

**EL ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE
INGRESOS HOSPITALARIOS POR
SÍNCOPE Y COLAPSO EN ESPAÑA
EN EL PERIODO 1998-2015**

Facultad de Medicina Universidad Miguel Hernández

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA
DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS 2017-2019**

Alumna: Silvia Barceló Martínez

Tutora académica: Dra. D^a. Concepción Carratalá Munuera
D. Jose Antonio Rico Quesada (Co-tutor)

Presentación: 12 de septiembre de 2019

Contenido

ABSTRACT	2
RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	4
3. MATERIAL Y MÉTODOS	4
3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	4
3.2. POBLACIÓN A ESTUDIO.....	5
3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	5
4. RESULTADOS	6
5. DISCUSIÓN.....	7
6. CONCLUSIÓN	9
7. BIBLIOGRAFÍA	10
8. ANEXOS	12



Análisis de tendencias de Ingresos hospitalarios por síncope y colapso en España en el periodo 1998-2015

ABSTRACT

Aims: Analyze the temporal trends to detect changes in hospital admissions trends of subjects diagnosed with syncope and collapse admission in Spain during the period 1998-2015. As a secondary objective, it is to evaluate the changes in the days of hospital stay in the study period

Methods and results: Study with observational design, descriptive of temporal trends. The analyzed income comes from the CMBD (Minimum Basic Data Set, for its acronym in Spanish) registry with a diagnosis of syncope admission with the ICD9 coding: 780.2 during the years 1998-2015. A total of 212,946 hospital admissions due to syncope and collapse in Spain between the years 1998-2015 have been analyzed, of which 56.9% were men, 95.3% had a home discharge and 1.0% were exitus. 7.4% had a re-admission to the same hospital before 30 days. The average hospital stay was 6.4 days (SD 5.5). Admissions for syncope and collapse in Spain in patients have increased significantly from 1998 to 2015.

Conclusion: There has been a change in trends during the period 1998-2015, with a progressive increase until 2008 with a subsequent significant decrease in both sexes and in all age groups, in terms of income from syncope in Spain. The days of stay have decreased globally in all groups from 1998 to 2015, from 7-8 to 4-5.

RESUMEN

Objetivos: analizar las tendencias temporales para detectar cambios de tendencias de ingresos hospitalarios de sujetos con diagnóstico al ingreso de síncope y colapso en España en el periodo 1998-2015. Como objetivo secundario, es evaluar cambios en los días de estancia hospitalaria en el periodo a estudio.

Métodos y resultados: Estudio con diseño observacional, descriptivo de tendencias temporales. Los ingresos analizados proceden del registro CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) con diagnóstico de ingreso por síncope con la codificación CIE9: 780.2 durante los años 1998-2015. Se ha analizado un total de 212.946 ingresos hospitalarios por síncope y colapso en España entre los años 1998-2015, de los cuales el 56,9% fueron hombres. El 95,3% tuvieron un alta a domicilio, y un 1,0% fueron éxitus. El 7,4% tuvieron un reingreso en el mismo hospital antes de 30 días. La estancia media hospitalaria fue

de 6,4 días (DE 5,5). Los ingresos hospitalarios por síncope y colapso en España en hombres han aumentado significativamente desde 1998 a 2015.

Conclusión: En cuanto a los ingresos por síncope en España, ha habido un cambio de tendencias durante el periodo 1998-2015, con un aumento progresivo hasta el año 2008 con un posterior descenso significativo en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Los días de estancia han disminuido globalmente en todos los grupos desde el año 1998 a 2015, pasando de ser 7-8 a ser de 4-5.

1. INTRODUCCIÓN

El síncope se define como una pérdida transitoria del conocimiento debida a una hipoperfusión cerebral y caracterizada por un inicio rápido, una duración corta y una recuperación espontánea completa, según la Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope¹.

Estos episodios son muy comunes en la población general². Esta guía indica que aproximadamente la mitad de la población general sufrirá un episodio sincopal a lo largo de la vida¹. Mientras que en otro estudio, se cree que entre un 15% y un 35% de la población han tenido al menos un episodio sincopal a lo largo de su vida³.

Los episodios de pérdida de conciencia suponen alrededor del 1% de todas las visitas a urgencias hospitalarias y entre el 1-3% de los ingresos en el hospital⁴.

La incidencia acumulada de síncope a 10 años fue del 11% tanto de los varones como de las mujeres de 70-79 años y del 17 y el 19%, respectivamente, los varones y las mujeres de 80 o más años según el estudio de Framingham⁵.

En cuanto a la edad, en numerosos estudios realizados en diferentes países tanto en Estados Unidos como en Europa, se observa que es bimodal: presenta un pico en torno a los 15 años con predominio en las mujeres y otro en pacientes de más de 60 años, especialmente mayores de 80 años^{1,5,6,7}.

El síncope refleja se considera la causa más común en cualquier contexto y a todas las edades^{1,7}. Mientras que el síncope de origen cardíaco es considerado la segunda causa más frecuente¹. Sin embargo, los datos publicados sobre la epidemiología sobre el síncope son variables en los diferentes estudios, porque la población estudiada es diferente y por la forma en que se recogió la información^{1,3}.

En Estados Unidos, se realizó un estudio para describir las características y patrones de ingreso en pacientes con síncope en el servicio de urgencias entre los años 1992-2000. En este periodo de tiempo 6.7 millones de visitas a Urgencias se debió a un episodio de síncope, de los cuales ingresó un 32%. Los pacientes que ingresaban con más frecuencia eran pacientes varones, blancos y ancianos, especialmente los mayores de 80 años que con una tasa del 58%, asociando causa cardiovascular⁸.

Otro estudio realizado en Canadá⁹ examinó la prevalencia, carga de comorbilidad y los resultados de los pacientes que acuden a Urgencias con un diagnóstico primario de síncope durante un período de 10 años (2004-2014). De los 98730 ingresos por esta causa, se mostró que fue mayor en los hombres proporción de probabilidades 1.37 y en pacientes con mayor comorbilidad ($p < 0.001$).

En Europa se muestran unos resultados similares. Por ejemplo, en Irlanda¹⁰ se realizó un estudio que coincide en que la incidencia es difícil de estimar por la variación en la definición, diferencias en la prevalencia poblacional y subinformación en la población general. Se consideró que la causa más común en todos los grupos era la vasovagal y que las causas cardiovasculares se vuelven más comunes con el aumento de la edad. También coincide en que tiene un pico de edad bimodal. Se expone que el 1-3% de los ingresos hospitalarios totales y que los episodios se asociaron a comorbilidad cardiovascular y medicación cardiovascular. Se indica que la prevalencia e incidencia en adultos mayores se puede confundir con la superposición de caídas. Otro ejemplo, es el estudio realizado en Dinamarca¹¹, en el cual se identificaron 127 508 paciente que había presentado un síncope por primera vez. Se mostraron 3 picos de edad (20, 60 y 80 años). Se mostró que entre el 28-48% se relaciona con enfermedad y la farmacoterapia cardiovascular.

En varios estudios realizados en diferentes países del mundo, se considera que con edades más avanzadas aumentan las causas cardiovasculares^{8,10-12}. Como se ha indicado, la incidencia de síncope aumenta considerablemente con la edad por lo que se atribuye a múltiples causas especialmente a la suma de comorbilidades y al uso concomitante de medicamentos¹².

El síncope es un problema importante puesto que registra gran número de visitas a servicios de urgencias y de ingresos hospitalarios¹³.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La hipótesis de nuestro estudio es que ha habido cambios de tendencias de los ingresos hospitalarios urgentes por síncope y colapso en España en el periodo de estudio.

El objetivo de este estudio es analizar las tendencias temporales para detectar cambios de tendencias de ingresos hospitalarios de sujetos con diagnóstico al ingreso de síncope y colapso en España en el periodo 1998-2015. Como objetivo secundario, es evaluar cambios en los días de estancia hospitalaria en el periodo a estudio.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es un estudio con diseño observacional, descriptivo de tendencias temporales. El periodo de estudio es desde el 1998 hasta el 2015. Los ingresos analizados proceden del registro CMDB (Conjunto Mínimo Básico de Datos) con

diagnóstico de ingreso por síncope con la codificación CIE9: 780.2 (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión).

3.2. POBLACIÓN A ESTUDIO

Las poblaciones proceden de las estadísticas del padrón continuo del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Los criterios de inclusión engloban a sujetos con edades de 15 años o más, con tipo de ingreso 'urgente' en España por síncope y colapso en el periodo 1998-2015.

Los criterios de exclusión fueron no disponer de datos en alguna de las variables o valores desconocidos. Solo se han tenido en cuenta estancia hospitalaria por debajo de los 100 días, para eliminar valores extremos.

Las variables medidas en nuestro estudio incluyeron el sexo (hombre/mujer), la edad (años), tipo de alta (domicilio/traslado/alta voluntaria/éxito/desconocido), año de ingreso (1998 a 2015), causa de ingreso (CIE9: 780.2), reingreso (nuevo episodio/reingreso antes de 30 días) y estancia hospitalaria (días) (*Tabla 1*).

3.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo para las variables calculando frecuencias para las cualitativas y mínimo, máximo, media y desviación estándar (DE) para las cuantitativas.

