

Las nuevas recomendaciones de tratamiento OPS-OMS: tratamiento, Enf. Avanzada, PTMI

Dr. Omar Sued



Simposio Regional
*Comunidad y ciencia unidas para la eliminación
de la epidemia de **VIH** en América Latina*

Introducción

2.5 millones de personas con VIH en LA y 340M en Caribe
2 millones en TARV

TLD es el esquema más utilizado tanto, para pacientes naive como pretratados

Hay más datos sobre eficacia de DTG, inhibidores de proteasas y TAF

Los datos de terapia doble la consolidan como una opción segura y efectiva

Los inyectables de larga duración se empiezan a utilizar en países de renta baja y media

La transmisión MI continúa siendo un problema significativo

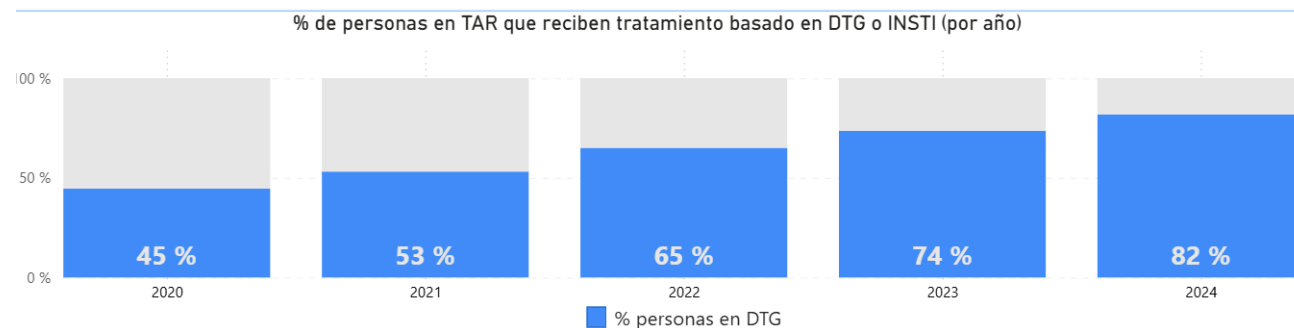
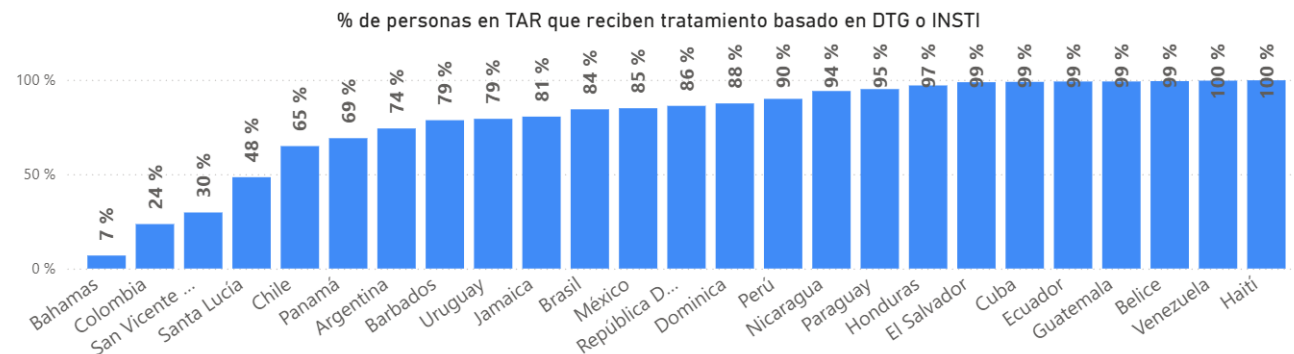


Figure 0.1. Number of new HIV infections, global, 1990–2024, 2025 and 2030 targets

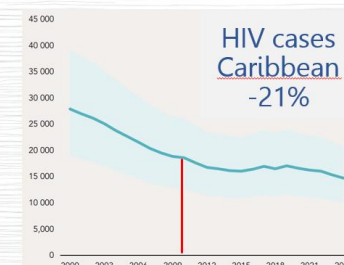
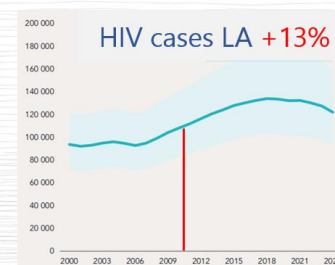
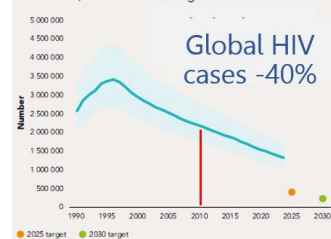
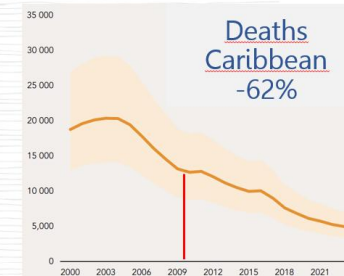
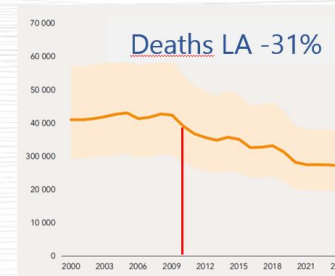
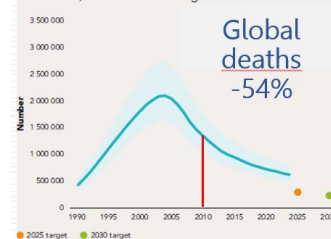


