

CIRCULAR EXTERNA

1000-0025

Bogotá, 26 JUL 2017

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, SECRETARIOS O DIRECTORES DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES, COORDINADORES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, COORDINADORES DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA, EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS, ENTIDADES RESPONSABLES DE RÉGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, ASOCIACIONES CIENTÍFICAS, UNIVERSIDADES Y ENTIDADES INTERESADAS.

ASUNTO: FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA, CONTROL DE BROTES Y PREVENCIÓN DE NUEVOS CASOS DE INFECCIONES INVASIVAS CAUSADAS POR LA LEVADURA MULTIRRESISTENTE, *CANDIDA AURIS*, DANDO ALCANCE A LA ALERTA EMITIDA EN SEPTIEMBRE DE 2016.

Antecedentes

A nivel mundial se ha reportado a la *Candida auris* como una levadura emergente multirresistente relacionada con infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y una elevada mortalidad¹. La *C. auris* se identifica erróneamente con los métodos de laboratorio automatizados convencionales como *C. haemulonii*, *C. famata*, *C. sake*, *Rhodotorula glutinis* y otras especies de *Candida*. Para la identificación de este microorganismo son necesarias técnicas especializadas², como la desorción por láser asistida por matriz/ionización-tiempo de vuelo (MALDI-TOF) y la secuenciación de la región D1/D2 del gen que codifica la subunidad del RNA ribosomal.

Una de las características de esta levadura es su multiresistencia; algunos aislamientos de *C. auris* presentan concentraciones inhibitorias mínimas (CIM) elevadas a las tres principales clases de antifúngicos, limitando las opciones terapéuticas. En Colombia, circulan cepas de esta levadura con valores elevados de CIM a los tratamientos antifúngicos más utilizados: fluconazol y anfotericina B.

El primer caso de infección con *C. auris* se identificó en Japón en el 2009, en una muestra de secreción de oído³. A partir de ese momento, las infecciones por esta levadura, durante

¹ Calvo, B. et al. First report of *Candida auris* in America: Clinical and microbiological aspects of 18 episodes of candidemia. *J. Infect.* 73, 369–374 (2016).

² Centers for Disease Control and Prevention. *Candida auris* Interim Recommendations for Healthcare Facilities and Laboratories. (2016). Disponible en: <https://www.cdc.gov/fungal/diseases/candidiasis/recommendations.html>

³ Satoh, K. et al. *Candida auris* sp. nov., a novel ascomycetous yeast isolated from the external ear.

brotos intrahospitalarios por fungemias, se han reportado en más de 14 países⁴. En el 2016 se recibieron aislamientos inusuales los cuales fueron confirmados como *C. auris* y asociados a cuatro brotes en instituciones de salud de Bogotá D.C., Barranquilla y Cartagena. Con el apoyo de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, se realizó la investigación de estos cuatro brotes que ampliaron el conocimiento sobre el microorganismo, identificando que puede permanecer en superficies del ambiente hospitalario hasta por seis meses, a pesar de los procesos de limpieza y desinfección rutinaria.

La evidencia sugiere que la transmisión de *C. auris* es intrahospitalaria, aunque se desconoce el mecanismo. Se ha logrado identificar que causa infección en pacientes de cualquier grupo etario y que los factores asociados son similares a aquellos reportados por infecciones por otras especies de *Candida* tales como estancia en UCI, exposición a dispositivos invasivos y procedimientos quirúrgicos⁵.

Los estudios de Secuenciación de Genoma Completo (WGS, por sus siglas en inglés) de aislamientos clínicos y ambientales de *C. auris* en Colombia, han demostrado alta clonalidad de los aislamientos recuperados, siendo agrupados en un clado filogenético específico para la región suramericana.

A raíz de la alerta nacional emitida por el INS en septiembre del 2016⁶, se han identificado hasta junio de 2017, 123 casos confirmados de infección por *C. auris*, en 20 instituciones de salud de los departamentos de Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Bolívar, Cesar, Magdalena, Norte de Santander, Santander y Valle del Cauca.

Por su diseminación rápida en el territorio colombiano, el Instituto Nacional de Salud emite las siguientes recomendaciones:

Acciones por laboratorio

Todos los laboratorios clínicos de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y los demás laboratorios, incluyendo los adscritos o pertenecientes a los centros de investigación que presten servicios de identificación de microorganismos a instituciones de salud, o que procesen muestras de pacientes hospitalizados o en Unidades de Cuidados Intensivos, deben enviar al Grupo de Microbiología del INS, por intermedio del Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital (LDSP) respectivo, todas las levaduras que cumplan con los criterios descritos el siguiente algoritmo (Figura 1). No se deben enviar las levaduras directamente de la institución de salud al INS.