Se han calculado tasas ajustadas por edad (TAE) mediante el método directo, con población estándar europea del 2013, para ingresos hospitalarios, junto con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), para mayores de 15 años, y por los grupos de edad 15-44, 45-64, 65-84 y más de 84 años. También se ha separado por sexo, para cada año de la serie 1998-2015. Se ha utilizado para el cálculo de las tasas el programa SPSS v. 25.

Para analizar las tendencias temporales de los ingresos hospitalarios en el periodo a estudio y detectar cambios de tendencia significativos (joinpoint) se ha ajustado modelos de regresión de joinpoint para el total y para cada grupo de edad y sexo. Estos modelos estiman el porcentaje de cambio medio anual (APC) de las TAE junto con su IC95% para cada segmento detectado. Un APC negativo indica una tendencia decreciente, y un APC positivo indica una tendencia creciente de las TAE. También se muestra el porcentaje de cambio medio de todo el periodo (AAPC). Se ajustaron los modelos suponiendo errores no correlacionados, y los modelos se seleccionaron mediante el test de permutaciones, con un número mínimo de 0 joinpoints y un máximo de 3. Se utilizó el programa Jointpoint Regression Program v.4.6.0. del Instituto Nacional del Cancer de EEUU¹⁴. Se muestran las gráficas de TAE para cada grupo de edad y sexo, junto con los segmentos y joinpoints estimados.

Por último, se ha analizado la variación temporal en periodo de ingreso mediante el cálculo de los días medios de ingresos junto con su IC95% para cada grupo de edad y sexo y realizando la gráfica correspondiente.

4. RESULTADOS

Se ha analizado un total de 212.946 ingresos hospitalarios por síncope y colapso en España entre los años 1998-2015, de los cuales el 56,9% fueron hombres. El 95,3% tuvieron un alta a domicilio y un 1,0% fueron éxitos. El 7,4% tuvieron un reingreso en el mismo hospital antes de 30 días. La estancia media hospitalaria fue de 6,4 días (DE 5,5) (*Tabla 1*).

Las tasas ajustadas por edad de hombres y mujeres muestran un aumento de ingresos progresivo entre 1998 a 2015 en todos los grupos de edad (*Tabla 2 y 3*). Se observa que en el grupo de >84 años hay más ingresos en las tasas ajustadas por edad tanto en hombres como en mujeres.

Los ingresos hospitalarios por síncope y colapso en España en hombres han aumentado significativamente desde 1998 a 2015 en global (AAPC +1,9) produciéndose un cambio de tendencias en 2000 a partir del cual se ralentiza el aumento y en 2008 a partir del cual se produce un descenso significativo (*Figura 1*). Por grupos de edad se produce un aumento según el AAPC solo en los grupos de edad de 65-84 años y en más de 84 años (*Tabla 4*).

En el grupo de edad 15-44 años (*Figura 2*), se observa un aumento progresivo, con un aceleramiento en 2006 y en 2009 se produce un descenso progresivo. En el grupo de 45-64 años (*Figura 3*), se observan dos aumentos en 2000 y en 2009, con un posterior descenso hasta 2015 igualándose el número de ingresos prácticamente con respecto a 1998. En el grupo de 65-84 años (*Figura 4*), se observa un resultado similar al producido en todos los grupos de edad: desde el inicio del estudio se observa un aumento progresivo, con una ralentización en 2001 y en 2008 se produce un descenso significativo, pero hay aumento desde el inicio del estudio, AAPC +2,0. En el grupo >84 años (*Figura 5*), se produce un aumento progresivo, con un leve descenso a partir de 2008, pero existe un aumento total desde el inicio del estudio AAPC +3,2.

Los ingresos hospitalarios por síncope y colapso en España en mujeres han aumentado significativamente desde 1998 a 2015 en global (AAPC +1,5) produciéndose un cambio de tendencias en 2008 a partir del cual se produce un descenso significativo (*Figura 6*). Por grupos de edad se produce un aumento según el AAPC solo en los grupos de edad de 65-84 años y en más de 84 años (*Tabla 4*).

En el grupo de mujeres de 15-44 años (*Figura 7*) no se observan cambios significativos. En el grupo 45-64 años (*Figura 8*), se produce un aumento progresivo hasta 2002, que se produce un descenso progresivo, siendo inferior el número de ingresos al final del estudio, con respecto a las cifras iniciales. En el grupo de mujeres 65-84 años (*Figura 9*), se observan unas tendencias similares a las del grupo de hombres en el mismo rango de edad: se observa un aumento de ingresos en los años 1998-2015 AAPC 2,2, progresivo hasta 2001, con una ralentización hasta 2008, donde se produce un descenso progresivo. En el grupo de edad >84 años (*Figura 10*), se produce un aumento progresivo 1998-2015 AAPC 4,1, con un descenso a partir de 2007, similar a la magnitud que se producía en el grupo de hombres en el mismo rango de edad.

Los días de estancia medios son similares entre hombres y mujeres, disminuyendo en global y en todos los grupos de edad, pasando de entre 7 y 8 días en 1998 a 5-6 días en 2015 (*Tabla 5*). Los pacientes entre 15-44 años presentan menor media de estancia que los otros grupos, mostrando también un descenso durante el periodo de estudio (*Figura 11*).

5. DISCUSIÓN

El análisis de tendencias nacional basado en pacientes hospitalizados con síncope, muestra que los ingresos hospitalarios por síncope y colapso en España tanto en hombres como en mujeres aumentaron de manera significativa desde 1998 a 2015 en todos los grupos de edad (>15 años).

En el grupo de edad 65-84 años en ambos sexos se produce un cambio de tendencias similar al de todos los grupos de edad. Esto se vería explicado porque engloban el mayor número de ingresos con respecto al resto de grupos. También se observa un descenso evidente a partir de 2008. En el grupo de edad >84 años, en ambos sexos también se observa un aumento progresivo de ingresos 1998-2015, con un cambio de tendencia en 2008 para hombres y en 2007 para las mujeres.

A partir de las guías sobre el manejo del síncope de European Society of Cardiology (ESC) de 2001, actualizada en 2004, comenzaron a aparecer publicaciones para instaurar el manejo del síncope. Entre ellas, se planteaba crear unidades de síncope¹⁵, con las que se ha observado un incremento en la tasa de diagnósticos y una reducción de los ingresos hospitalarios^{16,17}.

En la guía ESC de 2009 se recomienda el establecimiento de Unidades de síncope, virtual o física dentro del hospital con acceso a especialistas en síncope y equipos especializados¹⁸, ya que se ha demostrado que esta unidad mejoró significativamente el diagnóstico desde Urgencias y redujo los ingresos en el hospital, la duración total de la estancia hospitalaria sin afectar al síncope recurrente y a la mortalidad por todas las causas en pacientes de riesgo intermedio¹⁷.

En la nueva guía del síncope de 2018, muestra que su objetivo principal es reducir la tasa de ingresos hospitalarios sin comprometer la seguridad del paciente¹⁹. Indica que no todos los pacientes con alto riesgo requieren hospitalización y destacan el papel de estas unidades como alternativas seguras y efectivas. Por tanto, pueden ser estudiados en observación de urgencias o derivarlos a unidades de síncope en vez de ingresarlos. En relación con nuestro estudio, el descenso que se ha producido desde 2007-2008, se podría favorecer por la incorporación de estas unidades, al reducir el número de ingresos. Sin embargo, esta evidencia es débil todavía¹⁹ y el único modelo de Estados Unidos que ha sido avalado por un estudio aleatorizado es el del estudio SEEDs de la clínica Mayo¹⁷.

En un estudio realizado en Castilla y León en 2001-2015²⁰, también se observa una tendencia al aumento en las tasas de hospitalización en pacientes con enfermedades

cardiovasculares agudas (incluyen infarto agudo de miocardio, angina inestable, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular agudo), con un periodo de descenso transitorio estadísticamente no significativo entre 2007 y 2011, similar al que se observa en nuestro estudio. También expone que en estos resultados se explica por el gran peso de ingresos por insuficiencia cardíaca, ya que presenta un aumento importante hasta 2007 y más moderado hasta 2016, unido a los casos de accidente cerebrovascular agudo que muestra tendencia ascendente hasta 2007, con un cambio de tendencia muy claro hasta 2015. Mientras que los datos relacionados con cardiopatía isquémica muestran un descenso desde 2003, que se relaciona con la introducción de biomarcadores como las troponinas y el tratamiento específico de esta patología.

En otro estudio, se ha evidenciado que la tendencia temporal en mortalidad ajustada por la edad en ECV se encuentra en descenso en los últimos 40 años²¹. Sin embargo, las tasas de morbilidad hospitalaria por ECV prácticamente se han triplicado en España durante este período, aunque se mostró un descenso en 2003-2012. Más de la mitad de la reducción de la mortalidad cardiovascular, ha sido debido a los cambios de factores de riesgo cardiovascular fundamentalmente gracias a la reducción de colesterolemia, tensión arterial y el tabaquismo. Sin embargo, se ha compensado con otros factores, como son la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2²¹.

Por tanto, el aumento de los ingresos se podría atribuir al descenso de la mortalidad por enfermedad cardiovascular y el aumento, por tanto, de morbilidad por causa cardiovascular que se ha producido en las últimas décadas. Como se ha indicado ha habido un aumento en la morbilidad entre 2003-2012, que también podría relacionarse con el cambio de tendencias de nuestro estudio. No obstante, esta información debería ser contrastada en estudios futuros.