Figure 0.2. Number of AIDS-related deaths, global, 1990–2024, 2025 and 2030 targets



Breve resumen de las Guías Consolidadas de Tratamiento del VIH OPS-OMS 2021

CUANDO COMENZAR:

- **Inicio Rápido** de TARV: En el mismo día si el paciente esta listo, o al menos **dentro de 7 días** de la confirmación del diagnóstico, sin importar carga viral ni CD4
- **Coinfección TB/VIH**: comenzar **dentro de las 2 semanas** de iniciar el tratamiento de TB
- **Infecciones del SNC** (Neuro TB, criptococosis): **esperar 4-8 semanas** a partir del tratamiento de la infección del SNC

CON QUE COMENZAR:

- **TLD** (en dosis fija) es el **esquema preferente** para iniciar un TARV para **todas las PVVIH**
- Considerar el uso de ABC, TAF, EFV o IPs en circunstancias especiales

QUE USAR EN 2ª LÍNEA:

- **DTG** es la **opción preferida** para los que **no utilizaron este fármaco previamente**
- Los **IPs** es la **opción preferida** para las personas que presentan **fallo virológico a un esquema con DTG**

OPTIMIZACIÓN:

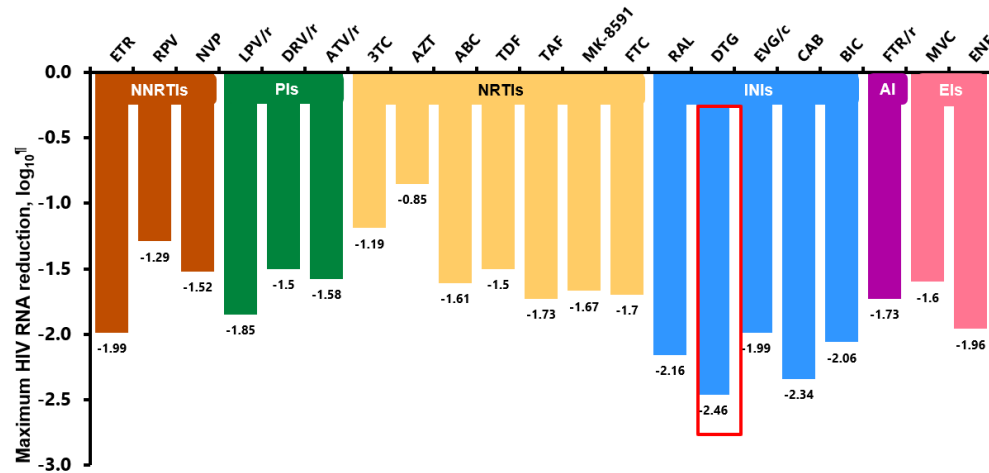
- **Simplificar a TLD** sin importar la carga viral, en los que están usando **EFV**.
- **Simplificar a TLD** las personas con **IPs** que nunca usaron **DTG** antes

SITUACIONES ESPECIALES:

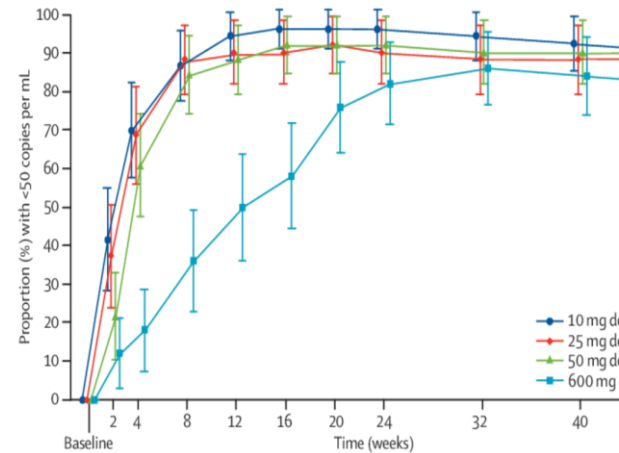
- **Duplicar la dosis de DTG** en personas utilizando rifampicina, fenitoína, o carbamazepina o fallo previo a INSTI

