

ORIGINAL

Características clínicas y sociodemográficas de sujetos con lesión medular espinal de un hospital público de la provincia de Mendoza, Argentina. Estudio descriptivo

[Clinical and sociodemographic characteristics of subjects with spinal cord injury of a public hospital in the province of Mendoza, Argentina. A descriptive study]

Yamila Heredia^{1*}, Brenda Caleri¹, Melisa Toledo¹, Daiana Gómez¹, Carolina Rearte¹

Recibido: 21 junio 2022. Aceptado: 1 octubre 2022.

Resumen

Objetivo: Describir las características clínicas y sociodemográficas de sujetos con diagnóstico de lesión medular espinal (LME) que asistieron a un servicio de rehabilitación en un hospital público de la provincia de Mendoza.

Materiales y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en 33 sujetos, mayores de 18 años, con diagnóstico de lesión medular que asistieron al Hospital José Néstor Lencinas de Mendoza, Argentina, entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2020. Se recolectaron variables sociodemográficas, variables relacionadas a la lesión y variables de resultado.

Resultados: El 74,4% de la muestra fue de sexo masculino. La media de edad fue de 37 ± 15 años. El 51,6% de los sujetos presentó nivel A, según la escala de la Asociación Estadounidense de Lesión Medular (ASIA). La etiología de lesión más frecuente fue la traumática. El nivel topográfico de lesión más frecuente fue el dorsal bajo, seguido del lumbar. El 45,2% de los sujetos utilizó silla de ruedas al alta. El 80% de los sujetos presentaba ocupación previa a la lesión, que se redujo al alta en un 46%.

Conclusión: La LME fue más frecuente en hombres de aproximadamente 37 ± 15 años. La lesión torácica baja causada por accidentes automovilísticos y heridas de arma de fuego fue la más prevalente.

Palabras clave: rehabilitación neurológica, cuadriplejía, paraplejía, epidemiología, demografía.

* Correspondencia: lic.herediyamila@gmail.com

¹ Hospital José Néstor Lencinas. Mendoza. Argentina.

Fuentes de financiamiento: Las autoras declaran no tener ninguna afiliación financiera ni participación en ninguna organización comercial que tenga un interés financiero directo en cualquier asunto incluido en este manuscrito.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Abstract

Objective: To describe the clinical and sociodemographic characteristics of subjects with spinal cord injury (SCI) who attended rehabilitation in a public hospital in the province of Mendoza.

Materials and method: An observational, descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted on 33 subjects, aged over 18 years, diagnosed with spinal cord injury who attended in José Néstor Lencinas Hospital of Mendoza, Argentina, between January 1, 2017 and December 31, 2020. Sociodemographic, injury, and outcome variables were collected.

Results: Of the total sample, 74.4% were male. The median age was 37 ± 15 years. According to the American Spinal Injury Association (ASIA) scale, 51.6% of the subjects had A level. The most frequent injury etiology was traumatic. The most frequent topographic level of injury was the lower thoracic spine, followed by the lumbar spine. At discharge, 45.2% of the subjects used a wheelchair. Eighty percent of the subjects had an occupation before the injury, and the percentage decreased to 46% at discharge.

Conclusion: SCI was more frequent in men aged 37 ± 15 years. Lower thoracic spine injuries caused by automobile accidents and firearm wounds were the most prevalent.

Keywords: neurological rehabilitation, quadriplegia, paraplegia, epidemiology, demography.

Introducción

La lesión medular espinal (LME) se define como todo proceso patológico, de cualquier etiología, que afecta a la médula espinal y puede originar alteraciones de la función motora, sensitiva y autónoma.¹

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud, junto con la Sociedad Internacional de la Médula Espinal (ISCOS, por sus siglas en inglés) y el instituto *Swiss Paraplegic Research*, informó que entre 250.000 a 500.000 personas por año sufren lesión medular en el mundo. La incidencia mundial de la LME, traumática como no traumática, probablemente se sitúe entre 40 y 80 casos por 1.000.000 de habitantes, aunque no hay estimaciones de prevalencia e incidencia mundiales, ya que los datos son insuficientes.³ Pero se sabe que, con la expansión de las actividades humanas, la incidencia de la LME ha aumentado gradualmente.⁴

Las causas más comunes son los accidentes de automóvil y de moto, seguidas de las caídas. Las lesiones relacionadas con el trabajo son también comunes, así como las lesiones deportivas y las actividades acuáticas. En algunos países, la incidencia de lesión medular por herida de bala, apuñalamientos o guerra es alta. Estas lesiones también pueden deberse a enfermedades, infecciones y defectos congénitos.^{2,13}

Estudios previos describen que el sexo predominante es el masculino, con una relación 4:1, la edad media oscila entre los 30-40 años y la causa traumática es la más reportada.⁵

Los accidentes automovilísticos y las caídas son las causas más comunes de lesiones y representan porcen-

Lectura rápida

¿Qué se sabe?