En Estados Unidos se muestra que de las 6.7 millones de asistencias a Urgencias por síncope hay un 32% que precisan ingreso, aumenta en pacientes mayores de 80 años con una tasa de 58%, en relación con el aumento de morbilidad cardiovascular⁸. Mientras que en Canadá la tasa de hospitalización por síncope fue de 0.54 hospitalizaciones por 1000 habitantes, con una tendencia a la baja significativa del 14.4%⁹. Esta tendencia a disminuir, el estudio lo explica porque puede haber mayor proporción de pacientes en los que se determina una etiología subyacente para el síncope.

En Europa, el estudio realizado en Dinamarca contempló que de los 127 508 pacientes atendidos por síncope en el período de 1997-2009, el 43% ingresaron¹¹.

Se observa que en los grupos de edad de 65-84 años y en el de más de 84 años el número de ingresos ajustado a la edad aumentan con respecto la edad, como habíamos observado también en otros estudios^{8,10-12}, este aumento se puede deber al aumento de comorbilidad cardiovascular y a que estos pacientes, a su vez, suelen llevar medicación cardiovascular.

También se ha observado que el porcentaje de ingresos es mayor en hombres en los estudios revisados al igual que en nuestro estudio^{8,9}. Excepto el estudio realizado en Dinamarca, donde el porcentaje era mayor en mujeres: 53%¹¹.

En cuanto a los días de estancia medios son similares en ambos sexos y se han reducido de manera global en todos los grupos de edad. Ha disminuido de 7-8 días en 1998 a 5-6 días en 2015. Los pacientes en el grupo de edad de entre 15-44 años, son los que presentan menor media de estancia con respecto a los otros grupos y también ha presentado un descenso durante el periodo de estudio.

En nuestro estudio se mostró una tasa de reingreso en los primeros 30 días del 7.4%, este porcentaje se podría ver explicado porque ya se habrían realizado más pruebas diagnósticas que permitieran orientar mejor el diagnóstico y ya se ingresarán con un diagnóstico más específico. En el estudio realizado en Canadá⁹, las tasas de reingreso a 30 días por cualquier causa son casi diez veces mayor en comparación con el síncope. Sin embargo, esta información se debería contrastar con la de futuros estudios.

Las principales ventajas de nuestro estudio, es que además de ser un estudio de base poblacional, presenta una gran muestra a nivel nacional, con datos procedentes del INE en un periodo que abarca 18 años. Además, las poblaciones son datos nacionales oficiales y son revisados por el instituto de estadística. Otra ventaja de este estudio es su bajo coste de realización.

En cuanto a las limitaciones del estudio podría ser el sesgo de información, en relación con el registro del posible error diagnóstico, para controlarlo hemos utilizado el registro de CMBD, que utiliza la codificación de la CIE 9 y 10 (con diagnóstico de ingreso por síncope con la codificación CIE9: 780.2 (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión)).

6. CONCLUSIÓN

En este estudio de análisis de tendencias a nivel nacional, se ha demostrado que ha habido un cambio de tendencias durante el periodo 1998-2015, con un aumento progresivo hasta el año 2008 con un posterior descenso significativo en ambos sexos y en todos los grupos de edad.

Los días de estancia han disminuido globalmente en todos los grupos desde el año 1998 a 2015, pasando de ser 7-8 a ser de 5-6. El síncope es más frecuente en hombres y en ancianos en nuestro país.

Se necesitan nuevos estudios más concretos con relación a delimitar las causas que han producido estos cambios de tendencias y, así, mejorar su manejo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Brignole M, Moya A, Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento del síncope. Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. *Rev Esp Cardiol*. 2018; 71(10):837.e1-e92
2. Mittal S, Hao SC, Iwai S, Stein KM, Markowitz SM, Slotwiner DJ, Lerman BB. Significance of inducible ventricular fibrillation in patients with coronary artery disease and unexplained syncope. *J Am Coll Cardiol*. 2001;38:371–376.
3. Soteriades ES, Evas JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ, Levy D. Incidence and prognosis of syncope. *N. Engl. J. Med*. 347, 878– 885 (2002).
4. Martín Martínez A, Moya i Mitjans A, Del Arco Galán C, García Civera R, Laguna del Estal P, Martínez Alday J, et al. El síncope en el siglo XXI: análisis multidisciplinario de sus características clinicoepidemiológicas e implicaciones (estudio GESINUR-1) *Rev Esp Cardiol*. 2005;58 Supl 1:117.
5. Casagrande I, Brignole M, Cencetti S, Cervellin G, Costantino G, Furlan R, Mossini G, Numeroso F, Pesenti Campagnoni M, Pinna Pargaglia P, Rafanelli M, Ungar A. Management of transient loss of consciousness of suspected syncopal cause, after the initial evaluation in the Emergency Department. *Emergency Care J*. 2016;12:25–27.
6. Crane SD. Risk stratification of patients with syncope in an accident and emergency department. *Emerg Med J*. 2002;19:23–27.
7. Ganzeboom, KS et al. Lifetime cumulative incidence of syncope in the general population: a study of 549 Dutch subjects aged 35-60 years. *J. Cardiovasc. Electrophysiol*. 17, 1172–1176 (2006). 16. Ungar, A. et al. Diagnosis and characteristics of syncope in older patients referred to geriatric departments. *J. Am. Geriatr. Soc*. 54, 1531–1536 (2006).
8. Sun BC, Emond JA, Camargo CA. «Characteristics and Admission Patterns of Patients Presenting with Syncope to U.S. Emergency Departments, 1992–2000». *Academic Emergency Medicine* 11, n.º 10 (2004): 1029-34. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.05.032>.
9. Sandhu RK, Sheldon RS, Savu A, Kaul P, Nationwide Trends in Syncope Hospitalizations and Outcomes from 2004-2014, *Canadian Journal of Cardiology* (2016), doi: 10.1016/j.cjca.2016.11.005.
10. Kenny RA, Bhangu J, King-Kallimanis BL. «Epidemiology of Syncope/Collapse in Younger and Older Western Patient Populations». *Progress in Cardiovascular Diseases*, Syncope, 55, n.º 4 (1 de enero de 2013): 357-63. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2012.11.006>.
11. Ruwald MH, Hansen ML, Lamberts M, Hansen CM, Hojgaard MV, Kober L, et al. «The Relation between Age, Sex, Comorbidity, and Pharmacotherapy and the Risk of Syncope: A Danish Nationwide Study». *Europace* 14, n.º 10 (1 de octubre de 2012): 1506-14. <https://doi.org/10.1093/europace/eus154>.

12. Bădilă E, Negrea C, Rîpă A, Weiss E, Bartoș D, Tîrziu C. The Etiology of Syncope in an Emergency Hospital : Romanian Journal of Internal Medicine (2016). Volume 54(3): 173–178, doi: <https://doi.org/10.1515/rjim-2016-0023>
13. Daccarett M, Jetter TL, Wasmund SL, Brignole M, Hamdan MH. «Syncope in the Emergency Department: Comparison of Standardized Admission Criteria with Clinical Practice». *EP Europace* 13, n.º 11 (1 de noviembre de 2011): 1632-38. <https://doi.org/10.1093/europace/eur201>.
14. National Cancer Institute, 2013. Joinpoint Regresion Program, Version 4.6.0. Bethesda: Nacional Cancer Institute. Available at <http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/> (accessed 15/01/2019).
15. Moya i Mitjans À, Alonso Martín C. «Manejo de los pacientes con síncope: de las guías a la práctica clínica». *Revista Española de Cardiología* 61, n.º 1 (1 de enero de 2008): 10-13. <https://doi.org/10.1157/13114951>.
16. Moya i Mitjans À, Rivas-Gándara N, Sarrias-Mercè A, Pérez-Rdoón J, Roca-Luque I. «Síncope». *Revista Española de Cardiología* 65, n.º 8 (agosto 2012) 755-765. DOI: 10.1016/j.recesp.2012.03.005
17. Shen Win K, Decker Wyatt W, Smars Peter A, Goyal Deepi G, Walker Ann E, Hodge David O, Trusty Jane M, et al. «Syncope Evaluation in the Emergency Department Study (SEEDS)». *Circulation* 110, n.º 24 (14 de diciembre de 2004): 3636-45. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000149236.92822.07>.
18. Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole MDahm JB, et al. «Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope (Version 2009)The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC)». *European Heart Journal* 30, n.º 21 (1 de noviembre de 2009): 2631-71. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehp298>.
19. Arribas F, Barón-Esquivias G, Coll Vinent B, Rodríguez Entem F, Martínez Alday J, Martínez Brotos A, Rivas Gándara N, Jiménez Candil J. «Comentarios a la guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope». *Revista Española de Cardiología* 71, n.º 10 (1 de octubre de 2018): 787-93. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.06.018>.
20. López-Messa JB, Andrés-de Llano JM, López-Fernández L García-Cruces J, García-Crespo J, Prieto González M. Evolución de las tasas de hospitalización y mortalidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares agudas en Castilla y León, 2001-2015. *Rev Esp Cardiol.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.03.033>
21. Royo-Bordonada MA, Armario P, Lobos Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar Álvarez F, Elosua R, Brotons Cuixart C, et al. «Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica». *Gaceta Sanitaria* 31, n.º 3 (junio de 2017): 255-68. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.007>.

