, sosteniéndola contra el pecho y caminando a un ritmo normal por una calle de la ciudad. Cuando una secuencia es tomada de este modo y es vista en la pantalla, la calle parece moverse locamente en todas las direcciones, los rostros de las personas acercarse se confunden e irreconocibles, y el espectador puede incluso experimentar una sensación de mareos o náuseas mientras lo ve. Nuestro aparato vestibular normalmente actúa como el trípode y toma sin problemas las

imágenes en movimiento. Sin esta estabilización, la imagen en movimiento se sacude y es borrosa. Del mismo modo, cuando el sistema vestibular se elimina de la como en el cinematógrafo, la proyección sobre la corteza visual se vuelve inestable. Desde el comienzo de mi enfermedad, yo había decidido tratar de ser un paciente y no el híbrido paciente-médico, combinación que a menudo hace que el cuidado de un médico a otro sea difícil. Por lo tanto, en las rondas por la mañana, había informado de mis síntomas al médico de turno y me restringía a mí mismo de pedirle que parara la estreptomina. Como yacía en la cama el resto del día, intentaba racionalizar las visitas periódicas de la enfermera armada con jeringa y aguja. Quizás en ese momento los cultivos del líquido articular ya habrían crecido bacilos tuberculosos. Tal vez la pérdida de función vestibular era preferible a las consecuencias de la artritis tuberculosa. De vez en cuando ponía mi reloj de pulsera en mi oído, para ver si todavía podía oír su tic-tac y asegurarme de que la función coclear seguía intacta. Las Inyecciones de estreptomina fueron finalmente interrumpidas después de 2 largos días. En este punto mi valor empezó a volver, y comenzó el lento proceso de aprender a vivir con una desventaja. El período posterior fue muy intenso para mí. En él vi demostrado como efectivamente la pérdida de uno de los sistemas sensoriales del cuerpo puede ser compensada por otros sistemas. Mis primeros esfuerzos se dirigieron a la superación de la dificultad que tuve durante la lectura. Arrastrando mi cabeza entre dos de las barras de metal en la cabecera de la cama me pareció que podía minimizar el efecto de que las letras en la página saltasen y se desenfocasen. Mediante el uso de un dedo o un lápiz en la página poco a poco aprendí a mantener mi lugar. Una vez ya tuve la oportunidad de leer de nuevo, el tiempo comenzó a pasar más y más rápidamente. Yo pronto me persuadí a mí mismo, sin embargo, que tengo que debía tratar de caminar. Ya había descubierto mientras yacía en la cama que volver la cabeza de lado a lado me producía la sensación de que la habitación estaba girando a mi alrededor, en lugar de que yo me estaba moviendo alrededor de la habitación. Esto resultó ser menos preocupante, sin embargo, si miraba a un objeto distante y a uno más cercano. También ya había aprendido que había menos vértigo asociado a moverse o girar en la cama si mantenía los ojos cerrados. Esta maniobra tenía su inconveniente, sin embargo, en que con mis ojos cerrados tenía una sensación de vértigo y que la cama ya no era horizontal, pero podía ir de lado a lado. La primera vez que intenté caminar, me pareció que cerrar los ojos ayudaba y si me mantenía a mí mismo con las dos manos en la cama. Así orientado por el sentido táctil, busqué a tientas mi camino alrededor de la cama diciéndome a mí mismo, a pesar de las sensaciones en sentido contrario, que tanto el suelo como la superficie de la cama estaban quietas y en un plano horizontal. Más tarde aprendí a abrir los ojos, fijarlos en un objeto distante para agregar a la orientación visual la táctil, y se movía alrededor de la cama. Mi progreso se aceleró enormemente cuando, por fin, se me permitió prescindir de la escayola engorrosa que había inmovilizado mi pierna derecha desde el suelo a la cadera.

Diez días de fisioterapia restauraron la fuerza en mi pierna de modo que ya no me derrumbaba cuando apoyaba mi peso en ella. Comencé a dar excursiones alrededor de la sala y luego a lo largo de los interminables pasillos que conectaban las diferentes divisiones del hospital militar. En estos corredores tuve la extraña sensación de que yo estaba dentro de un tubo flexible, fijado en el extremo más cercano mí, pero balanceándose libres en el otro extremo. En varios lugares de los corredores mientras iba arriba o hacia abajo había pendientes suaves. En estas rampas tuve que aprender a apreciar que iba cuesta abajo por la sensación de tensión en los extensores de mis piernas; o que yo estaba subiendo también por la tensión en los músculos flexores, Por supuesto, si había una

ventana cercana, podía corroborar la señales propioceptivas por comparación del suelo con el horizonte exterior.