La lesión de la médula espinal con etiología traumática en personas jóvenes presenta un aumento exponencial de casos en los últimos años y produce un gran impacto psicofísico-social. La reinserción laboral es difícil, pero la rehabilitación se puede orientar a mejorar la independencia de estos sujetos.

¿Qué aporta este trabajo?

El perfil epidemiológico de nuestra población muestra que la falta de empleo posterior al evento puede ser un dato determinante para que se considere una mayor inclusión de dichos sujetos en los ámbitos de trabajo. El abordaje de estos sujetos para su reinserción laboral es indispensable para favorecer su independencia.

tajes similares.^{4,13} En España, se han reportado estudios donde las lesiones a nivel dorsal fueron las de mayor predominancia.⁶ En una revisión mundial, al clasificar los tipos de discapacidades causadas por la LME, la tetraplejía fue más común que la paraplejía, tanto en países desarrollados como en países no desarrollados, excepto Turquía y Canadá. Las lesiones motoras completas fueron más comunes en personas con LME traumática, mientras que hubo mayor cantidad de lesiones motoras incompletas en sujetos con lesiones no traumáticas.⁴ En un estudio realizado en Argentina, se encontró que la LME de causa traumática afectó principalmente a hombres jóvenes, producto de accidentes de tránsito. La edad, el tiempo de tratamiento y la lesión de tipo completa fueron características independientes relacionadas con la lesión medular traumática.⁷

El enfoque de la especialidad en fisioterapia o medicina física y rehabilitación se centra en cumplir objetivos funcionales planteados en base a las secuelas que presenta el sujeto en ese momento, para mejorar su calidad de vida e independencia funcional y lograr la reinserción socio-laboral. Este último es uno de nuestros objetivos fundamentales. Sin embargo, la inclusión a nivel mundial continúa siendo un largo y constante debate. En México, reportaron que luego de la lesión aumentaron los porcentajes de desempleo y aquellos empleos dedicados al hogar; por otro lado, encontraron que disminuyó el porcentaje de estudiantes y los empleos dedicados al comercio. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina llevó a cabo un estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad en el año 2018. Si bien no especifica por patología, el estudio evidencia que las personas con dificultad motora son las que se encuentran mayormente inactivas o desocupadas y destaca que existe mayor desempleo en el sexo femenino.^{16,17,19}

En la Argentina, aunque escasa, existe bibliografía que describe el perfil epidemiológico de los sujetos con LME; sin embargo, no se ha estudiado en la provincia de Mendoza. Contar con un perfil epidemiológico es el primer paso para identificar problemas, planificar programas de atención y prevención y así disminuir gastos en salud pública y mejorar la calidad de vida en esta población. Debido a que no contamos con esta información en nuestro ámbito de atención, el objetivo de este estudio es describir las características clínicas y sociodemográficas de sujetos con diagnóstico de LME que asistieron a un servicio de rehabilitación en un hospital público de la provincia de Mendoza.

Materiales y método

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en sujetos mayores de 18 años de edad con diagnóstico de LME que asistieron al Hospital José Néstor Lencinas, de la provincia de Mendoza, Argentina, entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2020. Se siguieron las recomendaciones de la guía *STROBE* (siglas en inglés de “Fortalecimiento del reporte de estudios observacionales en epidemiología”).²⁰

Se incluyeron a todos los sujetos con diagnóstico de LME, traumática y no traumática, que ingresaron con modalidad ambulatoria. Se excluyeron a los sujetos menores de 18 años de edad, que no completaron el protocolo de ingreso institucional o que presentaban un registro incompleto de la historia clínica.

Los datos de las variables para analizar fueron extraídos de las historias clínicas de la institución, tanto en papel como digitalizadas, y exportados a una base de datos en Excel diseñada exclusivamente para el objetivo de este estudio.