8. ANEXOS

Tabla 1. Características de la muestra estudiada

		n	%
Año	1998	6992	3,3%
	1999	7552	3,5%
	2000	8729	4,1%
	2001	9483	4,5%
	2002	9879	4,6%
	2003	10141	4,8%
	2004	10761	5,1%
	2005	11231	5,3%
	2006	11430	5,4%
	2007	12599	5,9%
	2008	13685	6,4%
	2009	13599	6,4%
	2010	13741	6,5%
	2011	13095	6,1%
	2012	13018	6,1%
2013	13695	6,4%	
2014	13340	6,3%	
2015	13630	6,4%	
Sexo	Varón	121149	56,9%
	Mujer	91797	43,1%
Tipo Alta	Domicilio	202952	95,3%
	Traslado otro hospital	4241	2,0%
	Alta voluntaria	1566	0,7%
	Extius	2070	1,0%
	Traslado otro centro sanitario	696	0,3%
	Desconocido	1421	0,7%
Reingreso	Nuevo episodio	197163	92,6%
	Reingreso antes 30 días	15783	7,4%

	n	Mínimo	Máximo	Media	DE
Estancia hospitalaria (días)	212924	0	100	6,4	5,5

Tabla 2. Ingresos hospitalarios por síncope y colapso en hombres. Número, tasas ajustadas por edad e intervalo de confianza al 95%, para mayores de 15 años y por grupos de edad, 1998-2015.

HOMBRES Año	≥ 15 años			15 a 44 años			45 a 64 años			65 a 84 años			Mas de 84 años		
	N	TAE	IC95%	n	TAE	IC95%	n	TAE	IC95%	n	TAE	IC95%	n	TAE	IC95%
1998	4059	33,4	(32,3 - 34,5)	514	5,8	(5,3 - 6,3)	1034	24,2	(22,8 - 25,7)	2215	92,7	(88,8 - 96,6)	296	146,1	(129,4 - 162,7)
1999	4305	34,4	(33,4 - 35,5)	497	5,4	(4,9 - 5,9)	1093	25,7	(24,2 - 27,2)	2432	97,5	(93,6 - 101,4)	283	140,2	(123,8 - 156,5)
2000	5076	40,2	(39,1 - 41,4)	568	6,1	(5,6 - 6,7)	1234	28,6	(27,0 - 30,2)	2892	113,4	(109,2 - 117,5)	382	184,1	(165,7 - 202,6)
2001	5416	42,1	(41,0 - 43,3)	596	6,4	(5,9 - 6,9)	1237	28,5	(26,9 - 30,1)	3152	119,7	(115,5 - 123,9)	431	203,1	(184,0 - 222,3)
2002	5641	43,1	(42,0 - 44,3)	582	6,1	(5,6 - 6,6)	1284	29,0	(27,4 - 30,6)	3314	123,0	(118,8 - 127,2)	461	212,6	(193,2 - 232,0)
2003	5829	43,8	(42,6 - 44,9)	581	6,0	(5,5 - 6,4)	1281	27,8	(26,3 - 29,3)	3460	125,9	(121,7 - 130,1)	507	230,0	(209,9 - 250,0)
2004	6135	44,7	(43,6 - 45,9)	627	6,3	(5,8 - 6,8)	1289	26,6	(25,1 - 28,0)	3717	132,9	(128,7 - 137,2)	502	221,1	(201,7 - 240,4)
2005	6329	45,4	(44,2 - 46,5)	591	5,9	(5,4 - 6,3)	1320	26,9	(25,4 - 28,3)	3848	134,1	(129,9 - 138,4)	570	238,8	(219,2 - 258,4)
2006	6497	45,5	(44,3 - 46,6)	576	5,7	(5,2 - 6,1)	1322	25,9	(24,5 - 27,3)	3977	136,3	(132,1 - 140,6)	622	240,5	(221,6 - 259,4)
2007	7122	48,5	(47,3 - 49,6)	710	6,9	(6,3 - 7,4)	1461	27,7	(26,3 - 29,1)	4225	142,7	(138,4 - 147,0)	726	260,8	(241,9 - 279,8)
2008	7615	50,9	(49,7 - 52,1)	754	7,3	(6,8 - 7,8)	1528	28,4	(27,0 - 29,8)	4451	147,5	(143,1 - 151,8)	882	294,9	(275,5 - 314,4)
2009	7627	49,7	(48,6 - 50,8)	763	7,5	(6,9 - 8,0)	1562	28,4	(26,9 - 29,8)	4442	145,2	(140,9 - 149,4)	860	268,9	(250,9 - 286,8)
2010	7895	50,5	(49,3 - 51,6)	767	7,6	(7,1 - 8,1)	1630	29,2	(27,8 - 30,6)	4495	143,6	(139,4 - 147,8)	1003	294,0	(275,8 - 312,2)
2011	7447	46,5	(45,4 - 47,6)	713	7,1	(6,6 - 7,6)	1564	27,4	(26,1 - 28,8)	4195	131,9	(127,9 - 135,9)	975	267,5	(250,7 - 284,3)
2012	7472	46,1	(45,0 - 47,2)	667	6,9	(6,3 - 7,4)	1526	26,3	(25,0 - 27,6)	4288	133,3	(129,3 - 137,3)	991	259,5	(243,3 - 275,6)
2013	7724	46,8	(45,8 - 47,9)	634	6,7	(6,2 - 7,2)	1574	26,8	(25,5 - 28,1)	4412	134,7	(130,7 - 138,7)	1104	272,1	(256,1 - 288,2)
2014	7562	45,2	(44,2 - 46,3)	668	7,1	(6,6 - 7,7)	1434	24,0	(22,8 - 25,3)	4269	129,3	(125,4 - 133,2)	1191	277,5	(261,8 - 293,3)
2015	7776	45,8	(44,8 - 46,8)	618	6,7	(6,2 - 7,2)	1530	25,0	(23,8 - 26,3)	4382	131,4	(127,5 - 135,3)	1246	277,5	(262,1 - 292,9)

TAE: tasa ajustada por edad (método directo, población estándar europea 2013). IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 3. Ingresos hospitalarios por síncope y colapso en mujeres. Número, tasas ajustadas por edad e intervalo de confianza al 95%, para mayores de 15 años y por grupos de edad, 1998-2015.

MUJERES Año	≥ 15 años			15 a 44 años			45 a 64 años			65 a 84 años			Mas de 84 años		
	n	TAE	IC95%	n	TAE	IC95%	n	TAE	IC95%	n	TAE	IC95%	n	TAE	IC95%
1998	2933	18,1	(17,5 - 18,8)	391	4,3	(3,8 - 4,7)	601	13,4	(12,3 - 14,5)	1597	48,1	(45,7 - 50,4)	344	75,7	(67,7 - 83,6)
1999	3247	19,6	(18,9 - 20,3)	431	4,7	(4,3 - 5,1)	589	13,1	(12,0 - 14,2)	1852	54,1	(51,6 - 56,5)	375	81,0	(72,8 - 89,2)
2000	3653	21,7	(21,0 - 22,4)	432	4,7	(4,3 - 5,2)	649	14,3	(13,2 - 15,4)	2102	60,0	(57,4 - 62,5)	470	98,3	(89,4 - 107,2)
2001	4067	23,6	(22,9 - 24,3)	525	5,7	(5,2 - 6,2)	664	14,6	(13,4 - 15,7)	2313	64,3	(61,7 - 66,9)	565	114,7	(105,3 - 124,2)
2002	4238	24,2	(23,4 - 24,9)	442	4,8	(4,3 - 5,2)	729	15,7	(14,6 - 16,9)	2484	67,4	(64,7 - 70,1)	583	115,3	(106,0 - 124,7)
2003	4312	24,0	(23,3 - 24,7)	422	4,5	(4,1 - 5,0)	700	14,5	(13,4 - 15,6)	2544	67,4	(64,8 - 70,1)	646	124,9	(115,3 - 134,5)
2004	4626	25,3	(24,5 - 26,0)	397	4,2	(3,8 - 4,6)	737	14,6	(13,6 - 15,7)	2767	72,7	(70,0 - 75,4)	725	136,2	(126,2 - 146,1)
2005	4902	25,9	(25,2 - 26,6)	418	4,3	(3,9 - 4,7)	703	13,7	(12,7 - 14,7)	2949	75,1	(72,3 - 77,8)	832	149,5	(139,3 - 159,6)
2006	4933	25,5	(24,8 - 26,2)	452	4,7	(4,2 - 5,1)	708	13,4	(12,4 - 14,3)	2823	70,9	(68,2 - 73,5)	950	161,7	(151,4 - 171,9)
2007	5477	27,8	(27,0 - 28,5)	483	4,9	(4,5 - 5,4)	801	14,7	(13,7 - 15,7)	3183	79,6	(76,8 - 82,4)	1010	161,7	(151,7 - 171,6)
2008	6070	30,0	(29,2 - 30,8)	605	6,3	(5,8 - 6,8)	828	14,9	(13,8 - 15,9)	3440	84,3	(81,5 - 87,2)	1197	181,8	(171,5 - 192,1)
2009	5972	29,0	(28,2 - 29,7)	524	5,5	(5,0 - 6,0)	868	15,2	(14,2 - 16,2)	3363	81,5	(78,7 - 84,3)	1217	174,8	(165,0 - 184,7)
2010	5846	27,7	(27,0 - 28,4)	514	5,4	(4,9 - 5,9)	836	14,4	(13,4 - 15,4)	3270	77,8	(75,1 - 80,5)	1226	166,9	(157,5 - 176,2)
2011	5648	26,4	(25,7 - 27,1)	482	5,2	(4,7 - 5,6)	787	13,3	(12,4 - 14,3)	3120	74,1	(71,5 - 76,8)	1259	162,4	(153,4 - 171,4)
2012	5546	25,4	(24,7 - 26,1)	417	4,6	(4,1 - 5,0)	763	12,7	(11,8 - 13,6)	3071	71,9	(69,3 - 74,5)	1295	161,4	(152,6 - 170,2)
2013	5971	26,9	(26,2 - 27,6)	465	5,2	(4,7 - 5,7)	798	13,1	(12,2 - 14,1)	3261	75,6	(73,0 - 78,3)	1447	172,0	(163,1 - 180,8)
2014	5778	25,9	(25,2 - 26,6)	468	5,3	(4,9 - 5,8)	828	13,4	(12,5 - 14,3)	3128	72,5	(69,9 - 75,1)	1354	154,3	(146,0 - 162,5)
2015	5854	25,6	(24,9 - 26,3)	459	5,3	(4,8 - 5,8)	790	12,6	(11,7 - 13,4)	3118	71,0	(68,5 - 73,6)	1487	164,0	(155,7 - 172,4)

