

# A CLINDAMICINA É, HOJE, UMA BOA OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA CA-MRSA?

Stephanie Lahat<sup>1</sup>, Camila Giuliana Almeida Farias<sup>2</sup>, Cely Barreto da Silva<sup>3</sup>, Mariana Volpe Arnoni<sup>3</sup>, Marco Aurelio Palazzi Sáfadi<sup>2</sup>, Marcelo Jenne Mimica<sup>2</sup>, Eitan Naaman Berezin<sup>2</sup>, Flávia Jacqueline Almeida<sup>2</sup>

1. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo | Serviço de Infectologia pediátrica da Santa Casa de São Paulo | Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Santa Casa de São Paulo

## INTRODUÇÃO

Diversos estudos mostraram o aumento da incidência do *Staphylococcus aureus* adquirido na comunidade resistente a Meticilina (CA – MRSA) como agente de infecções de pele, partes moles e osteoarticulares desde 1990. A prevalência da infecção por CA-MRSA em todo o mundo é muito variável, de zero a 70% em algumas regiões. Uma questão preocupante é o CA-MRSA ser resistente a quase todos os agentes Beta-lactâmicos, que são as medicações mais prescritas no tratamento empírico para infecções típicas de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*).

A Clindamicina é um antimicrobiano da classe das Lincosamidas que inibe a síntese proteica bacteriana e tem importante efeito anti-toxina. Nas últimas décadas, esse antibiótico vem sendo amplamente utilizado em locais com alta prevalência de CA-MRSA. Porém, seu uso indiscriminado está associado ao aumento da resistência a este antimicrobiano. Dessa forma o uso empírico inicial da clindamicina nestas infecções deve ser feito com cautela.

## OBJETIVOS

Determinar a frequência da resistência à Clindamicina em bacteremias por CA-MRSA em pacientes pediátricos em um Hospital terciário em São Paulo, Brasil.

## MÉTODOS

Estudo retrospectivo que avaliou o perfil de susceptibilidade dos *S. aureus* que cresceram em hemoculturas de 2014 a 2017, em pacientes pediátricos do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

O *S. aureus* resistente a Meticilina (MRSA) foi dividido de acordo com a epidemiologia dos pacientes em:

- **Infecção comunitária (CA-MRSA):** Paciente que apresenta crescimento de MRSA dentro de 48 horas da internação, sem história de hospitalização ou cirurgia nos últimos 12 meses e sem comorbidades
- **Infecção associada aos cuidados de saúde (HA-MRSA):** Paciente que apresenta crescimento de MRSA após 48 horas da internação e/ou tem história de hospitalização ou cirurgia nos últimos 12 meses e/ou comorbidades.

Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram coletados dos prontuários. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período do estudo, foram identificadas 106 hemoculturas com crescimento de *S. aureus*, com 38,6% resistentes a Oxacilina e 44,6% a Clindamicina.

Das 16 infecções comunitárias, 37,5% (6) apresentaram resistência à Clindamicina. A figura 1 mostra os episódios associados ao perfil de sensibilidade à Oxacilina e à Clindamicina, de acordo com epidemiologia dos pacientes.