Variables

Con respecto al perfil sociodemográfico, se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, lugar de residencia, ocupación y nivel educativo. En cuanto al perfil clínico, se recolectaron las siguientes variables relacionadas a la lesión medular: etiología, topografía y clasificación según la complejidad de la lesión, según los estándares internacionales establecidos por la Asociación Estadounidense de Lesión Medular (*ASIA*). Asimismo, se administraron las variables de resultado luego de la lesión. Se incluyeron la ocupación luego de la lesión, el tiempo de tratamiento y el equipamiento al alta.^{7,14} Se eligió clasificar la etiología de las lesiones medulares en traumáticas y no traumáticas, al considerarse de mayor utilidad para este estudio. Dentro de las primeras, se describen los accidentes automovilísticos, las caídas de altura o propia altura, inmersión por zambullida, accidentes deportivos y causas violentas, como las heridas por arma de fuego o arma blanca. En cuanto a las no traumáticas, se refieren las de origen congénito, causas tumorales, de estenosis espinal, isquemia vascular u otras.^{1,2,7,18}

La clasificación según la complejidad de lesión fue evaluada según los estándares internacionales establecidos por la ASIA. Se utiliza para clasificar el compromiso medular en las lesiones: lesión completa (ASIA A) o incompleta (ASIA B, C, D o E).^{2,21} Respecto a la topografía, es decir, altura de la lesión, se decidió la siguiente clasificación: cervical alta (C1- C4), cervical baja (C5- C8), dorsal alta (T1- T7), dorsal baja (T8- T12), lumbar (L1-L5) y sacrococcígeo (S1-S5).^{1,2,18}

En relación con el equipamiento al alta, se observó el uso y/o la indicación de tecnología asistida para la bipedestación y/o el desplazamiento del paciente: bastones, bastones canadienses, andador y sillas de ruedas. También se registró el uso y/o la indicación de equipamiento ortésico, como plantillas, sling, ortesis cortas (AFO), ortesis largas (KAFO) y ortesis largas articuladas.¹

Consideraciones éticas

Debido al carácter retrospectivo del estudio, el consentimiento informado no fue requerido. Los datos filiatorios de los sujetos fueron resguardados mediante la codificación en una base de datos con acceso exclusivo a los investigadores.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se reportaron como número de presentación (frecuencia absoluta) y porcentaje (frecuencia relativa). Las variables continuas se reportaron como media y desviación estándar (DE), si asumieron una distribución normal. De lo contrario, se utilizó la media y el rango intercuartílico (RIQ). Para evaluar la distribución muestral, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Se consideró como nivel de significancia un valor de $p \leq 0,05$. Para el análisis de los datos, se utilizó el software IBM SPSS, versión 22.

Resultados

En el período estudiado, ingresaron un total de 36 sujetos con diagnóstico de LME, de los cuales 5 fueron excluidos por tener una edad menor a 18 años o por presentar un registro incompleto en sus historias clínicas (Figura 1). En promedio, el tiempo de tratamiento de la muestra en nuestra institución fue de $233 \pm 138,5$ días. De los 31 sujetos incluidos en el análisis, 9 (29%) eran oriundos del departamento de Las Heras y 8 (25%) del departamento de Guaymallén, con una media de edad de 37 ± 15 años. Por otro lado, del total de los sujetos, 24 (74,4%) fueron de sexo masculino. El nivel de ASIA A estuvo presente en 16 (51,6%) sujetos. El resto de las características clínicas y sociodemográficas de la muestra se describe en la Tabla 1.

De los 31 sujetos, el 58,06% presentó una lesión de origen traumática (Figura 2). Respecto a la ocupación, 4 (12,9%) sujetos se encontraban desocupados al ingre-

so y 13 (46,4%) reportaron no presentar ocupación laboral al alta (Tabla 2).

En la Tabla 3, se presenta el equipamiento adquirido al alta. Se destaca que 14 (45,2%) sujetos utilizaban silla de ruedas y 19 (67,9%) fueron dados de alta sin equipamiento ortésico.