TAE: tasa ajustada por edad (método directo, población estándar europea 2013). IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 4. Análisis de tendencias. Regresión jointpoint hombres y mujeres

	Age group	Trend segment 1		Trend segment 2		Trend segment 3		Trend segment 4		ALL PERIOD
		Period	APC (CI 95%)	Period	APC (CI 95%)	Period	APC (CI 95%)	Period	APC (CI 95%)	AAPC (CI 95%)
Men	≥ 15 years	1998-2000	11,0 (1,6; 21,4)	2000-2008	2,8 (1,8; 3,8)	2008-2015	-1,5 (-2,3; -0,6)			1,9 (0,8; 3,0)
	15-44 years	1998-2006	0,5 (-1,2; 2,2)	2006-2009	7,5 (-6,4; 23,3)	2009-2015	-2,1 (-4,4; 0,2)			0,7 (-1,6; 3,2)
	45-64 years	1998-2000	9,9 (-2,1; 23,4)	2000-2006	-1,5 (-3,8; 0,8)	2006-2009	3,4 (-6,2; 14,0)	2009-2015	-2,8 (4,4; -1,2)	0,1 (-1,8; 2,2)
	65-84 years	1998-2001	9,4 (4,3; 14,7)	2001-2008	2,8 (1,5; 4,2)	2008-2015	-1,8 (-2,8; -0,9)			2,0 (1,0; 2,9)
	> 84 year	1998-2008	6,0 (4,2; 7,8)	2008-2015	-0,6 (-2,5; 1,3)					3,2 (2,0; 4,4)
Women	≥ 15 years	1998-2008	4,0 (2,9; 5,1)	2008-2015	-2,1 (-3,5; -0,6)					1,5 (0,7; 2,6)
	15-44 years	1998-2015	0,9 (-0,1; 1,9)							0,9 (-0,1; 1,9)
	45-64 years	1998-2002	3,5 (-1,8; 9,2)	2002-2015	-1,2 (-1,8; -0,4)					-0,1 (-1,3; 1,2)
	65-84 years	1998-2001	-9,8 (3,0; 16,9)	2001-2008	3,4 (1,6; 5,2)	2008-2015	-2,0 (-3,3; -0,8)			2,2 (0,9; 3,5)
	> 84 year	1998-2007	8,9 (7,3; 10,6)	2007-2015	-1,1 (-2,2; 0,1)					4,1 (3,2; 5,0)