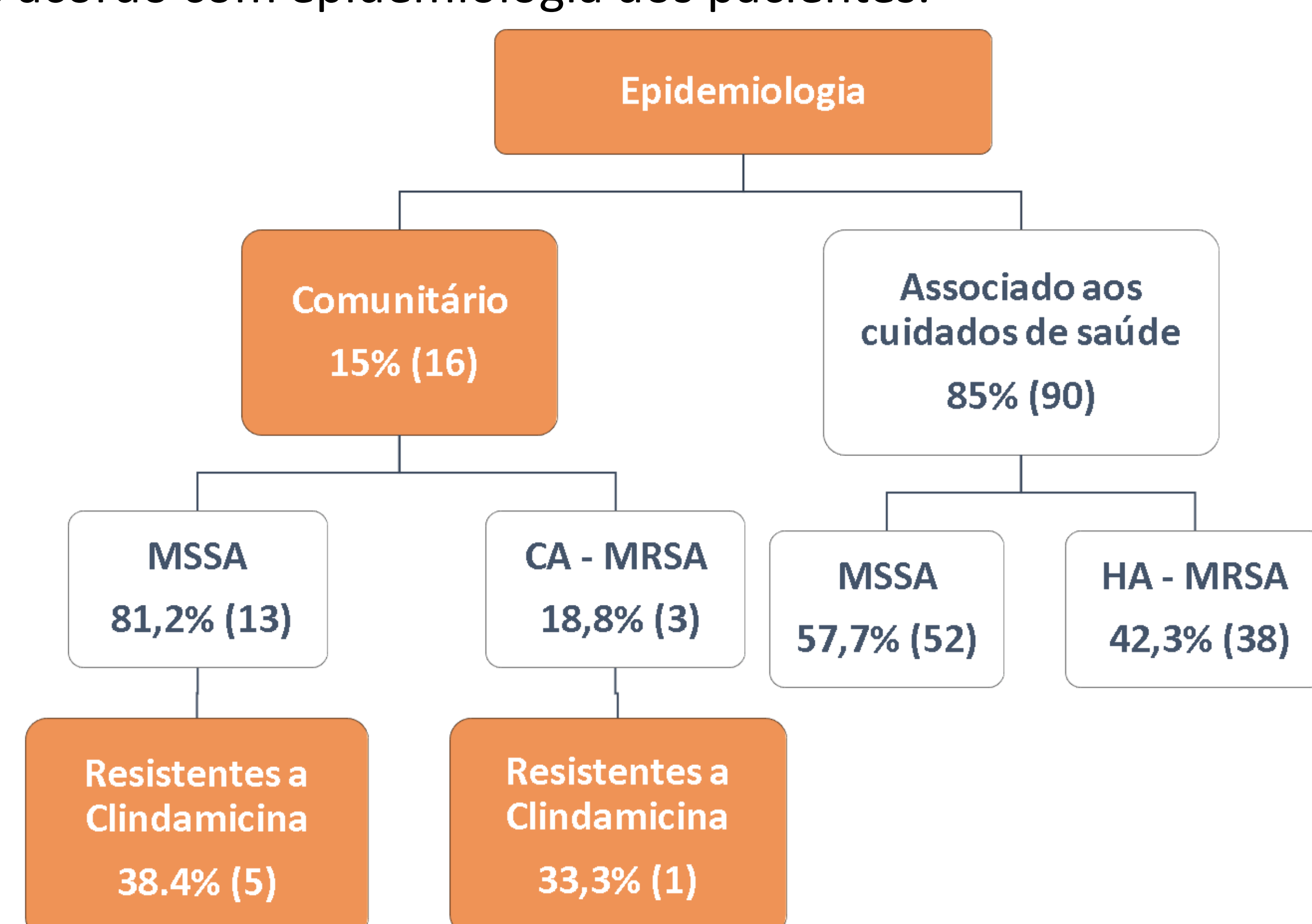


Figura 1: Episódios associados ao perfil de sensibilidade de acordo com a epidemiologia

Frente a uma infecção comunitária de provável etiologia estafilocócica, a Oxacilina é a primeira droga de escolha por apresentar melhor farmacocinética e farmacodinâmica. Nos locais de alta prevalência do CA-MRSA, alguns autores tem recomendado o uso empírico da Clindamicina.

Os dados deste estudo nos levam a importantes questionamentos: Qual a melhor terapia empírica inicial na suspeita de uma infecção estafilocócica comunitária? A Clindamicina seria uma boa opção terapêutica ?

A taxa de resistência à Clindamicina de 37,5% nas infecções comunitárias, associada ao fato de ser uma droga bacteriostática, indica que esse antimicrobiano não deve ser utilizado em monoterapia. Dessa forma, em infecções graves que apresentem suspeita de etiologia estafilocócica, uma boa opção seria o uso de vancomicina associada a Oxacilina com ou sem a clindamicina, até obtenção do resultado do antibiograma para descalonamento sempre que possível.

## CONCLUSÃO

Observamos uma alta prevalência de resistência à Clindamicina, tanto em MSSA quanto em MRSA, ambos nas infecções adquiridas na comunidade e associadas aos cuidados à saúde.

Nossos dados sugerem que a Clindamicina não deve ser utilizada como antimicrobiano empírico inicial em monoterapia para as infecções de provável etiologia estafilocócica.