

Incidencia: Aunque no se han conducido estudios sobre la ocurrencia de trauma a la médula espinal en los últimos 30 años, se estima que la incidencia anual de daño a la médula espinal, es aproximadamente 40 casos por millón en la población de los EE.UU. o aproximadamente 11,000 casos nuevos. No incluidos son aquellos que mueren durante el accidente.

Frecuencia: El número de personas en E.E.U.U. con lesiones de médula espinal, quienes estaban vivas en Julio del 2005, es alrededor de 250,000 con un margen de entre 225,000 a 288,000 personas. Nota: Estadísticas de incidencia y frecuencia son estimadas y fueron obtenidas de varios estudios. Estas estadísticas no son derivadas de la Base de Bancos del Centro de Estadísticas Nacionales de Lesiones de Médula Espinal.

EL Centro de Estadísticas Nacionales de Lesiones de Médulas ha existido desde 1973 y capta datos de aproximadamente 13% de casos en E.E.U.U. Desde su comienzo, 25 centros consolidados por el gobierno federal para formar el Systema de Centros Modelo para el Cuidado de Lesiones de Médula Espinal han contribuido al banco con información regional. A partir de Junio 2005, el banco de datos contenía información sobre 23,683 personas quienes tuvieron una lesión traumática de la médula espinal. Todas las estadísticas restantes en esta hoja son derivadas del mismo banco de datos o por estudios conducidos en colaboración con el Sistema de Centros Modelo. Vea la edición especial de los *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* publicados en Noviembre 1999 y Noviembre 2004 para información detallada sobre los temas notados en esta hoja.

Edad de riesgo: La mayoría de casos de trauma a la médula espinal ocurre en jóvenes adultos. De 1973 al 1979, el promedio de edad del daño fue 28.7 años, y la mayoría de estas heridas ocurrieron entre las edades de 16 a 30. Sin embargo, mientras la edad media de la población ha aumentado por aproximadamente 8 años desde mediados de los 1970, el promedio de edad de lesión también ha aumentado. Desde el 2000, el promedio de edad de trauma ha aumentado a los 37.6 años. Además, el porcentaje de personas mayor de 60 años lesionados ha aumentado de 4.7% antes del 1980 a 10.9% desde el 2000. Este aumento en edad reportada en lesionados podría ser atribuido por cambios en la manera de reportaje al Centro de Estadísticas la localización geográfica de los sistemas modelos, el porcentaje de sobre vivencia de las personas mayores lesionadas o la edad específica del índice de incidencia.

Genero: Desde el año 2000, 79.6% de los casos de lesión de la médula espinal reportados al Centro de Estadísticas ocurridos en hombres. En la historia del banco de datos, se ha observado una ligera disminución del porcentaje de hombres lesionados. Antes de 1980, 81.8% de los casos nuevos de lesiones de la columna vertebral ocurrían en hombres.

Grupos étnicos: Una significativa tendencia en el transcurso de tiempo se ha observado en la distribución de personas de raza en el banco de datos. Entre las personas lesionadas entre los años 1973 y 1979, 76.8% eran blancos, 14.2% eran negros, 6% eran Hispánicos, y 3% eran de otros grupos étnicos/raciales. Sin embargo, entre aquellos heridos desde el 2000, 62.9% son blancos, 22% son negros, 12.6% son Hispánicos, y 2.5% de otras razas/grupos étnicos. No se sabe si cambiando la localidad del

sistema de modelo, configurar el sistema de modelo o incidentes de raza/específica son responsable por estas observaciones.

Etología: Desde el 2000, los accidentes automovilísticos explican 47.5% de casos reportados. Las caídas explican

la segunda causa más común, seguida por actos de violencia (principalmente heridas de fuegos), y actividades deportivas. La proporción de lesiones causadas por accidentes deportivos ha disminuido con el tiempo mientras las lesiones de caídas han aumentado. Antes del 1980, actos de violencia causaban un 13.3% de los casos de daños a la médula espinal, y alcanzaron el máximo entre 1990 y 1999 con 24.8% antes de decender.