Características de DTG

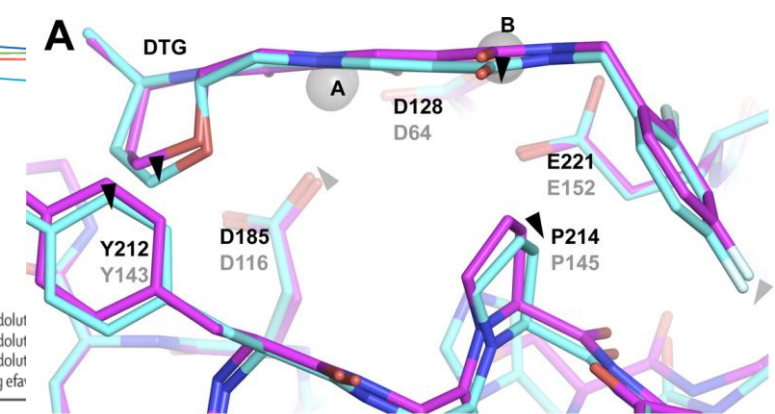
Fármaco más potente



Rápida reducción CV



Moléculas horizontal y flexible

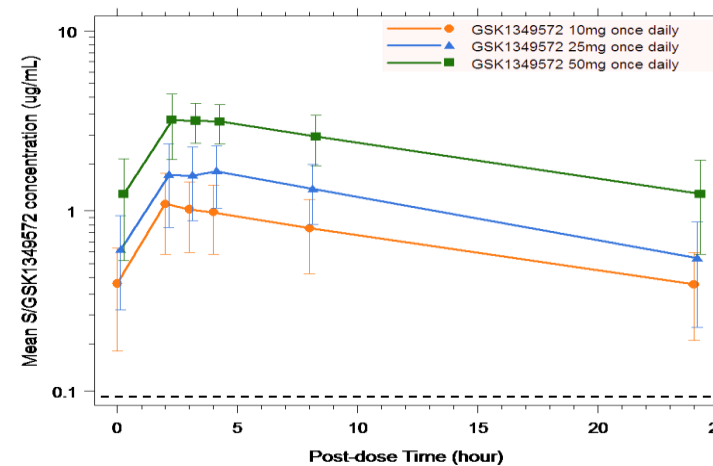


Cociente inhibitorio alto

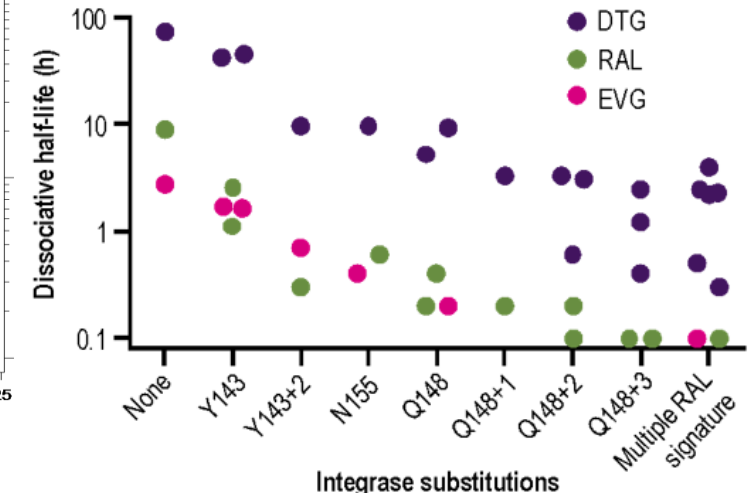
Dose (mg)	Tablet	Cmax (µg/mL)	AUC(0-τ) (hr·µg/mL)	Cτ (µg/mL)	IQ Cτ/PA-IC90
10	10mg	1.10 (37)	16.0 (40)	0.30 (71)	4.7
25	25mg	1.71 (43)	23.1 (48)	0.54 (67)	8.4
50	2x 25mg	3.40 (27)	48.1 (40)	1.20 (62)	19

Values shown are geometric mean (CV%)

