

19 de junio de 2024

Con fecha 19 de enero de 2024, el Ministerio de Salud Pública informo sobre el primer reporte de un caso de *Cándida auris* confirmado por el laboratorio de referencia nacional INSPI.

Hasta la fecha, existe un total de 3 casos de *Cándida auris* confirmados por el INSPI en pacientes hospitalizados en un establecimiento de la zona 8.

Ante estos nuevos casos confirmados de *Cándida auris*, el Ministerio de Salud Pública dispone a las coordinaciones zonales y autoridades de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud fortalecer sus capacidades para detectar precozmente, notificar su hallazgo de manera oportuna, e implementar las medidas para prevenir y controlar la diseminación de este patógeno en los servicios de salud en las instituciones a su cargo.

### Antecedentes

*Cándida auris* es un patógeno fúngico emergente, identificado en seis continentes y en más de 40 países. Que mayormente se transmite en el ambiente hospitalario, aunque se considera importante mencionar que existe preocupación en Estados Unidos por la identificación de propagación comunitaria activa de conglomerados independientes de *Cándida auris* multirresistente (1,2).

Dentro de la lista prioritaria de patógenos de la Organización Mundial de Salud está considerada *Cándida auris*, debido a que representa un problema de salud pública por las dificultades en su identificación, resistencia múltiple a los antifúngicos, capacidad de propagación y provocar brotes en los establecimientos de salud, la capacidad de colonizar a los pacientes y mantenerse en el ambiente hospitalario por varios meses; y por ser resistente a algunos desinfectantes de uso común en centros de atención médica como los productos a base de amonio cuaternario (1,2).

*Cándida auris* puede resistir a ciertos desinfectantes y está bien adaptado a entornos nosocomiales, teniendo el potencial de permanecer viable en superficies verticales en el entorno inmediato de los pacientes colonizados durante un máximo de 28 días. Además, el organismo se ha cultivado a partir de ropa de cama durante 7 días. *Cándida auris* puede colonizar y persistir en superficies durante más tiempo que *Cándida albicans*, y ha mostrado una actividad metabólica prolongada. De igual manera, el tiempo mínimo necesario para adquirir *Cándida auris* de un paciente o de su entorno inmediato es de 4 horas o menos, lo que refuerza aún más la importancia de las medidas rigurosas de la PCI y limpieza del ambiente (2).

Este microorganismo provoca infecciones graves, como infecciones del torrente sanguíneo, infecciones óseas, intraabdominales y otros tipos de infecciones invasivas, particularmente en pacientes en hospitales y hogares de ancianos que tienen enfermedades de base severas y los que son sometidos a procedimientos invasivos. Además, se ha aislado en heridas, muestras de oído y respiratorias, orina, bilis y biopsias de yeyuno (2). De acuerdo al CDC, más de 1 de cada 3 pacientes mueren dentro del mes de contraer la infección por *Cándida auris* (3).

Los factores de riesgo identificados que predisponen a la infección por *Cándida auris* son similares a los de otras especies de *Cándida*, como la presencia de enfermedad subyacente grave con inmunosupresión (VIH y trasplante de médula ósea), terapia con corticosteroides, (neutropenia, neoplasia maligna,

19 de junio de 2024

enfermedad renal crónica o diabetes mellitus), estancia prolongada en la UCI, ventilación mecánica, presencia de dispositivos intravenosos (catéter venoso central o un catéter urinario), exposición prolongada al uso de antibióticos o antimicóticos de amplio espectro, enfermedad respiratoria subyacente, cirugía vascular o cirugía en los 30 días anteriores.

*Cándida auris* puede afectar tanto a la población adulta como a la pediátrica. La infección intrahospitalaria se ha reportado en niños menores de un año de edad en su mayoría y en aquellos con ciertas condiciones médicas, como: prematuridad y neoplasias malignas, y en niños con factores de riesgo como catéteres intravasculares y aquellos que reciben nutrición parenteral. También es posible la transmisión de una madre colonizada al bebé durante el parto. Se han identificado conglomerados de infección en neonatos, con riesgo de mortalidad asociado a enfermedad invasiva (2).