Discusión

En este estudio, se describió el perfil epidemiológico de los sujetos con LME que asistieron a rehabilitación en el Hospital José Néstor Lencinas. Con relación al lugar de residencia, el 29% era oriundo del departamento de Las Heras, seguido por el 25% del departamento de Guaymallén. La media de edad de nuestra muestra fue de 37 ± 15 años, con predominio del sexo masculino en un 74% del total de los sujetos. Esto coincide con un estudio realizado en Argentina⁷, en el que se reportó que el 81% de un total de 85 sujetos era del sexo masculino. Se encontraron hallazgos similares en un estudio realizado en Cuba, en el que se reportó que el 84% del total de la muestra era del sexo masculino¹⁰, y en otro realizado en San Pablo, Brasil, en el que el 83% pertenecía al grupo mencionado.¹¹ En un estudio realizado en España, se describe que la diferencia en la incidencia

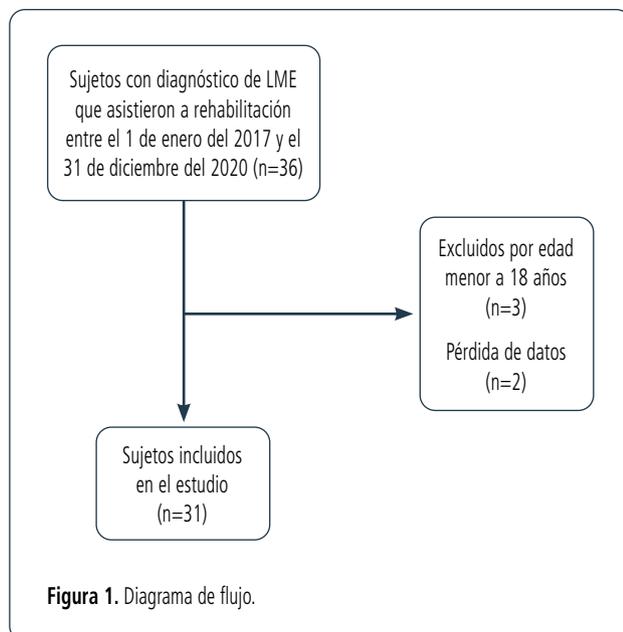
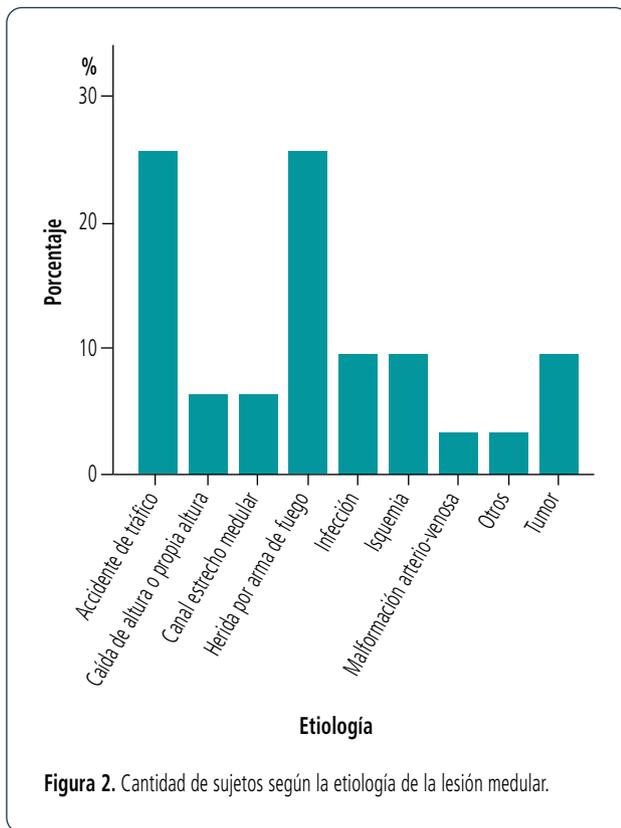


Figura 1. Diagrama de flujo.

Tabla 1. Características de los sujetos

VARIABLES	Todos (n=31)
Sexo masculino , n (%)	24 (74,4)
Edad , media (DE), años	37 (23 - 47) \pm 15
Nivel de instrucción , n (%)	
Primaria incompleta	5 (16,1)
Primaria completa	18 (58,1)
Secundaria completa	7 (22,6)
Terciario completo	1 (3,2)
Topografía , n (%)	
Cervical alta (C1-C4)	1 (3,2)
Cervical baja (C5-C8)	3 (9,7)
Dorsal alta (D1-D7)	5 (16,1)
Dorsal baja (D8-D12)	15 (48,4)
Lumbar (L1-5)	7 (22,6)
ASIA , n (%)	
A	16 (51,6)
B	4 (12,9)
C	6 (19,4)
D	3 (9,7)
E	2 (6,5)