Había ciertas cosas que aprendí a no hacer. Una de ellas fue no tratar de buscar en un periódico o una carta en la mano mientras caminaba. En aquellos primeros días mi orientación propioceptiva no estaba suficientemente bien desarrollada para permitir incluso momentáneamente la retirada de mi orientación visual. Cuando se me permitió salir a la calle, rápidamente encontró que era imprescindible frenar el impulso de mirar hacia arriba cuando un avión pasaba por encima hasta que podía llegar a una barandilla o árbol contra el que apoyarme. Descubrí, cuando empecé a caminar en lugares abiertos y sin una pared cercana rápidamente disponible para ayudarme, que se trataba de un error reducir la velocidad o parar. Era como si yo montase una bicicleta, cuanto más rápido caminaba más fácilmente me podría mantener estable en posición vertical. De hecho, pronto me di cuenta de que inconscientemente había empezado a caminar el mismo tipo de curso como el dirigido por la brújula giroscópica de un barco, virando primero ligeramente a la izquierda, a continuación, el exceso de compensación y virar por igual a la derecha. Al caminar, había demasiado movimiento en mi imagen visual de los alrededores como para permitirme el reconocimiento de los detalles finos. Aprendí que debía parar y estar quieto para poder leer las letras en un cartel. Estas primeras excursiones me enseñaron un hábito que era ajeno a mí y a mi zona de Nueva Inglaterra, la de alguien que ya no saluda al pasar. Era incapaz de distinguir las caras familiares de las desconocidas al caminar, la solución obvia era fingir reconocer a todo el mundo.

Aprender a estar de noche o en la oscuridad ha sido la parte más difícil de convalecencia. Incluso después de una considerable práctica de caminar en la luz del día, me sigue pareciendo que estoy casi indefenso en la oscuridad; tan impotente, de hecho, que a veces por la noche he tenido que recurrir, para llegar a mi destino, de las manos y las rodillas. Es rara la ocasión, sin embargo, en que nos encontremos totalmente sin luz. Por lo tanto, por ejemplo, cuando salgo de la casa de un amigo en la noche, una breve pausa en fuera de la puerta por lo general me permite acomodarme y yo puedo ver lo suficientemente bien como para mantener la orientación hasta la puerta de automóvil. Mis dificultades en la navegación en tales circunstancias continúan siendo notables incluso ahora; pero ordinariamente ¡se pueden pasar por ellas para tener una noche agradable!

La vida que llevo en la actualidad está poco, en todo caso, afectada por mi discapacidad. Estoy casi enteramente dedicado a la medicina de investigación y docencia; por lo tanto, si mi andar es inestable en la noche, yo no estoy sujeto a las críticas que podría tener un médico que hace visitas a domicilio. Con un poco de precaución adicional, puedo transferir con éxito objetos de vidrio de una bandeja a otra en el laboratorio. Una vez me dijeron que había que olvidar algunas de las actividades en las que solía disfrutar los fines de semana y vacaciones. Sin embargo, ahora disfruto del tenis de dobles tanto como antes disfrutaba del juego rápido de individuales. En el agua me ahorré la sensación de mareo. En ese momento yo estaba intimidado sobre la natación porque un neurólogo prominente, me dijo que muchos pacientes con sífilis del sistema nervioso y con disfunción vestibular central se había ahogado porque perdían la orientación en el agua, y nadaban hacia abajo cuando en realidad pensaban que subían a tomar aire. La tentación fue demasiado grande, sin embargo. Algunos experimentos prudentes me aseguraron que podía encontrar la superficie si estoy calmado. Hasta ahora no he sido lo suficientemente tonto como para intentar nadar en la noche.

Cuando recuerdo cómo estaba completamente en shock por el impacto inicial de la pérdida de función vestibular, me sorprende que me sea tan poco problemático en la actualidad, a pesar de las pruebas no muestran ningún signo de recuperación de ese sistema sensorial particular.

¿Hay alguna máquina diseñada por el hombre como el cuerpo humano, con tantos sistemas alternativos para cumplir su fin?