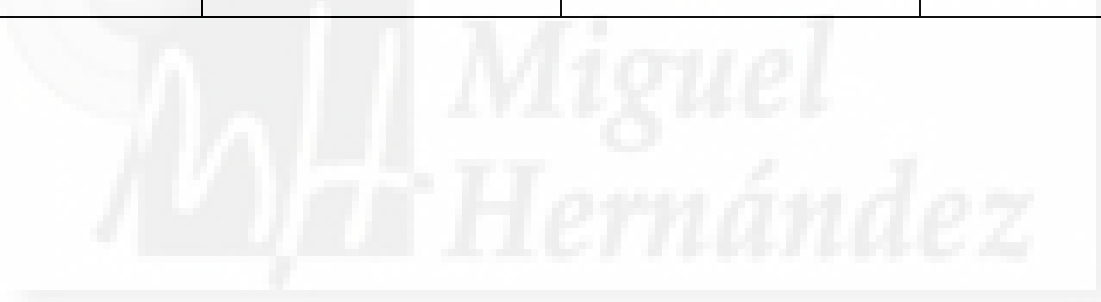


Figura 1. Ingresos hospitalarios hombres >=15

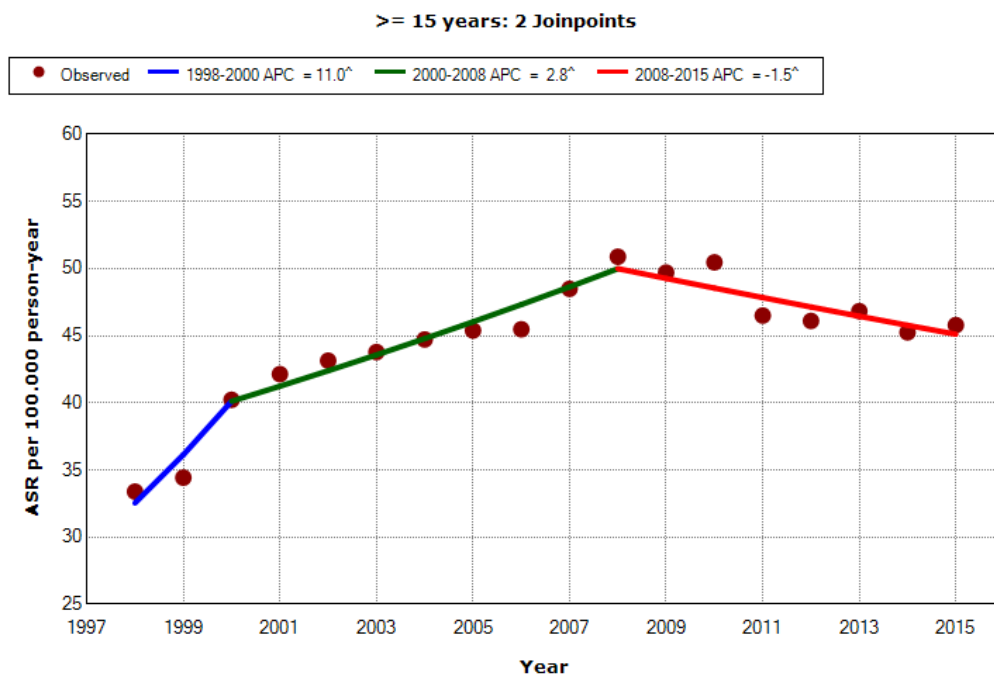


Figura 2. Ingresos hospitalarios hombres 15-44 años

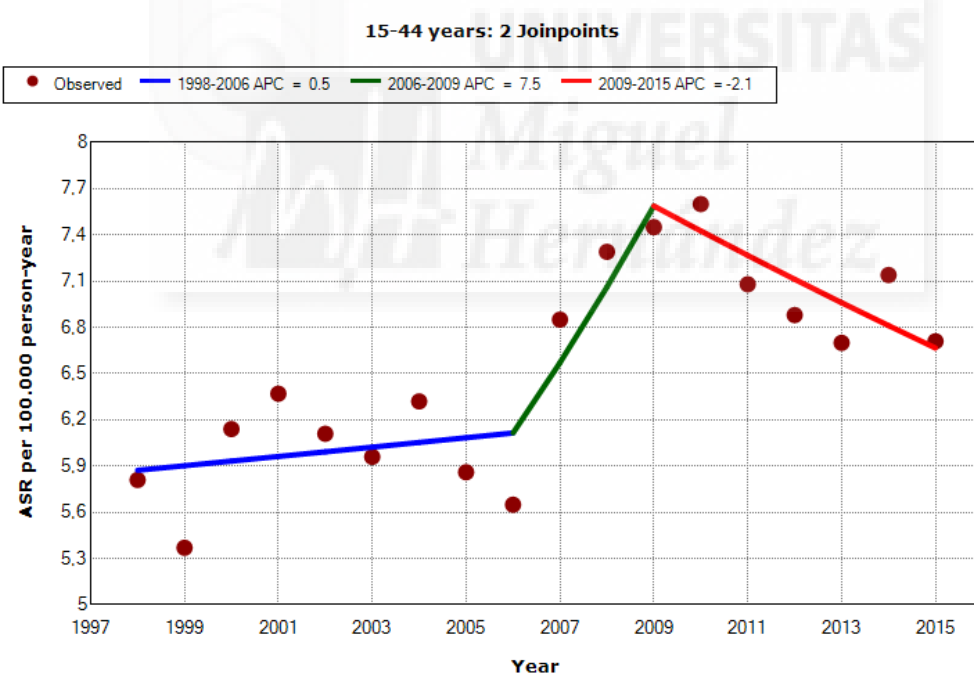


Figura 3. Ingresos hospitalarios hombres 45-64 años

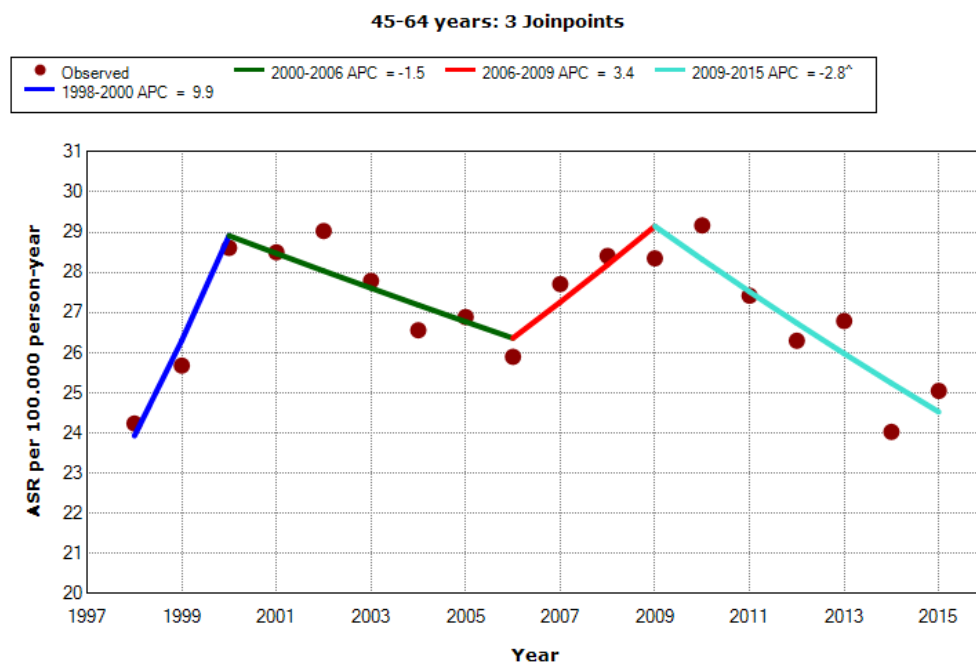


Figura 4. Ingresos hospitalarios hombres 65-84 años

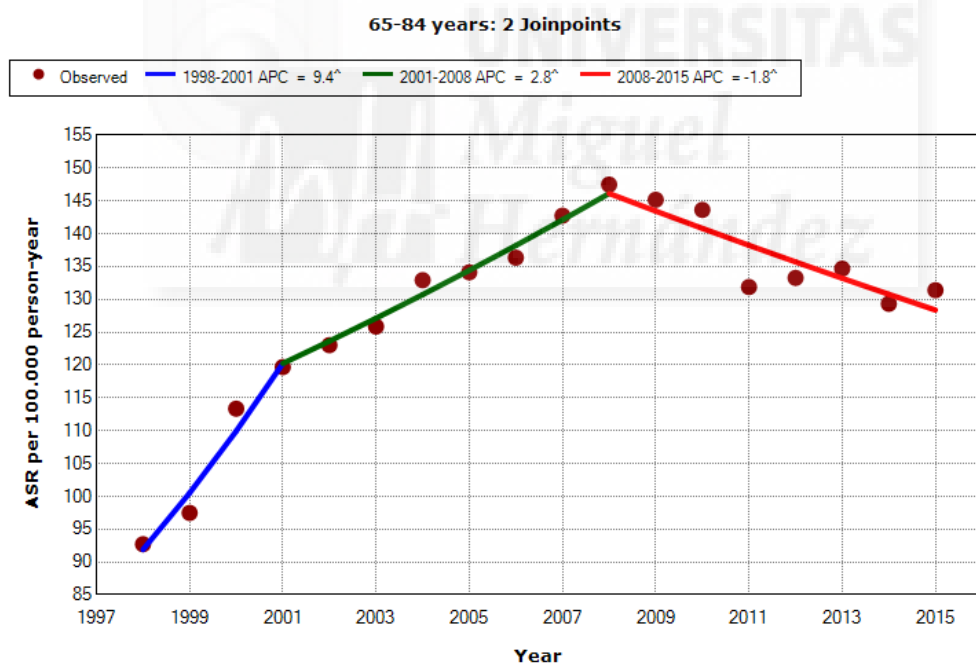


Figura 5. Ingresos hospitalarios hombres >84 años

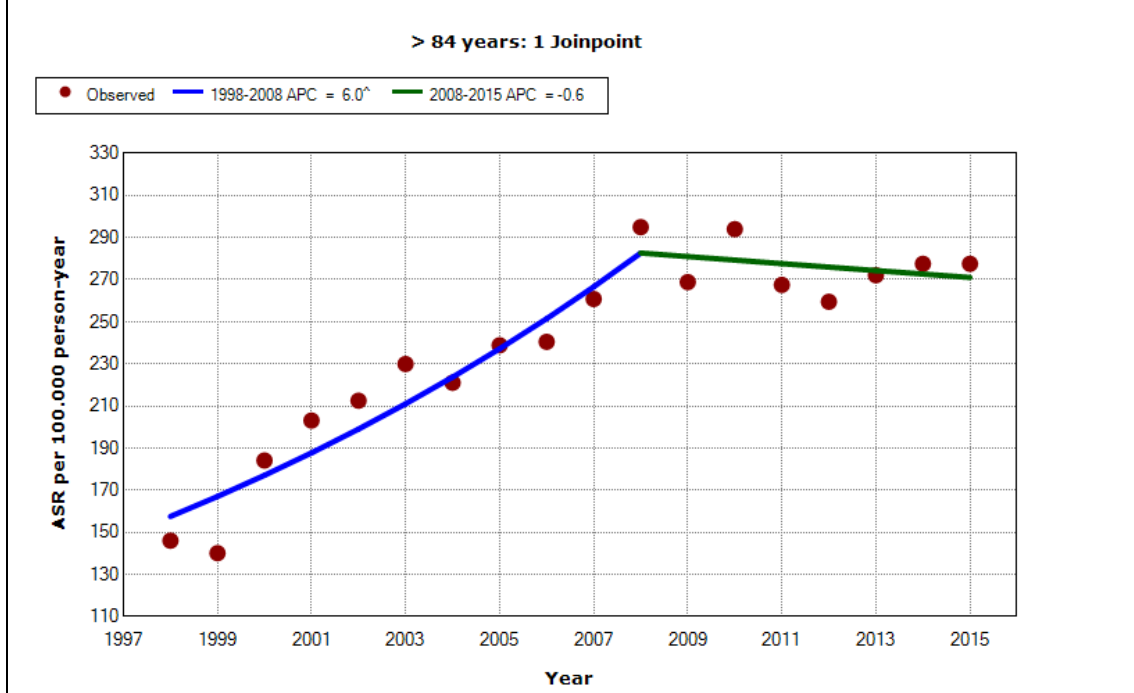


Figura 6 Ingresos hospitalarios mujeres >=15 años