RIQ: rango intercuartílico; ASIA: Asociación Estadounidense de Lesión Medular, clasificación según la complejidad de lesión: completas (A) o incompletas (B, C, D o E)



entre sexos se puede atribuir, en primer lugar, a que las mujeres todavía no participan de igual manera en las actividades de alto riesgo y, en segundo lugar, a que cuando participan, son más seguras y precavidas que los hombres.⁶ Creemos que esta diferencia puede deberse a que los hombres están más expuestos a tomar riesgos y ocupaciones que son más desafiantes o puede deberse a que no toman las precauciones correspondientes a la hora de realizar actividades peligrosas.

En relación con las variables relacionadas a la lesión, la etiología traumática presenta un aumento exponencial de casos en los últimos años, en comparación con otras causales de esta patología.⁹ En nuestro trabajo, la etiología traumática predominó en un 58,06%, y los accidentes de tránsito y las heridas por arma de fuego fueron los de mayor frecuencia. Los accidentes de tránsito pueden deberse a la falta de conciencia a la hora de conducir diferentes vehículos o por falta de infraestructura vial. Un hallazgo de nuestro trabajo fue la baja frecuencia de caídas de propia altura, a diferencia de lo mencionado por Kang, et al. y Montoto-Marqués et al., que describen que las caídas de propia altura tienden a ser una de las principales causas de la LME por sobre los accidentes de tránsito en su población y que podría relacionarse al creciente envejecimiento de ella.^{4,12} A su

Tabla 2. Resultados ocupación antes y luego de la lesión

Variables	Ingreso (n=31)	Alta (n=28)
Ocupación, n (%)		
Sin ocupación	4 (12,9)	13 (46,4)
Estudiante	2 (6,5)	2 (7,1)
Empleado	25 (80,6)	13 (46,4)

Tabla 3. Resultados equipamiento al alta. (n=28)

Variables	Total
Tecnología asistida, n (%)	
Sin asistencia	5 (17,9)
Un bastón	2 (6,5)
Dos bastones canadienses	1 (3,2)
Andador	6 (19,4)
Silla de ruedas	14 (45,2)
Ortesis, n (%)	
Sin ortesis	19 (67,9)
Plantillas	1 (3,6)
Sling/Slime	1 (3,6)
Ortesis largas (KAFO)	6 (21,4)
Ortesis largas articuladas	1 (3,6)

vez, Rubio de Souza et al. observaron una tendencia al aumento de casos ocasionados por heridas de bala, que representan un porcentaje del 7% en el año 2004 y de 14% en el año 2012.¹¹ Por otro lado, las heridas por arma de fuego, creemos, pueden ser consecuencia de la inseguridad presente en ciertas zonas de la vía pública.

En nuestro estudio, las lesiones completas (ASIA A) fueron las de mayor frecuencia. Dentro de las lesiones incompletas, predominaron las lesiones tipo ASIA C. Respecto al nivel topográfico, se observaron que prevalecían las lesiones dorsales bajas (de D8 a D12), seguidas de las lumbares, en comparación con otros estudios en los que se observó mayor frecuencia en los niveles cervicales y dorsales.^{9,10}

En relación con las variables de resultado, en un estudio realizado por Redolfi et al., todos los sujetos recibieron al menos algún tipo de equipamiento a su egreso, y una mayor cantidad de sujetos con LME traumática fueron dados de alta únicamente con equipamiento de silla de ruedas.⁷ Esto coincide con nuestro estudio, en el que se registró un porcentaje mayor de sujetos que utilizaron silla de ruedas al egreso, que fue del 45%. Como hallazgo dentro de esta variable, encontramos la escasa indicación de otro elemento ortopédico, tal como las KAFO. Si bien no todos los sujetos pueden lograr una

bipedestación higiénica, su indicación es de gran utilidad para las personas con LME (inferior a nivel de T8), ya que tiene un impacto positivo en la función renal, en la función gastrointestinal y en la densidad ósea; mejora el estado psicológico; disminuye espasticidad; mejora rango articular; disminuye episodios de hipotensión ortostática y libera zonas de presión y así evita las úlceras por presión, entre otras razones.^{1,2} La escasa adherencia a este beneficioso hábito será algo para trabajar y podría ser un tópico para futuras investigaciones.

