pielonefritis aguda, este trabajo aporta con un diseño acabado y enfoque molecular al estudio de la etiología de la ITU, permitiendo vislumbrar nuevos caminos en la comprensión de este cuadro. Llama la atención lo exigente de las definiciones: cepa multirresistente: consideran para esto sólo la resistencia a cotrimoxazol (STX); criterio bacteriológico de ITU: 10^2 ufc/ml.

*ERIC2 = *enterobacterial repetitive intergenic consensus*.

Béatrice Hervé E.

Dosis diaria única de aminoglucósidos en niños.

Extended-interval aminoglycoside administration for children: A meta-analysis. Contopoulos D, Giotis N, Baliatsa D, Ioannidis J. *Pediatrics* 2004; 114: e111-e118.

Aunque con fuerte evidencia en la población adulta, sólo reportes aislados han evaluado elementos de seguridad clínica y microbiológica en niños comparando administración en una *versus* múltiples dosis de aminoglucósidos. Este meta-análisis pretende evaluar la eficacia y toxicidad de administración de aminoglucósidos en una dosis diaria (UDD) o múltiples dosis (MDD) en población pediátrica. Se seleccionó ensayos clínicos controlados y randomizados, en fuentes de datos como PubMed (1966-2003), Embase (1982-2003) y la base Cochrane. Para la evaluación de los datos se consideraron: fracaso clínico o microbiológico, nefrotoxicidad primaria (aumento creatininemia o descenso del *clearance*) o secundaria (proteinuria) y ototoxicidad (evaluaciones con audiometría, potenciales evocados o emisiones otoacústicas). Se identificó 24 estudios elegibles publicados entre 1991 y 2003. Los aminoglucósidos fueron empleados en diferentes pacientes/circunstancias: UCI neonatal (6 estudios), fibrosis quística (3 estudios), oncológicos (5 estudios), infección urinaria (4 estudios), otras diferentes infecciones (5 estudios) y UCI pediátrica (1 estudio), que emplearon diversos aminoglucósidos: amikacina en 9 estudios y gentamicina en 11, como los más representativos. La mayoría de los ensayos registró terapia por menos de 10 días, y 11 incluyeron terapias por más de 10 días. Cuatro ensayos fueron excluidos por administración de dosis diferentes entre los grupos en evaluación. Siete ensayos evaluaron a más de 100 pacientes.

Respecto de la eficacia, no hubo diferencia significativa entre UDD o MDD en fracaso clínico y/o microbiológico pero con tendencia a favorecer consistentemente a UDD. El fracaso clínico fue de 4,6% en UDD (23 de 501 casos) *versus* 6,9% (34 de 494 casos) en MDD ($p = 0,13$, RR 0,71, IC 95% 0,45-1,11). Hubo diferencia significativa a favor de UDD al evaluar amikacina en comparación a otros aminoglucósidos. En relación con nefrotoxicidad, tampoco hubo diferencias significativas en nefrotoxicidad primaria pero sí la hubo para nefrotoxicidad secun-

daria con 4,4% (3 de 69 casos) para UDD y 15,9% en MDD ($p = 0,03$). La evaluación de ototoxicidad, no demostró diferencias significativas, encontrando por tests auditivos alteración en 2,3% (8 de 406 casos) en UDD y 2,0% (8 de 406 casos) al emplear MDD ($p = 0,92$). Los estudios que evaluaron función clínica vestibular no evidenciaron ototoxicidad. Al efectuar análisis de subgrupos, no existió diferencia entre administración UDD o MDD en pacientes de intensivo neonatal, con fibrosis quística, oncológicos o con ITU respecto de fracaso clínico, microbiológico, nefrotoxicidad u ototoxicidad.

Comentario. Dada la existencia de trabajos individuales pequeños, la evidencia que entrega este meta-análisis de ensayos randomizados favorece claramente la adopción segura de administración de aminoglucósidos en UDD en pacientes pediátricos en diferentes situaciones clínicas. Esta práctica minimiza costos, simplifica la administración y provee igual o mejor seguridad y eficacia al comparar con administración de aminoglucósidos en MDD, además entrega una herramienta a considerar en el manejo de pacientes ambulatorios.

Luis Delpiano M.

Antibioterapia abreviada para la neumonía asociada a ventilación mecánica

Comparison of 8 vs 15 days of antibiotic therapy for ventilator-associated pneumonia in adults. A randomized trial.

Chastre J, Wolff M, Fagon JY, Chevret S et al. *JAMA* 2003; 290: 2588-98.

Este trabajo fue realizado en 51 unidades de cuidados intensivos (UCIs) francesas. Seleccionó 401 pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM) confirmados microbiológicamente por técnicas invasoras y en que se hubiera iniciado un tratamiento antimicrobiano adecuado (habitualmente una quinolona o un aminoglucósido más un β -lactámico de amplio espectro) que fueron asignados en forma aleatoria a ser tratados durante 8 ó 15 días (lo que significa que muchos pacientes fueron excluidos por no cumplir con estos requisitos). Se excluyó a los pacientes muy graves (con alto riesgo de morir en los días siguientes o SAPS II mayor de 65). Después de la asignación aleatoria se recomendó a los médicos hacer simplificación de tratamiento según susceptibilidad *in vitro* de los patógenos recuperados. Se definió como resultado primario la mortalidad a los 28 días de la randomización. Otros resultados considerados fueron: días libres de antibacterianos, recurrencia de neumonía, recaída (neumonía por al menos un microorganismo previamente aislado) y superinfección (neumonía por otro microorganismo) y superinfección por microorganismo multirresistente. Ciento noventa y siete pacientes fueron asignados a ser tratados durante 8 días y 204 por 15 días, hubo una tendencia a haber más mujeres en el grupo tratado durante 15 días. La mortalidad