El envío del aislamiento debe estar acompañado del informe con los resultados de las pruebas bioquímicas y del perfil de sensibilidad antifúngica, según el formato para el envío de aislamientos de bacteriología general (solicítelo al coordinador del LDSP).

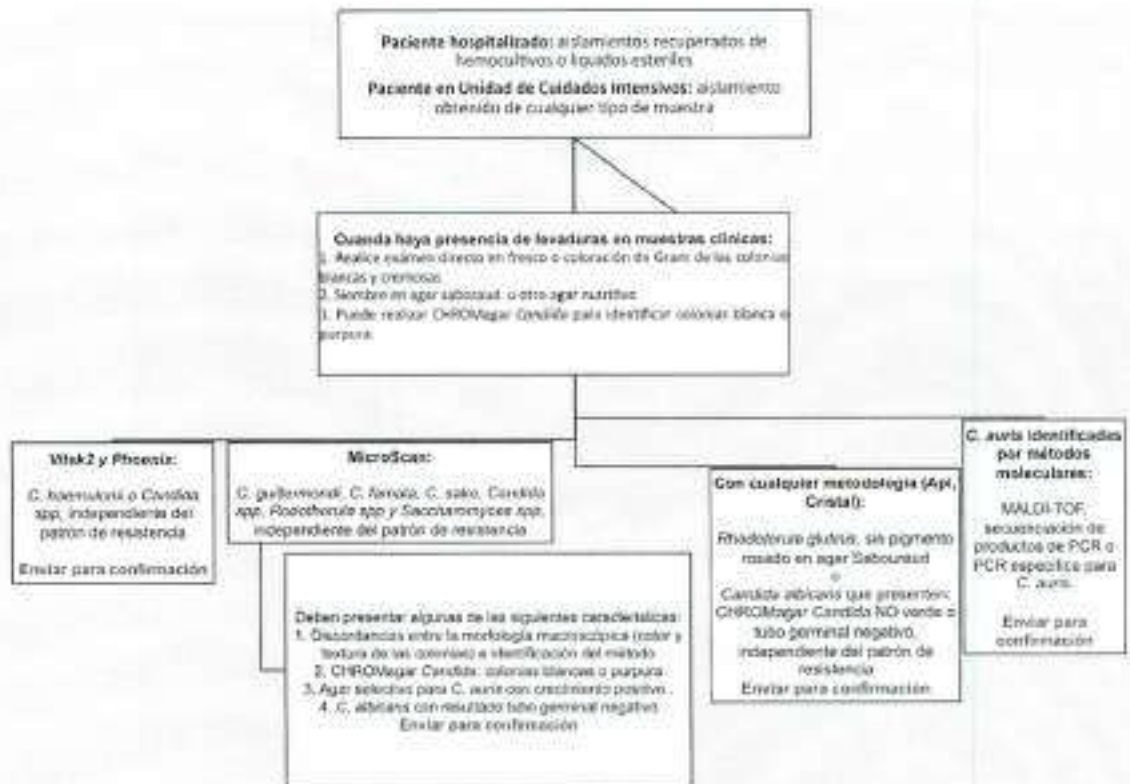
⁴ Centers for Disease Control and Prevention. General Information about *Candida auris* (2017). disponible en:

<https://www.cdc.gov/fungal/diseases/candidiasis/candida-auris-ganda.html>

⁵ Kullberg, B. J. & Arendrup, M. C. Invasive Candidiasis. *N. Engl. J. Med.* **373**, 1445–1456 (2015)

⁶ Instituto Nacional de Salud. Alerta por la emergencia global de infecciones invasivas causadas por la levadura multiresistente, *Candida auris*. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/ramitas-y-servicios/examenes-de-inter/C3%4De-en-salud-publica/Microbiologia/Alerta%20de%20C.%20auris.pdf>

Figura 1. Algoritmo para el envío de aislamientos probables para la confirmación de *C. auris*



Acciones de Vigilancia en Salud Pública

- Ante la identificación de un aislamiento sospechoso de *C. auris*, el laboratorio de microbiología que detecte el caso debe reportar inmediatamente al equipo de vigilancia y control infecciones de la institución para instaurar las medidas de control.
- Si el paciente cumple criterios para una infección asociada a dispositivo, realice la notificación en el Sivigila, con la ficha de evento 357.
- Ante la sospecha de brote por este microorganismo, la UPGD deberá realizar la notificación inmediata de este evento al INS a través del equipo IAAS y el Centro de Operaciones de Emergencias (COE).
- Dado que *C. auris* es un microorganismo emergente e inusual, ante un primer caso identificado por la UPGD, éste será considerado como un brote en el ámbito

hospitalario y deberá ser notificado inmediatamente al INS. Al mismo tiempo se debe enviar el aislamiento según el algoritmo (Figura 1).