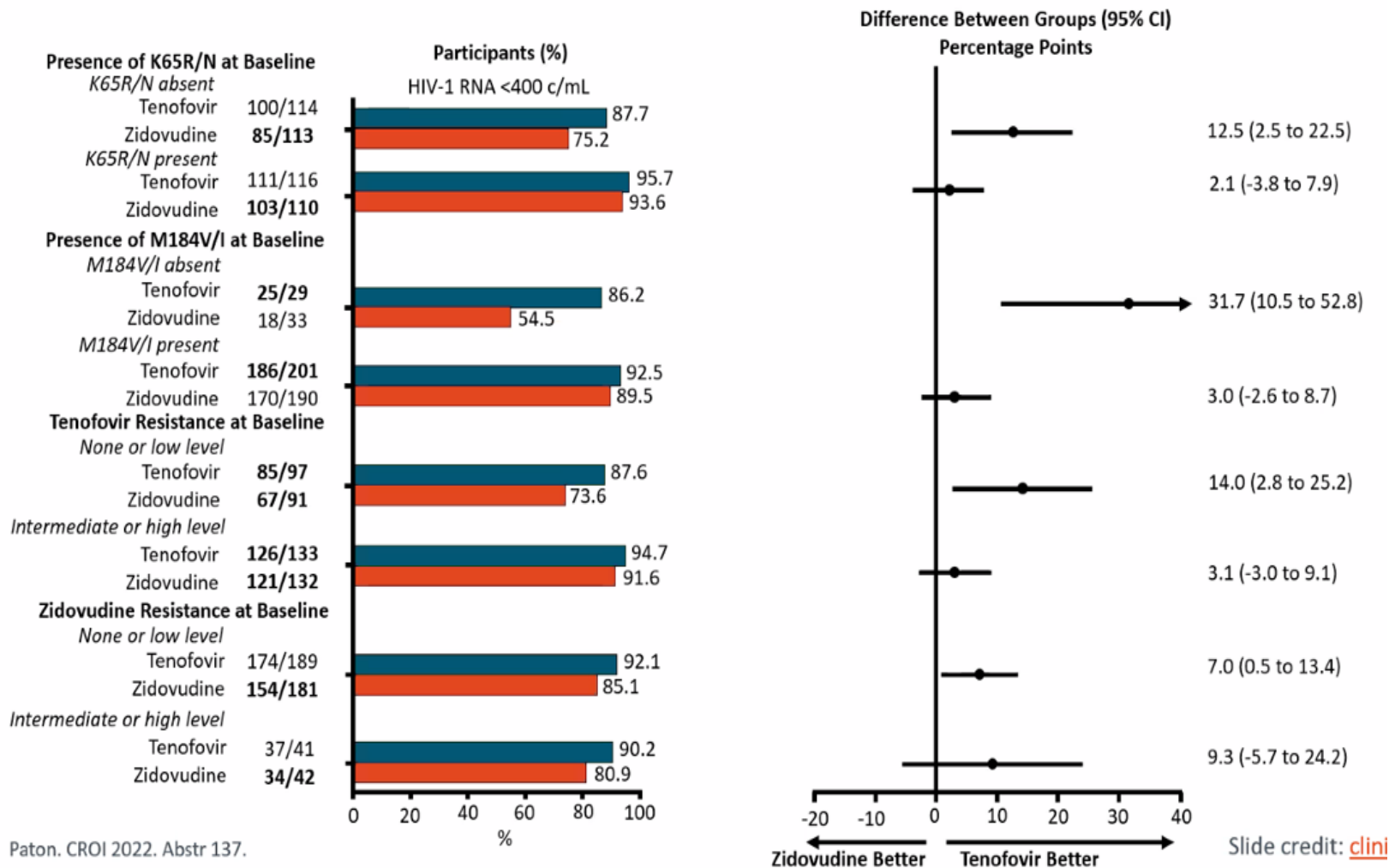
Larga vida media



Vida media de disociación larga



Datos nuevos que apoyan abandonar el AZT



Estudio NADIA: En caso de fallo EFV-TDF-FTC, siempre era mejor mantener TDF-FTC que cambiar a AZT.

AZT no superó a TDF ni siquiera en resistencia confirmada a TDF

Hallazgos similares en VISEND y DAWNING

Paton. CROI 2022. Abstr 137.

Paton. Lancet. 2022; Paton. CROI 2022. Abstr 137. Paton. NEJM. 2021;385:330.
Sivile. AIDS 2024. Abstr OAB3806LB. Mulenga. CROI 2022. Abstr 135.

TAF vs TDF

Escaso beneficio clínico real

Aunque afecta menos a los marcadores de laboratorio óseos y renales no se observaron diferencias en el resultado clínico (como fracturas o insuficiencia renal)

TAF es mejor que TDF en personas con osteoporosis o insuficiencia renal establecida

Buenos resultados en el embarazo y la coinfección por VHB

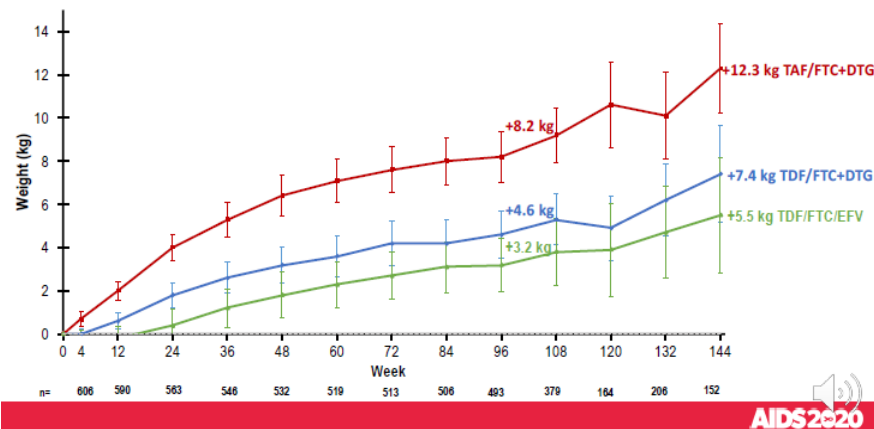
Perfil de toxicidad e interacciones

Mayor aumento de peso cuando se asocia TAF a DTG vs TDF (ADVANCE, AFRICOS). Mayor desarrollo de hipertensión (ADVANCE)