Para la detección de este microorganismo, se ha utilizado el estudio microbiológico de hisopados (axilares y de ingle) realizados durante la vigilancia pueden indicar que el paciente es portador mas no la existencia de una infección; sin embargo, este dato es importante pues los pacientes colonizados son un riesgo de transmisión a otras personas; así como también, incrementa el riesgo de una infección invasiva posterior (2).

La identificación de *Cándida auris* requiere métodos de laboratorio especializados, que incluyen técnicas de biología molecular y espectrometría de masas, esto ocasiona desafíos para el personal de salud que realiza el control y manejo de estos posibles hallazgos. *Cándida auris* es altamente transmisible entre pacientes y en medios hospitalarios (equipos contaminados, superficies, entornos del paciente, entre otros), este patógeno tiene la capacidad de persistencia prolongada en el medio ambiente y resistencia a algunos desinfectantes (2).

Actualmente, se han descubierto cinco clados genéticamente distante de *Cándida auris*. Esto incluye: clado I (sur de Asia) que se detectó por primera vez en India y Pakistán, clado II (Asia oriental) detectado por primera vez en Japón, clado III (sudafricano) detectado por primera vez en Sudáfrica, el clado IV (Sudamericano) detectado por primera vez en Venezuela y el clado V detectado recientemente en Irán. La resistencia a los antifúngicos es una característica importante de este patógeno y los patrones de resistencia dependen del clado y la región (1,2).

Estas características determinan una alta mortalidad, trasmisión, colonización persistente y la necesidad de una desinfección hospitalaria efectiva. Por tal motivo, se resalta la importancia de una sospecha clínica e identificación microbiológica constante, para la detección precoz y la toma de medidas inmediatas de prevención y control de infecciones. Esto requiere una actualización continua en los conocimientos del personal de salud y una fluida comunicación entre los diferentes actores sanitarios.

### Situación epidemiológica mundial

*Cándida auris*, fue aislada por primera vez en el canal auditivo de un paciente japonés en el año 2009, ese mismo año fue identificada en 15 pacientes con otitis crónica en Corea del Sur, país en el cual, durante el 2011, fueron descritos los primeros reportes de candidemia por *Cándida auris*. Posterior a estos reportes iniciales, se identificó en diversas partes del mundo, notificándose casos en los cinco continentes (1).

19 de junio de 2024

En la región de las Américas, el primer brote se identificó en Venezuela - Maracaibo, entre marzo de 2012 y julio de 2013, en una unidad de cuidados intensivos afectó a 18 pacientes, de los cuales 13 eran pediátricos, con una tasa de letalidad del 28% (4).

En el año 2013, en Colombia, se identificaron casos aislados en varias ciudades y un brote en una unidad de cuidados intensivos pediátrica, con cinco casos de infección diseminada (4).

Al 15 de febrero de 2021, se han reportado casos en Australia, Austria, Bangladesh, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Egipto, Francia, Alemania, Grecia, Guatemala, India, Irán, Israel, Italia, Japón, Kenia, Kuwait, Líbano, Malasia, México, Países Bajos, Noruega, Omán, Pakistán, Panamá, Perú, Polonia, Qatar, Rusia, Arabia Saudita, Singapur, Sudáfrica, República de Corea, España, Sudán, Suiza, Taiwán, Tailandia, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos de América, Reino Unido y Venezuela. En algunos de estos países, se ha documentado una transmisión extensa de *Cándida auris* en más de un hospital. Se han encontrado casos estadounidenses de *Cándida auris* en pacientes que habían tenido estancias recientes en centros de salud en Egipto, India, Kenia, Kuwait, Pakistán, Sudáfrica, Corea del Sur, Emiratos Árabes Unidos y Venezuela, que también tienen casos documentados. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC) reportan 806 casos sintomáticos por infección de *Cándida auris* entre 2020 y el 31 de marzo de 2021. Los US CDC han informado que no actualizarán los casos internacionales de *Cándida auris* debido a su amplia distribución (4).

### Situación epidemiológica en el Ecuador

El 10 de enero del año 2024 el laboratorio de referencia nacional INSPI, a través del Centro de Referencia Nacional de Micología y Parasitología, reporta el hallazgo de un aislamiento circulante de *Cándida auris* en un establecimiento de salud en la zona 8, por lo que se procede a realizar la investigación correspondiente.