Con respecto a la ocupación, en un estudio de las Islas Canarias, se observó que luego de que las personas sufrieran la lesión, de un total de 109 individuos, el 66,5% se encontraba inactivo y solo el 21,3% permanecía activo, dentro de estos se incluyeron estudiantes y amas de casa, que representaron el 12,2%. Si se comparan estos valores con respecto a la situación laboral previa a la lesión, se observa que, de los previamente inactivos, tan solo el 8,3% pasó a ser laboralmente activo y cambió su estado previo, mientras que por el contrario, todos los que eran activos antes del accidente pasaron a una situación de inactivos.¹⁵ En otro estudio de Australia, en el año 2018, Bloom et al. realizaron una revisión sistemática, en la cual incluyeron 102 artículos y obtuvieron una tasa media de empleo del 36% en los estudios revisados.¹⁷ En nuestra investigación, el 80% de los sujetos presentaba una ocupación previa a la lesión, que se redujo considerablemente al 46% una vez dados de alta. Los sujetos pertenecientes al porcentaje anteriormente mencionado continuaron trabajando en carácter independiente en su misma tarea o con cambio de funciones o debieron modificar su empleo. A pesar de las políticas de mayor inclusión para la reinserción social de personas con discapacidad que se contempla en el art 8 de la Ley 22.431, el cual expresa que los entes públicos estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al 4% de la totalidad de su personal. Esto puede deberse a que las personas con esta discapacidad adquirida desconocen esta ley o existe falta de difusión de las políticas de estado.

En promedio, el tiempo de tratamiento de nuestra muestra fue de $233 \pm 138,5$ días. En otros estudios, Montoto-Marqués et al. y Halvorsen et al. reportaron tiempos de internación en los que los sujetos recibieron tratamiento diario entre 120 y 131 días. En un estudio realizado en Mar del Plata, Argentina, publicado en el

año 2020, se reportó que la media del tiempo de su muestra fue de 4,5 meses.^{7,12} Nuestra institución cuenta con una modalidad de atención ambulatoria, por lo que se realiza la rehabilitación integral en la etapa subaguda y, a veces, crónica, lo que conlleva a que la cantidad de días en tratamiento sea mayor que en otros estudios.

Como limitaciones de nuestro estudio, reconocemos el pequeño tamaño muestral, que dificulta la generalización de los datos a la población general. Destacamos que, en nuestra provincia, no se ha estudiado el tópico descrito en esta investigación, por lo que es el primer estudio que brinda información sobre las características clínicas y sociodemográficas de los sujetos con LME.

Esta investigación dio a conocer la debilidad en la obtención de información y motivó a diseñar planillas para la recolección de datos de calidad y para un mejor abordaje. Por ello, se creó una ficha de evaluación de LME, que incluía una evaluación analítica de los movimientos, presencia de lesiones por presión, espasmos, entre otros aspectos, y una evaluación funcional en la que se tenían en cuenta habilidades en silla de ruedas, transferencias, pruebas de marcha y equilibrio, entre otros. Comprender y reconocer las características epidemiológicas de la LME es indispensable para asignar recursos terapéuticos y brindar óptimos servicios de salud a esta población. Consideramos que este trabajo podría ser tomado como punto de partida para futuras investigaciones.

Conclusión

En esta muestra analizada de sujetos con LME, la mayoría fueron hombres con una edad media de 37 ± 15 años. Prevalcieron las lesiones dorsales bajas, la etiología principal fue el trauma debido a accidentes automovilísticos y heridas de arma de fuego. Las lesiones completas (ASIA A) fueron las de mayor frecuencia y, dentro de las incompletas, predominaron las lesiones tipo ASIA C. El tiempo de tratamiento de nuestra muestra fue de $233 \pm 138,5$ días. El 80% de los sujetos presentaba una ocupación previa a la lesión, que se redujo considerablemente al 46% una vez dados de alta. Finalmente, en relación con el equipamiento al alta de tratamiento, el porcentaje de personas que utilizaron silla de ruedas fue mayor y alcanzó un 45%.