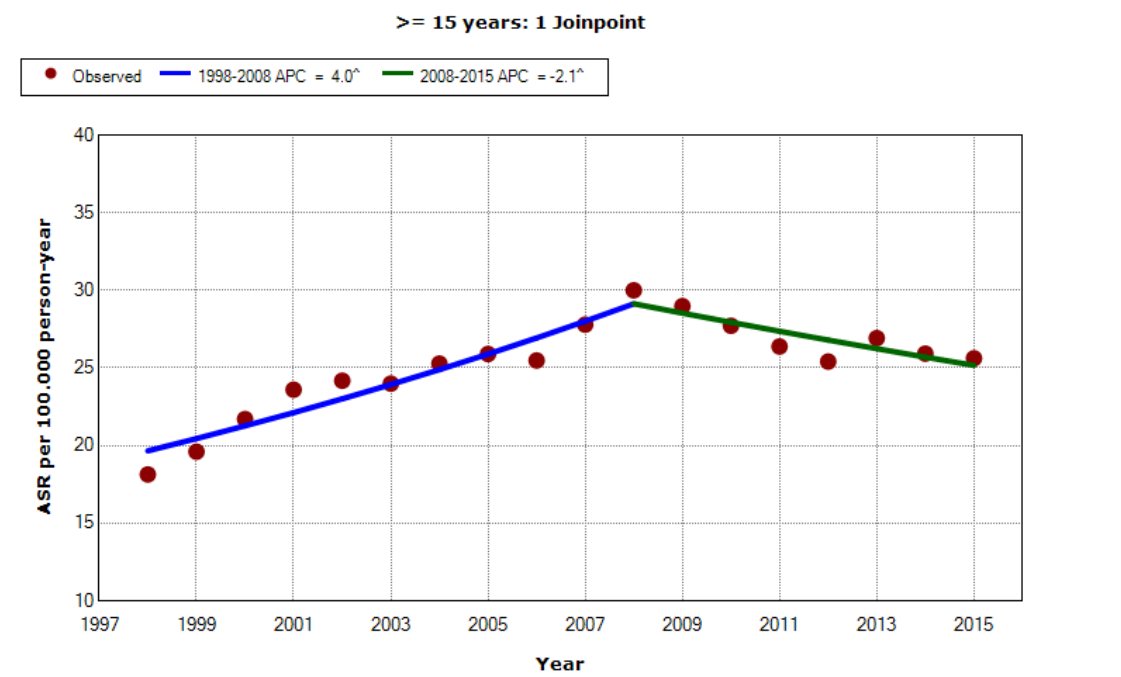


Figura 7. Ingresos hospitalarios mujeres 15-44 años

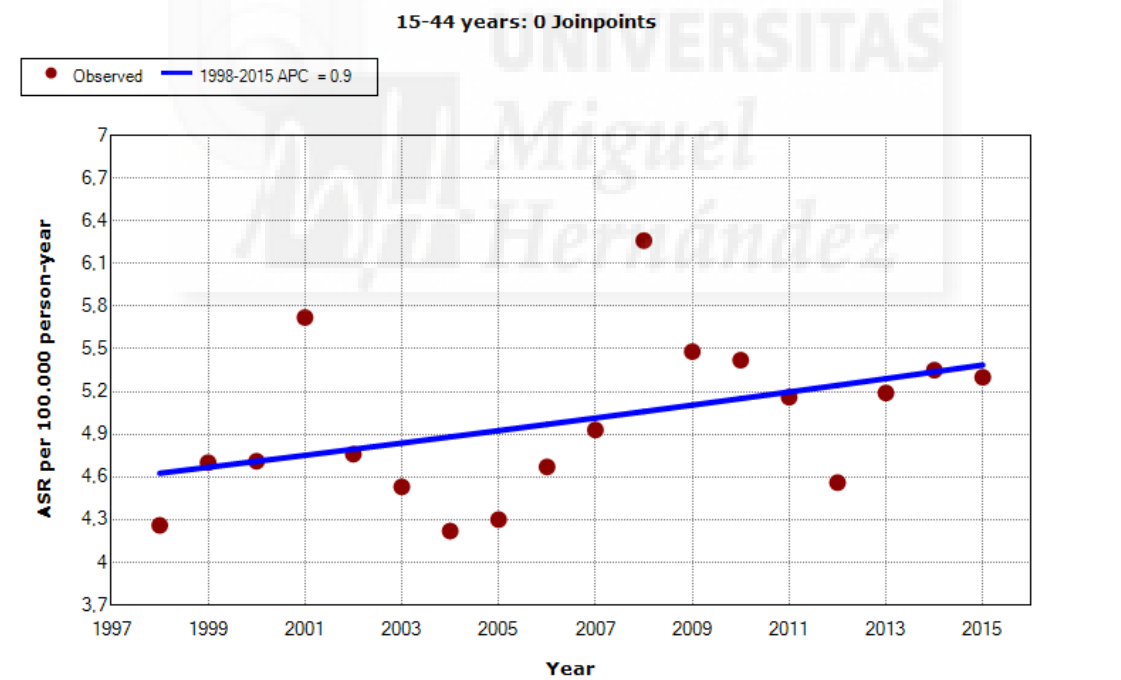


Figura 8. Ingresos hospitalarios mujeres 45-64 años

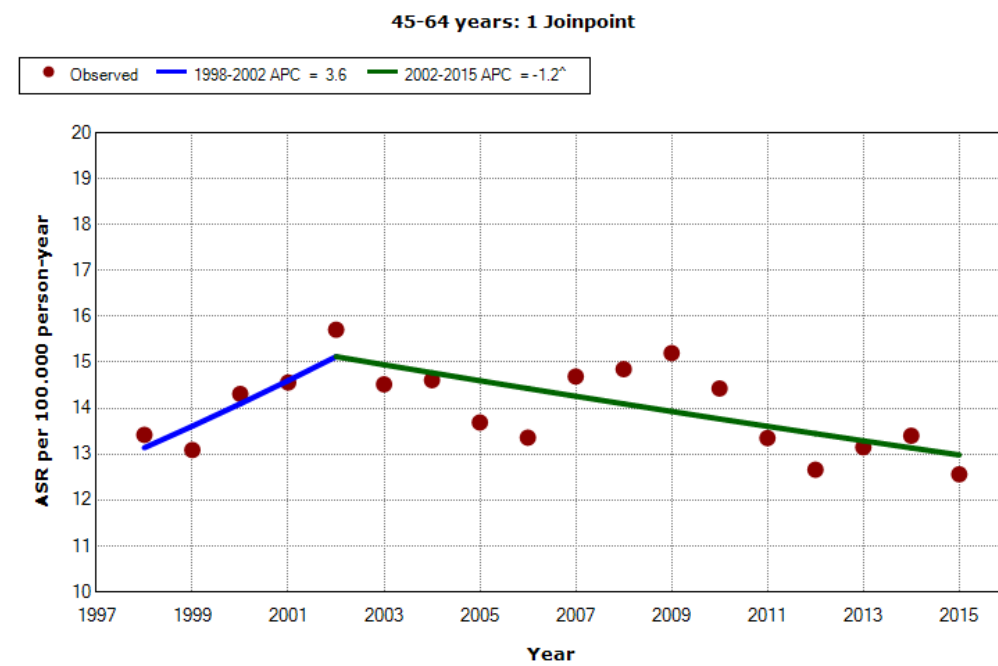


Figura 9. Ingresos hospitalarios mujeres 65-84 años

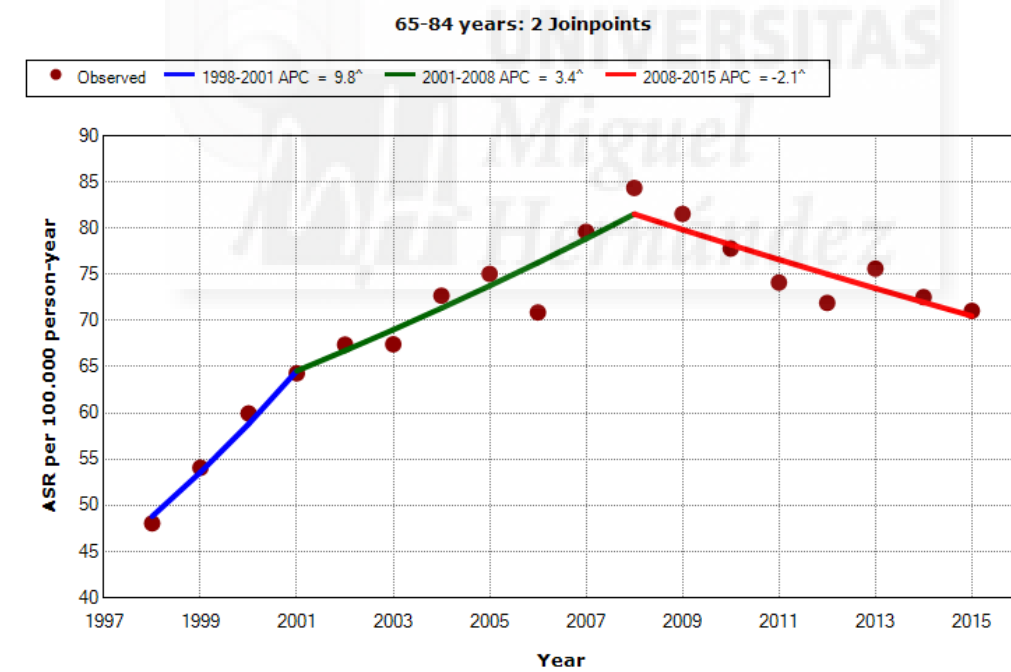


Figura 10. Ingresos hospitalarios mujeres >85 años

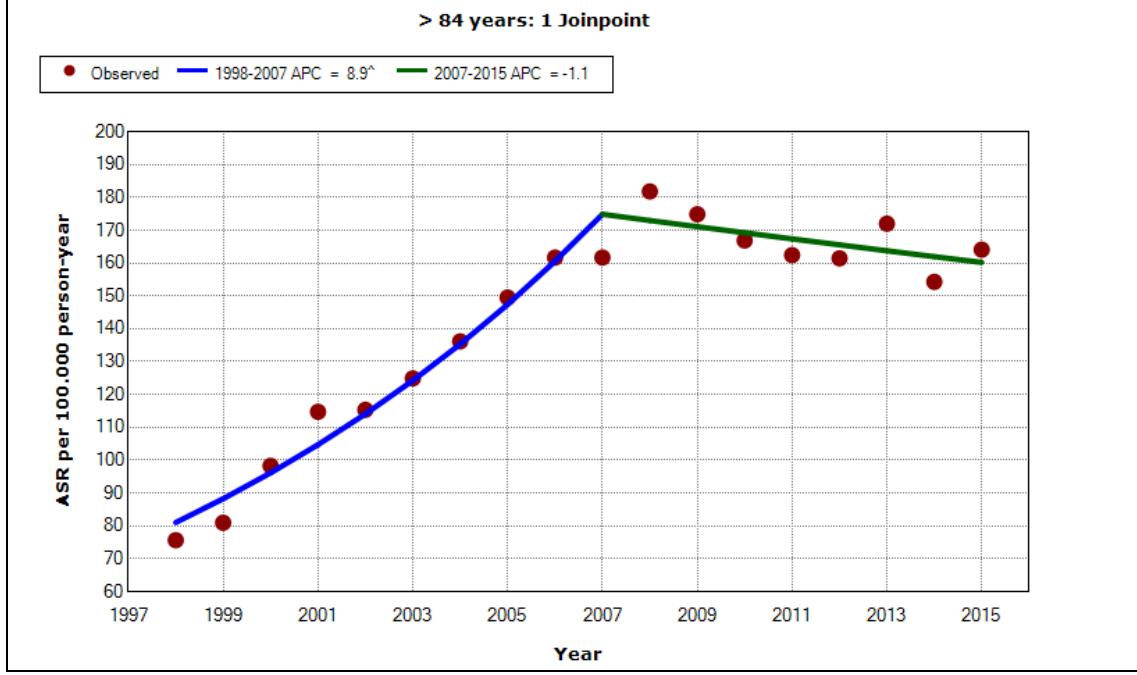


Tabla 5. Días de estancia medios con intervalo de confianza al 95%, para el total y por grupos de edad, para cada año y sexo.