Se trata de un paciente inmunocomprometido sin antecedentes de hospitalización previa, que ingresa con sintomatología caracterizada por alza térmica no cuantificada de predominio vespertino acompañado de escalofríos y diaforesis, tos seca inicialmente, que posteriormente se vuelve productiva, disnea de medianos esfuerzos, deposiciones diarreicas y a quien se le realiza hemocultivo con resultado confirmado por INSPI de *Cándida auris*.

A la fecha actual se han identificado dos casos más de *Cándida auris* en el mismo establecimiento de salud de la zona 8, en pacientes inmunocomprometidos con similar sintomatología. Estos casos fueron confirmados por el laboratorio Centro de Referencia Nacional de Micología y Parasitología de INSPI, quien informa que los organismos de los cultivos secuenciados corresponden al hongo *Cándida auris* y pertenecen al Clado Sur Asiático (Clado I). Además, corresponden al mismo clado identificado con el primer reporte de *Cándida auris* en el país.

#### Vigilancia epidemiológica:

Ante el hallazgo de nuevos casos de *Cándida auris* en pacientes hospitalizados, se deberá dar cumplimiento a la normativa vigente, incluyendo la detección y notificación oportuna de casos y brotes. Para lo cual se han establecido las siguientes definiciones de caso:

19 de junio de 2024

### Definición de caso probable de infección por *Cándida auris*:

Todo paciente que curse una infección invasiva, con resultado positivo del laboratorio de microbiología para levaduras, principalmente del género *Cándida*.

Nota: se ha de sospechar *Cándida auris* ante el aislamiento por métodos convencionales o automatizados de los siguientes microorganismos debido a que se ha observado falsos resultados en los reportes automatizados para identificación de este patógeno:

- Levaduras identificadas erróneamente como *Cándida haemulonii*, *Cándida sake*, *Cándida duobushaemulonii*, *Cándida intermedia*, *Cándida catenulata*, *Saccharomyces kluyveri*, *Cándida parapsilosis*, *Cándida lusitanae*, *Cándida famata*, *Cándida guilliermondii*, *Rhodotorula glutinis* (sin pigmento rojo), mediante métodos fenotípicos tradicionales.
- Colonias rosadas o moradas en medio de CHROMagar
- Levaduras del género *Cándida* con resistencia a fluconazol  $\geq 8$  mg/mL.

### Definición de caso confirmado de infección por *Cándida auris*:

Caso probable con identificación de *Cándida auris* por técnicas de espectrometría de masas y/o biología molecular realizada por el INSPI.

### Caso de colonización por *Cándida auris*:

Todo paciente expuesto o contactos de riesgo de un caso probable o confirmado de infección por *Cándida auris*, sin datos clínicos y de laboratorio que sugieran la presencia de una infección, en la que se obtienen cultivos positivos a *Cándida* de hisopados axilares o inguinales.

#### a. Vigilancia activa y Detección temprana

Estudiar a los pacientes infectados o colonizados por *Cándida auris* para determinar la fuente de transmisión y realizar el tamizaje de los contactos en el ámbito sanitario.

- Hisopar a todos los pacientes trasladados desde establecimientos de salud que han reportado *Cándida auris* o pacientes que fueron ingresados en instituciones en el extranjero en donde existe notificación de este agente; así como, los contactos estrechos de pacientes que fueron confirmados con *Cándida auris*, deben ser aislados preventivamente y sometidos a pruebas de detección de colonización.
- El tamizaje de colonización debe realizarse mediante hisopado de axila, orofaringe, fosas nasales, ingle, orina y recto. Si no es posible recoger muestras de todos estos sitios, considerar el estudio de hisopados de ingle o axila.
- No se recomienda realizar pruebas de detección al personal sanitario durante un brote de forma rutinaria a menos que haya evidencia sustancial como fuente potencial o transmisión en curso o cuando se identifica una transmisión continua a pesar de la adherencia a otras intervenciones.

19 de junio de 2024

### Cadena de transmisión

*Cándida auris* es un hongo levaduriforme que forma colonias blancas a beige en medios de cultivo. Es capaz de crecer en temperaturas elevadas y puede formar biopelículas, lo que contribuye a su resistencia a los tratamientos antifúngicos. Es familia de *Debaryomycetaceae*, genero *Cándida*, especie *C. auris*.