Mayor frecuencia de dislipidemia (y mayor riesgo de NASH/NAFLD)

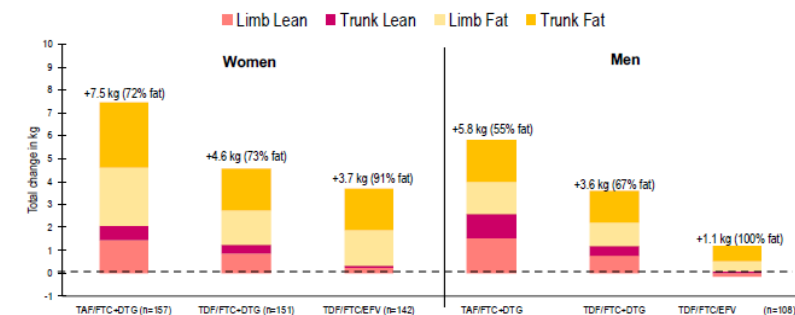
Sigue siendo contraindicado con la rifampicina debido al DDI

ADVANCE Trial: Mean change in weight (kg) to Week 96: Women



Changes in body composition to week 96

- Mass increases were largely fat over lean gain and were distributed between trunk and limbs in all arms
- Gain in fat mass was significantly higher in females compared to males ($p < 0.001$)

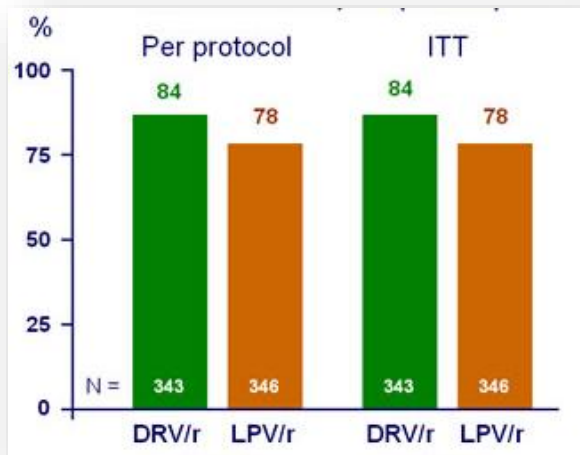


Comparación TAF - TDF

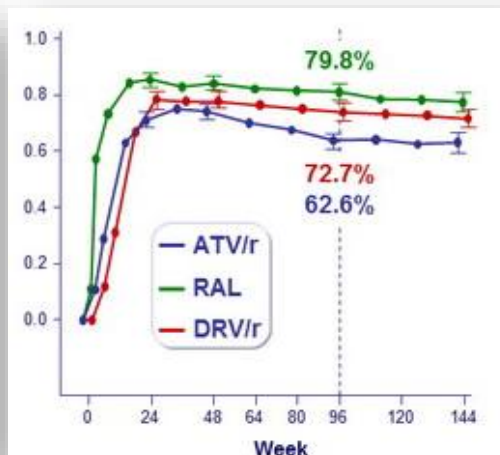
Parámetro	Favorece TAF	Favorece TDF	Comentario
Seguridad Renal	✓		El TAF muestra menor impacto en los marcadores de laboratorio renales y de densidad mineral ósea en comparación con TDF. Sin embargo, no hay una diferencia significativa en la incidencia de eventos clínicos al usar TDF o TAF con regímenes no potenciados. Con ritonavir hay una tasa de interrupción más alta debido a eventos renales.
Seguridad Ósea	✓		
Dislipidemia		✓	TAF se asocia a aumento de los niveles de colesterol LDL y triglicéridos.
Aumento de peso		✓	TAF se asocia a aumento de peso corporal, especialmente cuando se usa con INSTI.
Uso con ritonavir	✓		Con ritonavir se requiere reducir la dosis de TAF a 10mg. TDF con ritonavir se asocia a toxicidad renal.
Uso en coinfección TB		✓	TAF tiene interacciones farmacológicas importantes con las rifamicinas a nivel sérico, pero mantiene niveles intracelulares adecuados.
Uso en niños/as	>12 años	>30 kg	No se recomienda el TDF en niños pequeños. Dosificación de TAF para niños menores de 12 años no establecida.
Acceso en países renta baja y media		✓	Ambos están disponibles como CDF genéricas, pero en la región 14 países tienen patente para TAF.