- La atención del brote y la contención del mismo, deberá realizarla la UPGD con el apoyo de las secretarías de salud municipal, departamental o distrital.
- Mantenga la vigilancia activa de *C. auris* en la institución y construya la tendencia del comportamiento de este microorganismo para establecer si se logró controlar la situación con las medidas de control implementadas.

Acciones de control y prevención de nuevos casos

- A todo paciente a quien se le sospeche una infección o colonización por *C. auris*, se le debe realizar aislamiento estándar y de contacto estricto para microorganismos multirresistentes. Aislar al paciente en una habitación individual o realizar cohorte de pacientes que estén infectados con el mismo microorganismo⁷.
- Se debe minimizar la cantidad de personal asistencial que cuida al paciente con *C. auris*. Si hay varios pacientes con *C. auris* en el hospital, considere conformar un grupo de personal que atienda a estos pacientes de forma exclusiva⁸.
- Al cuidar a los pacientes de *C. auris*, los trabajadores de la salud deben seguir las prácticas estándar de higiene de las manos, que incluyen el uso de alcohol desinfectante para las manos o, si las están sucias, lavarlas con agua y jabón. El uso de guantes no es un sustituto de la higiene de las manos. Debe cumplirse estrictamente con los cinco momentos para la higiene de manos^{7,8}.
- Como parte de las precauciones de contacto, el personal de salud debe usar siempre guantes para reducir la contaminación de las manos, evitar tocar las superficies fuera del entorno inmediato del paciente mientras usa guantes y llevar a cabo la higiene de las manos antes de ponerse los guantes y después de retirarlos⁸.
- Cuando se realice la remisión de un paciente colonizado o infectado por *C. auris* deberán informar sobre esta situación a la UPGD que recibirá al paciente, para que implemente las medidas de control y aislamiento necesarias⁸.
- Debido a que se desconoce cuánto dura una colonización de *C. auris*, no hay un periodo de aplicación esperado de precauciones para el control de infecciones. Es posible que se necesite evaluar periódicamente la presencia de colonizaciones de *C. auris* (por ejemplo, mensual o trimestralmente) para determinar cuánto deberían durar las medidas de precaución. En estas evaluaciones se deberían incluir hisopados en los pacientes en sitios como axila e ingle. Para que se considere la suspensión de las medidas de precaución, se deben obtener resultados negativos en dos evaluaciones, con un intervalo de al menos una semana, sin que el paciente esté en tratamiento antimicótico activo contra *C. auris* al momento de las evaluaciones⁸.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud - Recomendaciones básicas. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=detail&cid=5603&Itemid=40930&lang=es

⁸ Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Infection Control for *Candida auris* (2017). Disponible en: <https://www.cdc.gov/fungal/diseases/candida/auris-infection-control.html>

- Los equipos médicos compartidos, por ejemplo, aparatos para terapia física o recursos recreativos, se deben limpiar y desinfectar para el uso entre pacientes⁹.
- *C. auris* puede persistir en superficies en el ambiente hospitalario. Los productos de amoníaco cuaternario que se usan rutinariamente para la desinfección pueden no ser eficaces contra *C. auris*; por esta razón, las áreas involucradas en el proceso de atención de pacientes colonizados por *C. auris*, deberán asegurar que se realice la limpieza y desinfección profunda y terminal diaria en las habitaciones con productos que tengan acción eficaz frente al *Clostridium difficile*, según la lista K de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los EEUU⁹ y que este aprobada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).
- Implemente las medidas de precaución hasta que se logre la eliminación del microorganismo en la institución.

Atentamente



FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Directora General (E)
Instituto Nacional de Salud
Avenida calle 26 N 51-20 Bogotá- Colombia
PBX: (57-1) 2207700

Elaboró: Sandra Rivera, Equipo IAAS, INS
Patricia Escandon, Grupo de Microbiología, INS
Revisó: María Alexandra Duran, Directora Técnica, Redes en Salud Pública, INS

⁹Agencia de Protección Ambiental de los estados unidos. Lista K. Disponible en: https://www.epa.gov/sites/production/files/2017-01/documents/20172201_list_k.pdf