Pacientes CON sistema inmunitario debilitado, como aquellos con enfermedades crónicas, (cáncer o que han recibido trasplantes). Estancia prolongada en los hospitales. Pacientes con tratamiento antibiótico o antifúngicos previos.

Piel y mucosas (HERIDAS). Secreciones de heridas y úlceras. Exudados cutáneos y mucosos. Tracto respiratorio: secreciones respiratorias, tos, manipulación de equipos de ventilación. Tracto urinario: USO DE sondas urinarias. Tracto gastrointestinal: Fluidos corporales y sangre: sangre en casos de infecciones sistémicas y



Pacientes colonizados o infectados: el microorganismo puede colonizar la piel, las mucosas y otras superficies

Piel y mucosas. Secreciones de heridas y úlceras. Exudados cutáneos y mucosos. Tracto respiratorio: secreciones respiratorias, tos, manipulación de equipos de ventilación. Tracto urinario: orina, especialmente con sondas urinarias. Tracto gastrointestinal: heces. Fluidos corporales y sangre: sangre en casos de infecciones sistémicas y secreciones vaginales.

Contacto directo: contacto con un paciente colonizado o infectado.  
Contacto indirecto: contacto con superficies contaminadas, equipos médicos, o a través de las manos del personal que no ha realizado una higiene de manos adecuada. Procesos de limpieza, y desinfección inadecuados.

### Prevención y control de infecciones dentro de los establecimientos de salud

- En la detección de *Cándida auris* de un paciente que no fue aislado previamente, se debe considerar el hisopado a los contactos y a cualquier otro paciente o residente que haya compartido habitación o baño, con la finalidad de establecer la colonización de pacientes vinculados epidemiológicamente. Si se trata de habitaciones compartidas con o sin barreras, esto incluye a todos los pacientes en un área física compartida. También considere la posibilidad de evaluar a los contactos de la habitación que tuvo el caso durante el último mes. (2)
- Los contactos cercanos de un paciente con *Cándida auris* (es decir, los contactos actuales en la habitación y los contactos en la habitación dentro del mes anterior (incluso en otras salas/instalaciones)) se puede retirar el aislamiento después de tres pruebas de detección negativas consecutivas con al menos 24 horas de diferencia. (2)
- Realizar un tamizaje para detectar nuevos pacientes colonizados en las salas o unidades donde se detecten nuevos casos de infección o colonización por *Cándida auris*.



19 de junio de 2024

- Cuando el hisopado de un paciente tiene un resultado positivo para colonización, **no se debe repetir el tamizaje.**

**b. Adopción de medidas de prevención y control de infecciones**

- Los pacientes con colonización o infección por *Cándida auris* deben ser atendidos siguiendo estrictamente las **precauciones estándar** y las que permiten evitar la **transmisión por contacto**. Lo ideal es ubicarlos en habitaciones individuales, pero si eso no fuera posible, debe considerarse la posibilidad de cohorte, asegurando que las camas estén separadas por al menos un metro. (2,5)
- Las precauciones de contacto son especialmente importantes en pacientes que tengan dispositivos médicos invasivos y hagan parte de la cohorte de contactos o estén colonizados (en el contexto de los dispositivos médicos invasivos en cohortes de alto riesgo), debido a la capacidad de las células fúngicas para adherirse al dispositivo y su crecimiento se produce en forma de biopelícula.
- Si un paciente necesita salir de su habitación para ir a otro servicio, se debe **notificar al departamento receptor sobre el estado infección o colonización por *Cándida auris*** en el paciente e informar las precauciones necesarias.
- Todos los pacientes colonizados o infectados por *Cándida auris* que reciban el alta hospitalaria deben ser identificados con una alerta en la historia clínica o sistema informático disponible (trazabilidad) para facilitar su identificación en futuros ingresos hospitalarios. Además, se les debe realizar un tamizaje microbiológico al entrar de nuevo en contacto con el sistema sanitario y tratar como una “sospecha de caso” hasta que se descarte la colonización por *Cándida auris*. (1)

Las medidas más importantes de PCI para evitar la propagación de *Cándida auris* son las siguientes:

- **Higiene de las manos:** (5)
  - Realizar la higiene de las manos frotándolas con gel desinfectante a base de alcohol o lavándolas con agua y jabón de acuerdo a la técnica y al momento.
  - Garantizar que los suministros para la higiene de manos (agua, jabón, toallas de papel y gel desinfectante a base de alcohol) se encuentren accesibles y en el punto de atención a pacientes.
  - Fortalecer el monitoreo y evaluación de higiene de manos en las unidades donde residen pacientes con *Cándida auris*.
  - Retroalimentar al personal sanitario y altos directivos sobre la disponibilidad de insumos y la adherencia a la higiene de las manos.
- **Uso de equipo de protección personal (EPP):** (5)

19 de junio de 2024

- Vigilar la utilización correcta de los EPP:
  - Realizar higiene de las manos antes de colocarse el EPP y después de retirárselo.
  - Colocarse el EPP (guantes y bata) antes de entrar en la zona de atención a pacientes.
  - Retirarse los guantes y la bata antes de salir de la zona de atención a pacientes.
  - Cambiar el EPP y realizar higiene de las manos después de tener contacto con cada paciente de la misma habitación.
  - Garantizar el acceso permanente a los EPP antes del ingreso a la zona del paciente.
  - Colocar las tarjetas de aislamiento por contacto al ingreso de las habitaciones y demás recordatorios en los puntos de atención para comunicar al personal del hospital, a los familiares y a los visitantes sobre las medidas y los EPP requeridos.
- **Limpieza y desinfección del entorno**
  - Limpiar y desinfectar el área y las superficies (paredes, suelos, mesillas, camas, entre otras) con un agente con actividad antimicrobiana contra *Cándida auris* al menos una vez al día, especialmente aquellas superficies de alto contacto (sillas, camas, camillas, monitores, bomba de infusión, cables, teclados, respirador, entre otros). (4,5)
  - La limpieza de las superficies debe realizarse de acuerdo a los protocolos hospitalarios establecidos, con agua y jabón, seguida de la aplicación de un desinfectante hospitalario aprobado para utilizarse contra las esporas de *Cándida auris* o *Clostridium difficile*, por ejemplo, solución de hipoclorito sódico al 0,1% (para equipos no metálicos). Los **compuestos de amonio cuaternario, no son eficaces** contra *Cándida auris*.
  - Es muy importante garantizar el tiempo de contacto del desinfectante con la superficie. Se debe tomar en cuenta el tipo de material de la superficie a limpiar y desinfectar, con el objetivo de seleccionar el mejor agente desinfectante. Los **desinfectantes** recomendados se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Actividad de los desinfectantes de uso hospitalario sobre *Cándida auris*

Agente	Concentración*	Efectividad
Hipoclorito sódico	≥1000 ppm, 0,39 - 0,65%, 10%	Alta
Peróxido de hidrógeno vaporizado	8 g peróxido/m <sup>3</sup>	Alta
Ácido peracético y peróxido de hidrógeno <1%	1200 ppm	Alta
Peróxido de hidrógeno	0,5 - 1,4%	Alta
Alcohol etílico	29,4 %	Moderada
Ácido acético	>5% pH 2,0	Moderada
Luz ultravioleta	515 J/m <sup>2</sup>	Moderada

(\*) concentración según producto utilizado. Fuente: Alastruey-Izquierdo et al, 201934.

- Si el paciente está aislado realizar la limpieza y desinfección dos veces por día. Para el control de la limpieza se requiere el uso de una hoja de registro que incluya fecha y hora del procedimiento (1).