Darunavir es el inhibidor de proteasa preferido para las personas **que no pueden usar DTG**

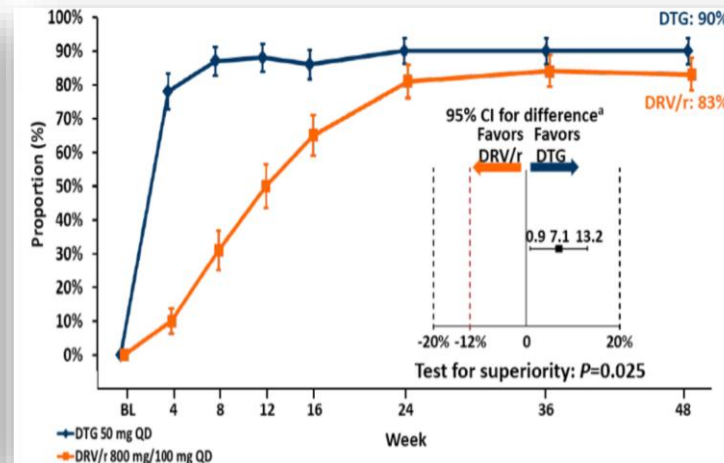
En ARTEMIS, DRV/r es mejor que LPV/r



En ACTGA5257 DRV/r es mejor que ATV/r



En Naïve (FLAMINGO study) DRV/r es peor que DTG, sobre todo en CV alta



- Mejor que LPV/r y ATV/r
- Peor que DTG en naive, y similar a DTG en pretratados
- Disponible como CDF precalificada genérica con ritonavir en dosis 400/50mg
- No puede usarse con rifampicina (usar rifabutina o cambiar)
- La dosis de DRV 600/100 c/12hs para:
 - En la tercera línea (fallo de otra IP)
 - Mujeres embarazadas

Comparación de ATV/r, LPV/r, DRV/cobi, DRV/rito

Parámetros	ATV/r	LPV/r	DRV/cobi	DRV/r
Consistencia con los regímenes pediátricos	A partir de 3 meses ^a	A partir de 2 semanas	No	A partir de 3 años ^b
Número de pastillas por día (dosis estándar CDF)	1	4	1	2 (400/50mg) ^c
Comodidad (dosis al día)	1	2	1	1 ^c
Seguridad en el embarazo	Si	Si ^d	No evaluada	Falta estandarizar dosis baja ^c
Intolerancia gastrointestinal	+	+++	+	+
Barrera genética	Débil	Débil	Fuerte	Fuerte
Disponibilidad como CDF genérica para adultos	Si	Si	No	Si
Disponibilidad como CDF genérica pediátrica	No	Si ^f	No	No ^e
Hiperbilirrubinemia	++	No	No	No
Dislipidemia	+	+++	++	++
Precio (por mes, en USD)	10.5	18.50	518 (en Mex)	17.50

ATV/r = atazanavir/ritonavir; DRV/r = darunavir/ritonavir, LPV/r = lopinavir/ritonavir,

a) El ATV/r puede usarse en niños mayores de 3 meses, pero hay disponibilidad limitada de formulaciones pediátricas, b) El DRV/r solo se puede utilizar en niños mayores de 3 años., c) Para tercera línea y embarazo se prefiere la dosis de 600/100 cada 12 horas. d) LPV/r se asocia con la aparición de más resultados adversos en el embarazo que ATV/r y DRV/r, e) Una coformulación genérica de DRV/r pediátrica (120/20 mg) está en desarrollo final, f) Se puede usar jarabe o gránulos LPV/r a partir de 2 semanas del nacimiento.

Recomendaciones adultos 2025

Área	Antes	Nueva recomendación 2025	Racional
Inhibidores de Proteasa	- ATV/r y LPV/r - DRV/r era solo alternativa	- DRV/r es el preferido - ATV/r LPV/r alternativos	Más seguro, más potente, genérico disponible. ARTEMIS, FLAMINGO
NRTI para tratamiento de inicio	- TDF el preferido para adultos - ABC el preferido para niños - AZT o TAF como alternativo y para situaciones especiales	Niños/as >30kg, adolescentes y adultos: TDF o TAF opción preferida, tanto para inicio como seguimiento Niños/as <30kg ABC es la opción preferida	Mejor tolerado, seguro a largo plazo, TAF disponible como CDF TAF-ED. ODDYSEY muestra más eficacia que LPV o NVP
Secuenciación de NRTI	Requería secuenciar NRTI en caso de fallo	No secuenciar, mantener los preferentes en segunda línea	NADIA, VISCEND, DAWNING
NUEVA Terapia doble 3TC-DTG	No se recomendaba	Simplificar a DTG+3TC a los adultos y adolescentes con CVND que no tienen hepatitis B activa	PADDLE, GEMINI, TANGO, SALSA, SOLAR
NUEVA ARVs de larga duración para tratamiento	No se recomendaba	CAB + RPV como una alternativa para simplificar a los adultos y adolescentes con CVND que no tienen hepatitis B activa	CARES e IMPALA estudios en Africa que demuestran factibilidad

3TC-DTG

NAÏVE

PADDLE

ACTG A5353

GEMINI 1&2

DOLCE (<200 CD4)

