

| | | | | | | | | |
|--------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| Sí | 314 (68,7%) | 46 (62,2%) | 38 (59,4%) | 41 (56,9%) | 40 (60,6%) | 50 (78,1%) | 48 (82,8%) | 51 (86%) |
| No | 143 (31,3%) | 28 (37,8%) | 26 (40,6%) | 31 (43,1%) | 26 (39,4%) | 14 (21,9%) | 10 (17,2%) | 8 (13%) |
| Atención sanitaria | 0,04 | | | | | | | |
| EI nosocomial | 33 (8,7%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (3,3%) | 2 (2,3%) | 7 (7,6%) | 14 (16,1%) | 9 (11%) |
| EI nosohusial | 88 (23,1%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 12 (40,0%) | 26 (29,9%) | 27 (29,3%) | 13 (14,9%) | 10 (13%) |
| No | 260 (68,2%) | 5 (100%) | 3 (100%) | 17 (100%) | 59 (67,8%) | 58 (63%) | 60 (69%) | 58 (75%) |



Tendencias temporales en los microorganismos causales en nuestra serie de endocarditis por quinquenios.

Conclusiones: Se ha producido un cambio importante en el perfil etiopatogénico de la EI en nuestro medio en los últimos 35 años, con un aumento marcado de la edad de los pacientes, de la frecuencia de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, y de una reducción de los casos sin cardiopatía predisponente. El espectro microbiológico causal también ha cambiado, a expensas de un aumento de EI enterocócicas y por estafilococos coagulasa-negativo. Estos cambios pueden influir en la selección del tratamiento antibiótico empírico y en el pronóstico de los pacientes.