19 de junio de 2024

- Cuando el paciente es dado de alta, realizar la limpieza y desinfección terminal de la habitación. Esta se debe hacer tres veces, dejando secar las superficies entre cada proceso. El establecimiento de salud puede utilizar (si están disponibles) mecanismos de verificación para evaluar el proceso de limpieza (por ejemplo, el método de fluorescencia) (1).
- Cumplir con las condiciones de preparación y almacenamiento de los desinfectantes, verificar el uso de los componentes activos y sus concentraciones y respetar los tiempos de contacto indicados por el fabricante para cada producto (1).
- Asignar personal de higiene ambiental exclusiva para él o las áreas afectadas.
- **Limpieza y desinfección de los instrumentos y equipos médicos:**
  - El equipo médico como glucómetros, termómetros, tensiómetros, estetoscopio, equipos de ultrasonido, equipos de fisioterapia o terapia respiratoria y los coches de enfermería que se utiliza para varios pacientes (en la zona de pacientes agrupados) debe limpiarse y desinfectarse antes de utilizarse entre cada paciente, para superficies pequeñas use desinfectantes a base de etanol o alcohol al 70%, dejando que se seque naturalmente para garantizar el tiempo de contacto. Si es posible, reserve equipo (tensiómetro, estetoscopio, termómetro) para uso exclusivo del paciente con *Cándida auris* o la zona de pacientes agrupados (2,5).
  - Los platos, los vasos y los utensilios deben limpiarse con agua y detergente después de cada uso, o bien, utilizar variantes desechables (5).
  - Programar a los pacientes colonizados o infectados que tienen que ser trasladados al quirófano, a procedimientos e imágenes, con la finalidad de que se cumpla con la norma vigente para la eliminación de residuos contaminados y se realice la limpieza y desinfección de los equipos utilizados (2).
  - Seguir los protocolos de esterilización y desinfección de dispositivos médicos y hospitalarios.
- **Procedimientos de descolonización**
  - No existe métodos de descolonización recomendados. Altas concentraciones de clorhexidina pueden destruir a *Cándida auris*, sin embargo, existe evidencia de transmisión y brotes en establecimientos de salud que utilizan baños de clorhexidina por lo que **no se recomienda esta estrategia** para descolonización de pacientes con *Cándida auris*.

### c. Medidas administrativas

- Se requiere adecuada comunicación entre el **personal de laboratorio y el equipo de PCI** para que los casos se notifiquen rápidamente y se pueda adoptar medidas para disminuir la propagación del microorganismo patógeno. Lo ideal es que se establezcan alertas automáticas para que el laboratorio notifique al equipo de PCI cada vez que se detecte un caso nuevo de infección o colonización por *Cándida auris*.



19 de junio de 2024

- Se requiere adecuada comunicación entre el **equipo de PCI y la administración del establecimiento de salud**, porque se podría requerir una cantidad importante de recursos y tiempo para controlar la propagación de *Cándida auris*, entre los cuales se encuentran pruebas de laboratorio, insumos para la limpieza y desinfección ambiental hospitalaria, equipos de protección personal (EPP) y preparación para la posibilidad de mantener las habitaciones o unidades cerradas a nuevos ingresos hasta que el brote se encuentre controlado. También es importante mantener una adecuada comunicación entre los establecimientos de salud antes del traslado de los pacientes con infección o colonización por *Cándida auris* y en el transcurso de este.
- Activación del Comité Técnico y equipo operativo de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (PCI-IAAS) hospitalario cuando se detecte por primera vez *Cándida auris* en un establecimiento de salud o brote. El grupo debe estar integrado por personal de administración, enfermería, limpieza ambiental hospitalaria, atención médica y laboratorio, ya que cada integrante es fundamental para controlar el agente patógeno.
- Capacitación y educación de los trabajadores de salud y área administrativa.

#### d. Laboratorio

- Laboratorios de microbiología dotados de insumos y de profesionales capacitados para una rápida detección de microorganismos o convenios con laboratorios de microbiología según corresponda.
- La captación de casos con *Cándida auris* debe fortalecerse, para asegurar la toma adecuada y envío oportuno de muestras al Laboratorio de Referencia Nacional INSPI para confirmación del microorganismo y análisis de genotipificación.

#### Bibliografía:

1. OPS/OMS. Alerta Epidemiológica: Brotes de *Candida auris* en servicios de atención a la salud. 2021;5.
2. *Candida auris*: a review of recent literature - GOV.UK [Internet]. [cited 2024 Jun 24]. Available from: <https://www.gov.uk/government/consultations/candida-auris-update-to-management-guidance/candida-auris-a-review-of-recent-literature>
3. CDC. La *Candida auris*\_ Un hongo resistente a los fármacos que se propaga en los centros de atención médica \_ CDC. 2020;
4. CONAVE. Aviso Epidemiológico (actualización). 2021;1–6. Available from: <https://www.gob.mx/salud/documentos/aviso-epidemiologico-candida-auris-septiembre-2021>
5. Jeffery-Smith A, Taori SK, Schelenz S, Jeffery K, Johnson EM, Borman A, et al. *Candida auris*: A review of the literature. Clin Microbiol Rev. 2018;31(1):56–7.