Referencias

1. Serrano González C, Sáenz Ramírez LC. Lesión medular: concepto y epidemiología. En: Martín del Rosario FM, Ruiz Fernández MA, García Bravo AM, Martín Álamo MN,

- Enríquez JS, editores. Manual de rehabilitación y medicina física. España; 2016. p. 943-953.
2. Middleton J, Marino R, Kennedy P. Principios básicos. En: Harvey LA. Guía para fisioterapeutas. España: Elservier; 2010. p. 3-35.
 3. Bickenbach J, Officer A, Shakespeare T, von Groote P. [Internet] (2013). International perspectives on spinal cord injury: summary. World Health Organization [Citado 2022 jun 2]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94192>
 4. Kang Y, Ding H, Zhou H, Wei Z, Liu L, Pan D, Feng S. Epidemiology of worldwide spinal cord injury: a literature review. *J Neurorestoratol*. 2018;6(1): 1–9.
 5. Von Holst H. Spinal cord injury worldwide. *Neuroepidemiology*. 2010;34(3):192.
 6. Torres Alaminos MA. Aspectos epidemiológicos de la lesión medular en el Hospital Nacional de Paraplégicos. *Rev. Enfermería*. 2018;12(2):122.
 7. Redolfi MB, Moviglia JL, Gonzalez Carey R. Perfil clínico y demográfico de sujetos con lesión medular admitidos en rehabilitación. *AJRPT*. 2020;2(1):6-13.
 8. Paolinelli C, González P, Doniez M, Donoso T, Salinas V. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación: Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. *Rev. méd. Chile*. 2001;129(1):23-31.
 9. Morais DF, Spotti AR, Cohen MI, Mussi SE, De Melo Neto JS, Tognola WA. Epidemiological profile of patients suffering from cord spinal injury treated in tertiary hospital. *Coluna/Columna*. 2013;12(2):149–52.
 10. Robles D, Gonzalez J, Oliva Y, Moreno L, Jacas D. Epidemiología de la lesión medular traumática. *Rev Cuba de Med Fís y Rehab*. 2012;4(2):85–94.
 11. Rubio de Souza D, Chieng Yuan C, del Valhe Abi Rached R. Lesiones de médula espinal en un centro de referencia en São Paulo-Brasil. *Rev Col Med Fis Rehab*. 2012;22(1):44-8.
 12. Montoto-Marqués A, Ferreiro-Velasco ME, Salvador-de la Barrera S, Balboa-Barreiro V, Rodriguez-Sotillo A, Meijide-Failde R. Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Galicia, Spain: trends over a 20-year period. *Spinal Cord*. 2017 Jun;55(6):588-594.
 13. Johansson E, Luoto TM, Vainionpää A, Kauppila AM, Kallinen M, Väärälä E, Koskinen E. Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Finland. *Spinal Cord*. 2021 Jul;59(7):761-768.
 14. Roels EH, Aertgeerts B, Ramaekers D, Peers K. Hospital- and community-based interventions enhancing (re)employment for people with spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*. 2016;54(1):2-7.
 15. García A, Bárbara E, Garcés M, Méndez JL, Sánchez J, Miranda G, et al. Empleo tras una lesión medular y factores predictores. Valoración de la provincia de Las Palmas. *Patología del Aparato Locomotor*. 2004;2(4): 243-251.
 16. Sánchez RPN, Hernández WJ, Peralta VJ, et al. Evaluación de la actividad y participación del paciente con lesión medular a través de un cuestionario basado en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2010;22(4):113-117.
 17. Bloom J, Dorsett P, McLennan V. Investigating employment following spinal cord injury: outcomes, methods, and population demographics. *Disabil Rehabil*. 2019 Oct;41(20):2359-2368.
 18. Cosar SNS, Yemisici OU, Oztop P, Cetin N, Sarifakioglu B, Yalbuздag SA, et al. Demographic characteristics after traumatic and non-traumatic spinal cord injury: A retrospective comparison study. *Spinal Cord*. 2010;48(12):862–6.
 19. Instituto Nacional de estadísticas y censos. Estudio sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC, 2018. ISBN 978-950-896-532-5
 20. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(2):144-150
 21. Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves D, Jha A, et al. Reference for the 2011 revision of the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. *J Spinal Cord Med*. 2011;34(6):547–54.



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy by AJRPT is licensed under a **Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional License**. Creado a partir de la obra en www.ajrpt.com. Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en www.ajrpt.com

Citar este artículo como: Heredia Y, Caleri B, Toledo M, Gómez D, Rearte C. **Características clínicas y sociodemográficas de sujetos con lesión medular espinal de un hospital público de la provincia de Mendoza, Argentina. Estudio descriptivo.** *AJRPT*. 2022;4(3):16-22.