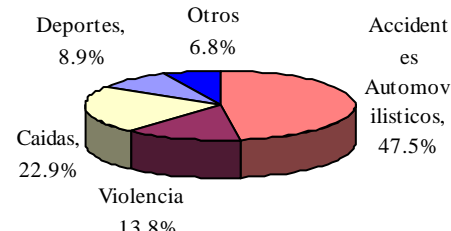
Nivel neurológico y magnitud de la lesión: Personas con tetraplegia han sostenido daño a una de los ocho segmentos cervicales de la médula espinal; aquellos con paraplejia tienen lesiones en las regiones torácica, lumbar, o sacro de la médula espinal. Desde el 2000, la categoría más frecuente al dar de alta de las personas reportadas al banco de datos es tetraplejia incompleta (34.5%), seguido por paraplejia completa (23.1%), tetraplejia completa (18.4%), y paraplejia incompleta (17.5%). Menos de 1% de personas experimentaron recuperación neurológica completa al tiempo de salir del hospital. Sobre tiempo el porcentaje de personas con tetraplejia incompleta ha disminuido poco mientras ambos paraplejia completa y tetraplejia completa han disminuido un poco.

Estado ocupacional: Más de la mitad (64.1%) de aquellas personas con lesiones a la médula espinal admitidos a un centro modelo reportaron estar empleados durante el accidente. El cuadro después del accidente luce mejor dentro de personas con paraplejia que dentro de personas con tetraplejia. Al décimo año después del accidente, 32.8% de personas con paraplejia están empleados mientras 24.7% de aquellos con tetraplejia son empleados durante el mismo año.

Estado matrimonial: Considerando la edad de las personas con lesiones a la médula espinal, no es sorprendente que la mayoría (51.8%) son solteros cuando se lastiman. Entre los que están casados cuando se lesionaron, así como los que se casaron después de lesionarse, la probabilidad de que su matrimonio permanezca intacto es un poco menos cuando se compara con la población que no ha sido afectada. La probabilidad de casarse después de lesionado es también reducida.

Tiempo de estancia: En conjunto, el promedio de días de hospitalización en la unidad de cuidados agudos para aquellos que entran al Sistema Modelo inmediatamente después del accidente ha disminuido de 25 días en 1974 a 19 días en 2003. Tendencias similares de descenso son notadas por días en la unidad de rehabilitación (de 115 a 45 días). En conjunto, los días medios de hospitalización fueron más para personas con lesiones

Causas de lesiones desde el año 2000



neurológicas completas.

Costos por vida: El promedio anual del cuidado de salud y gastos estimados de vivienda atribuidos directamente al daño pueden variar de acuerdo a la severidad de la lesión.

Estas cifras no incluyen costos indirectos como las pérdidas de ganancias en sueldos, beneficios suplementarios y productividad los cuales son de un promedio de \$57,613 por año, pero puede variar bastante basada en educación, severidad de la lesión e historia de trabajo antes del accidente.

Esperanza de vida: es el promedio de los años restantes en la vida de un individuo. Esperanza de vida para aquellas personas con lesiones a la médula espinal continúa a aumentar, pero está algo mas bajo que la esperanza de vida de aquellos que no tienen lesión a la médula espinal. El porcentaje de mortalidad es bastante mas alto el primer año después del insulto y durante los años seguidos, particularmente en personas con heridas severas.