Sexo	Año	≥ 15 años			15 a 44 años			45 a 64 años			65 a 84 años			Mas de 84 años		
		n	Media	IC95%	n	Media	IC95%	n	Media	IC95%	n	Media	IC95%	n	Media	IC95%
Hombre	1998	4059	7,2	(7,0-7,4)	514	5,2	(4,8-5,6)	1034	7,1	(6,7-7,4)	2215	7,8	(7,5-8,0)	296	7,2	(6,6-7,8)
	1999	4305	6,9	(6,8-7,1)	497	5,2	(4,9-5,6)	1093	6,5	(6,2-6,8)	2432	7,5	(7,3-7,7)	283	6,9	(6,2-7,5)
	2000	5075	7,1	(7,0-7,3)	568	5,5	(5,1-5,9)	1234	6,9	(6,6-7,2)	2891	7,5	(7,3-7,7)	382	7,3	(6,6-7,9)
	2001	5415	7,1	(6,9-7,2)	596	5,2	(4,8-5,6)	1236	6,6	(6,3-6,9)	3152	7,6	(7,4-7,8)	431	7,0	(6,5-7,6)
	2002	5641	6,9	(6,8-7,1)	582	5,3	(4,9-5,6)	1284	6,4	(6,1-6,7)	3314	7,3	(7,1-7,5)	461	7,6	(7,1-8,2)
	2003	5828	7,1	(6,9-7,2)	581	5,4	(5,0-5,7)	1281	6,7	(6,4-7,0)	3459	7,6	(7,4-7,8)	507	6,8	(6,4-7,3)
	2004	6135	6,8	(6,7-6,9)	627	4,9	(4,6-5,2)	1289	6,2	(5,9-6,4)	3717	7,3	(7,1-7,5)	502	7,2	(6,7-7,6)
	2005	6329	6,6	(6,5-6,8)	591	4,8	(4,4-5,1)	1320	6,1	(5,8-6,3)	3848	7,1	(6,9-7,3)	570	6,8	(6,3-7,3)
	2006	6496	6,6	(6,5-6,8)	575	4,7	(4,4-5,0)	1322	6,0	(5,7-6,2)	3977	7,1	(6,9-7,3)	622	6,7	(6,3-7,0)
	2007	7120	6,5	(6,4-6,6)	709	4,9	(4,6-5,2)	1461	6,1	(5,8-6,4)	4225	6,9	(6,8-7,1)	725	6,6	(6,2-7,0)
	2008	7613	6,6	(6,4-6,7)	754	5,0	(4,7-5,2)	1528	6,0	(5,7-6,2)	4449	7,0	(6,8-7,2)	882	6,8	(6,4-7,1)
	2009	7626	6,3	(6,2-6,4)	763	4,9	(4,6-5,2)	1562	5,6	(5,3-5,8)	4441	6,8	(6,6-6,9)	860	6,6	(6,2-6,9)
	2010	7895	6,1	(6,0-6,2)	767	4,6	(4,3-4,9)	1630	5,6	(5,4-5,9)	4495	6,6	(6,4-6,7)	1003	6,2	(5,9-6,6)
	2011	7447	5,9	(5,8-6,1)	713	4,5	(4,1-4,8)	1564	5,5	(5,2-5,7)	4195	6,3	(6,1-6,4)	975	6,3	(5,9-6,6)
	2012	7471	5,7	(5,6-5,8)	667	4,2	(4,0-4,5)	1526	5,3	(5,1-5,6)	4287	6,0	(5,8-6,1)	991	5,9	(5,6-6,3)
	2013	7723	5,6	(5,5-5,7)	634	4,2	(3,8-4,5)	1574	5,3	(5,0-5,5)	4411	5,9	(5,7-6,0)	1104	5,9	(5,6-6,2)
2014	7562	5,7	(5,6-5,8)	668	4,3	(4,0-4,7)	1434	5,2	(5,0-5,5)	4269	6,0	(5,9-6,2)	1191	5,8	(5,5-6,1)	
2015	7775	5,6	(5,5-5,8)	618	4,0	(3,7-4,3)	1530	5,3	(5,0-5,5)	4381	5,9	(5,8-6,1)	1246	5,8	(5,5-6,1)	
Mujer	1998	2933	7,4	(7,1-7,6)	391	5,0	(4,5-5,4)	601	7,1	(6,6-7,6)	1597	8,0	(7,7-8,3)	344	7,5	(6,8-8,2)
	1999	3245	7,1	(6,9-7,3)	431	5,0	(4,6-5,4)	589	6,6	(6,1-7,0)	1851	7,6	(7,4-7,9)	374	7,6	(7,0-8,2)
	2000	3652	7,3	(7,1-7,5)	432	5,4	(5,0-5,8)	649	6,7	(6,3-7,1)	2101	8,0	(7,7-8,2)	470	6,9	(6,4-7,4)
	2001	4067	7,1	(6,9-7,3)	525	4,7	(4,4-5,1)	664	6,8	(6,3-7,2)	2313	7,8	(7,6-8,1)	565	6,7	(6,3-7,1)
	2002	4237	7,0	(6,8-7,2)	442	5,0	(4,6-5,4)	729	6,5	(6,1-6,8)	2483	7,5	(7,3-7,7)	583	7,2	(6,6-7,7)
	2003	4311	7,2	(7,0-7,3)	422	5,4	(4,9-5,9)	700	6,6	(6,2-7,1)	2543	7,7	(7,5-8,0)	646	6,7	(6,2-7,1)
	2004	4626	6,8	(6,7-7,0)	397	5,0	(4,6-5,4)	737	6,6	(6,2-7,0)	2767	7,2	(7,0-7,5)	725	6,5	(6,1-7,0)
	2005	4902	6,9	(6,8-7,1)	418	5,1	(4,6-5,7)	703	6,1	(5,7-6,5)	2949	7,4	(7,2-7,6)	832	7,0	(6,6-7,4)
	2006	4932	6,6	(6,5-6,8)	452	4,8	(4,5-5,2)	708	6,0	(5,6-6,4)	2822	7,0	(6,8-7,2)	950	6,7	(6,4-7,1)
	2007	5476	6,7	(6,6-6,9)	483	5,0	(4,6-5,3)	801	5,9	(5,6-6,3)	3183	7,2	(7,0-7,4)	1009	6,8	(6,4-7,1)
	2008	6069	6,6	(6,5-6,8)	605	4,9	(4,5-5,2)	828	6,0	(5,6-6,3)	3439	7,1	(6,9-7,3)	1197	6,6	(6,3-7,0)
	2009	5972	6,4	(6,3-6,6)	524	4,3	(4,0-4,6)	868	5,7	(5,4-6,0)	3363	6,9	(6,7-7,1)	1217	6,4	(6,1-6,7)
	2010	5846	6,0	(5,9-6,2)	514	4,6	(4,2-4,9)	836	5,4	(5,1-5,7)	3270	6,5	(6,3-6,6)	1226	6,0	(5,7-6,3)
	2011	5648	5,9	(5,8-6,1)	482	4,5	(4,1-4,9)	787	5,3	(5,0-5,7)	3120	6,3	(6,1-6,5)	1259	6,1	(5,8-6,4)
	2012	5545	5,8	(5,6-5,9)	417	4,3	(3,9-4,7)	763	5,1	(4,8-5,4)	3071	6,1	(5,9-6,2)	1294	6,0	(5,7-6,2)
	2013	5971	5,6	(5,5-5,8)	465	4,0	(3,6-4,3)	798	4,8	(4,5-5,2)	3261	6,0	(5,8-6,1)	1447	5,9	(5,6-6,2)
2014	5778	5,6	(5,4-5,7)	468	4,3	(4,0-4,7)	828	5,0	(4,7-5,2)	3128	5,9	(5,7-6,1)	1354	5,6	(5,4-5,9)	
2015	5854	5,8	(5,7-5,9)	459	4,3	(3,9-4,7)	790	5,2	(4,9-5,5)	3118	6,0	(5,8-6,2)	1487	6,1	(5,8-6,3)	

Figura 11. . Días de estancia medios por año, sexo y grupo de edad