STAT (inicio rápido)

Simplificación

TANGO

SALSA

DOLAMA

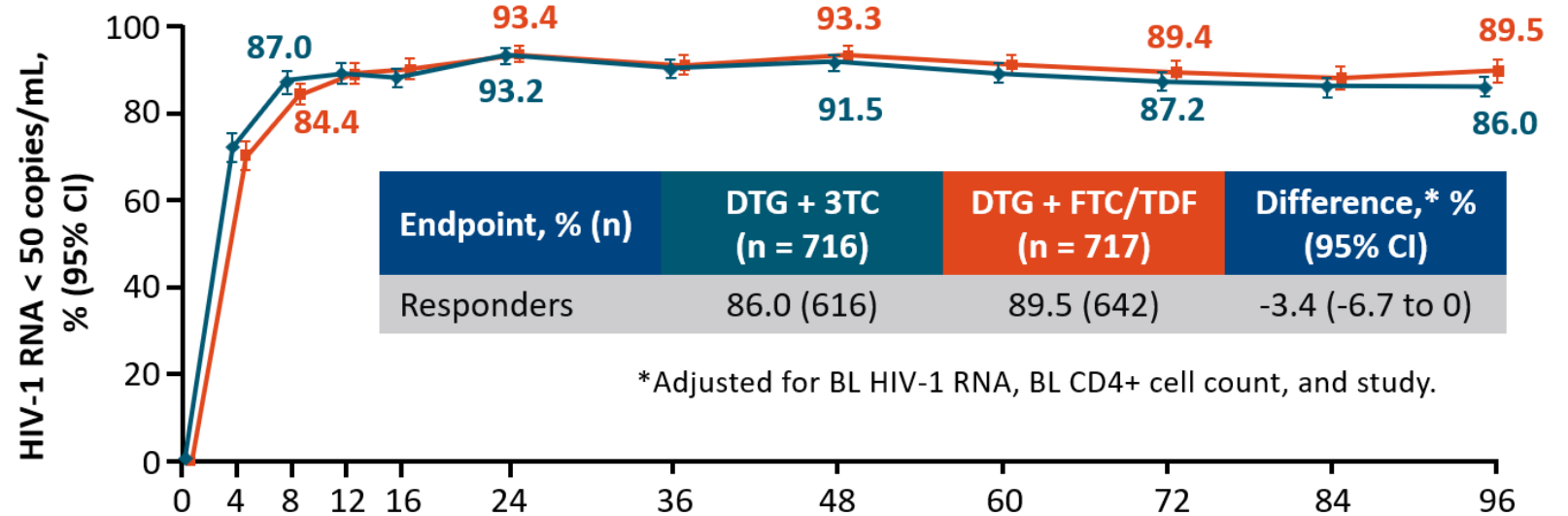
PASO DOBLE

Con 184V

SOLAR-3D

ART-PRO

- DTG + 3TC demostró no ser inferior que triple terapia en el análisis conjunto GEMINI 1 y 2



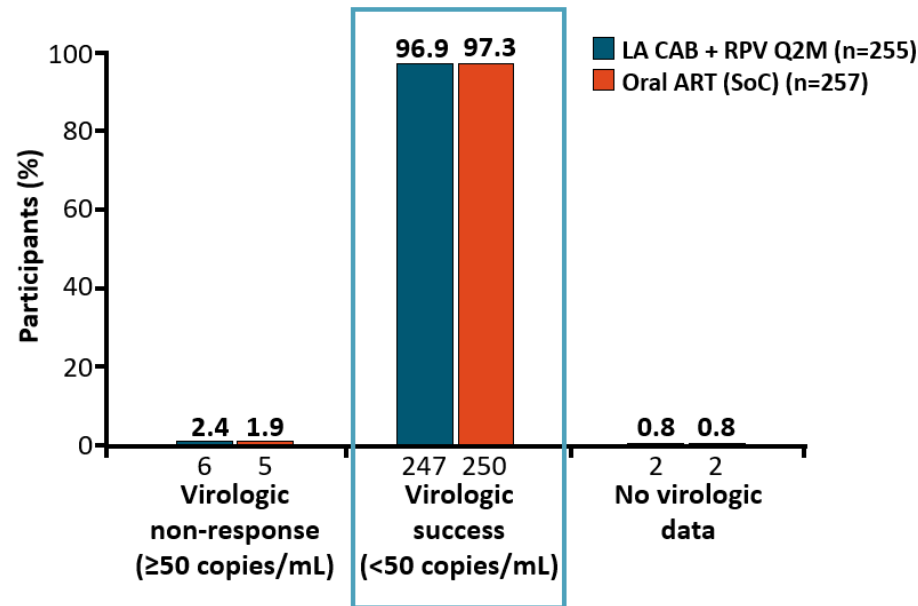
La presencia de mutaciones M184V no se asoció a mayor riesgo de fallo