Severidad de la Lesión	Promedio de Gastos Anuales (in Abril 2005)		Costos estimados por vida Edad al lesionarse (descuento 2%)	
	Primer Año	Cada Año Siguiente	25 años de edad	50 años de edad
Alta Tetraplejia (C1-C4)	\$710,275	\$127,227	\$2,801,642	\$1,649,342
Baja Tetraplejia (C5-C8)	\$458,666	\$52,114	\$1,584,132	\$1,003,192
Paraplejia	\$259,531	\$26,410	\$936,088	\$638,472
Incompleta Función Motórica/Cualquier nivel	\$209,324	\$14,670	\$624,441	\$452,545

Causa de muerte:

En años pasados, la causa de muerte principal entre las personas con lesiones a la médula

Esperanza de vida (años) para pos lesión por severidad de la lesión/a la edad de la lesión												
		Para personas quienes sobreviven las primeras 24 horas					Para personas que sobreviven por lo menos 1 año después de la lesión					
Edad al lesionarse	No SCI	Motor Funcional a Cualquier Nivel	Para	Bajo Tetra (C5-C8)	Alta Tetra (C1-C4)	Dependiente de Ventilador en cualquier Nivel	Motor Funcional en cualquier Nivel	Para	Bajo Tetra (C5-C8)	Alta Tetra (C1-C4)	Dependiente de ventilador en cualquier Nivel	
20	58.2	52.6	45.3	40.2	35.9	16.4	53.2	45.9	41.4	37.8	23.1	
40	39.3	34.1	27.7	23.5	20.0	6.9	34.7	28.3	24.4	21.5	10.9	
60	22.0	17.7	12.8	10.0	7.8	1.4	18.1	13.2	10.6	8.7	3.0	

espinal era paro renal. Sin embargo, avances médicos en el area de urología han resultado en cambios dramáticos en las causas principales de muerte. Personas inscritas en los Bancos del Centro de Estadísticas Nacionales de Lesiones de Médula Espinal desde su comienzo en 1973 han sido seguidas por 30 años pos-lesión. Durante este tiempo, las causas de muerte mas observadas son pulmonía, embolia pulmonar y septicemia.

Información adicional puede ser obtenida en el *Spinal Cord Injury Information Network* on the World Wide Web (www.spinalcord.uab.edu).

El Modelo del Sistema de Lesiones de Medula Espinal fue establecido al principio de los años 1970.

En el presente hay 16 sistemas patrocinados por la oficina de National Institute of Disability Rehabilitation and Research , U.S. Department of Education:

University of Alabama at Birmingham Birmingham, AL (205) 934-3330	Regional SCI Care System of Southern California Downey, CA (562) 401-7048	Northern California SCI System San Jose, CA (408) 793-6440
Rocky Mountain Regional SCI System Englewood, CO (303) 789-8220	South Florida SCI System Miami, FL (305) 585-1339	Georgia Regional SCI System Atlanta, GA (404) 352-2020
New England Regional SCI Center Boston, MA (617) 638-7895	University of Michigan Model SCI System Ann Arbor, MI (734) 763-0971	Missouri Model SCI System Columbia, MO (573) 882-6271
Northern New Jersey SCI System West Orange, NJ (973) 243-6805	Mt. Sinai SCI Model System New York, NY (212) 659-9369	U. of Pittsburgh Model SCI System Pittsburgh, PA (412) 648-6982
Regional SCI System of Delaware Valley Philadelphia, PA (215) 955-6579	Texas Regional SCI System Houston, TX (713) 799-5023	Virginia Commonwealth SCI System Richmond, VA (804) 828-0861
Northwest Regional SCI System Seattle, WA (206) 543-8171		

This is a publication of the National Spinal Cord Injury Statistical Center, Birmingham, Alabama, which is funded by the National Institute on Disability and Rehabilitation Research, Office of Special Education and Rehabilitative Services, U.S. Department of Education, Washington, DC. The opinions contained in this publication are those of the grantee and do not necessarily reflect those of the U.S. Department of Education. ©2004, Board of Trustees, University of Alabama

The National SCI Statistical Center, 1717 6th Avenue South, Room 515, Birmingham, AL 35233-7330;
Voice: (205) 934-3320; TDD: (205) 934-4642; FAX: (205) 934-2709; E-mail: NSCISC@uab.edu;