Los marcadores inflamatorios, el DNA proviral, ni los blips fueron diferentes entre las ramas

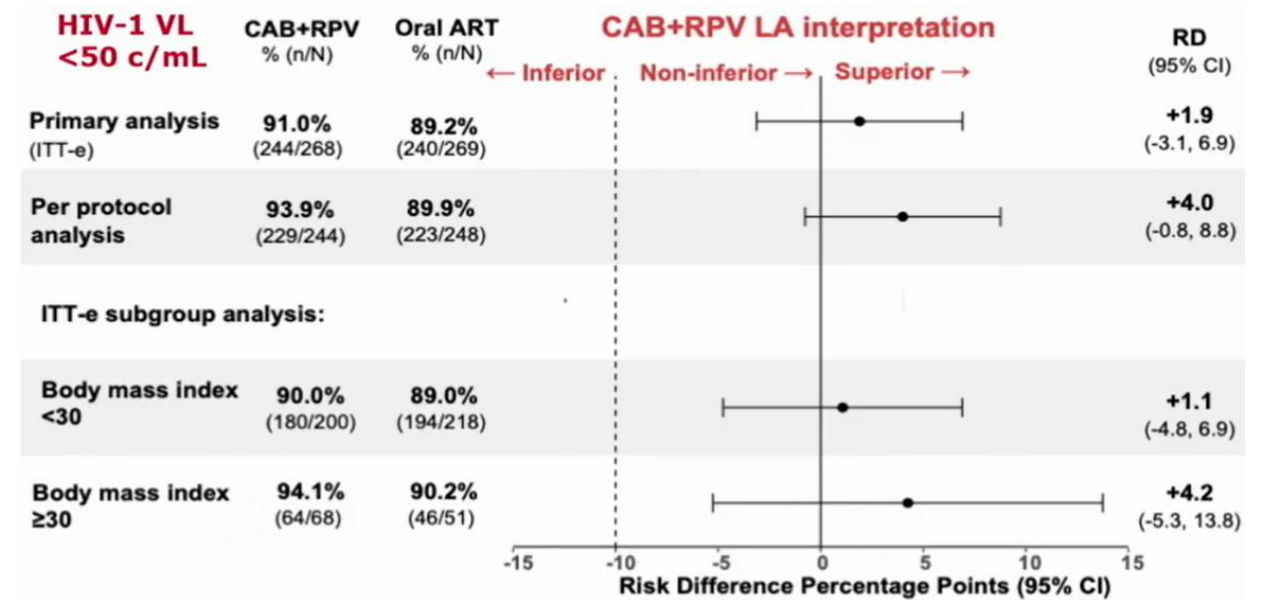
Todos los estudios de simplificación mostraron no inferioridad y algunos demostraron ventajas con respecto al comparador

CAB-RPV LA en países de ingreso bajo

CARES: Simplificación en virémicos (N=512)



IMPALA: Simplificación en virémicos (N=540)



- Simplificación en FLAIR, ATLAS, CARISEL, RELATIVITY y WARD86 en virémicos con buenos resultados
- En el África subsahariana, cambiar a LA CAB + RPV vs a continuar con ART oral (SoC) se asoció a buena supresión y no inferioridad a SOC.
- En CARES el monitoreo limitado (CV cada 6 meses) fue suficiente
- En IMPALA, escasos casos de fallo, todos suprimidos con TLD (incluso con mutaciones a DTG)
- El tratamiento fue seguro y bien tolerado
- La mayoría de las ISR fueron leves a moderadas y raramente requerían interrumpir el TAR
- Buena satisfacción de los pacientes

[Cressel, IMPALA, IAS Kigali, Co-Chairs' choice](#)

Kityo, Lancet ID 2024

Implementación y Brechas en la Investigación

Recomendación

implementación

investigación

DRV/r como IP preferido

- Genérico 400/50mg a u\$s 14-mes
- Dos dosificaciones diferentes 800/100 QD y 600/100 BID
- Interacción con rifampicina (usar rifabutina)

- Dosis adecuada en mujeres embarazadas
- Formulaciones pediátricas y seguridad en <3 años

¿TDF o TAF?

- No hay un limite de edad para usar TDF
- Balancear los riesgos y beneficios
- Sin patente u\$s 3/mes, con patente u\$s 70 (14 países de la región tienen patente)
- Para IP/r se requiere una dosis más baja de TAF (10mg)

- Dosis con IP/r
- Dosis de TAF en niños 3 a 12 años
- TAF y rifampicina (es realmente clínicamente importante?)

Mantener TDF (o ABC) en vez de secuenciar

- Eliminar el uso de AZT
- Eliminar el uso de fármacos por separado

- Más estudios como el NADIA pero en personas fallando a INSTI

Simplificación a DTG+3TC

- Ideal para adultos mayores y preocupación por toxicidad a TDF
- Asegurar el estatus de VHB y la vacuna
- Estudios en naïve, pretratados, y con antecedentes de Resistencia a 3TC

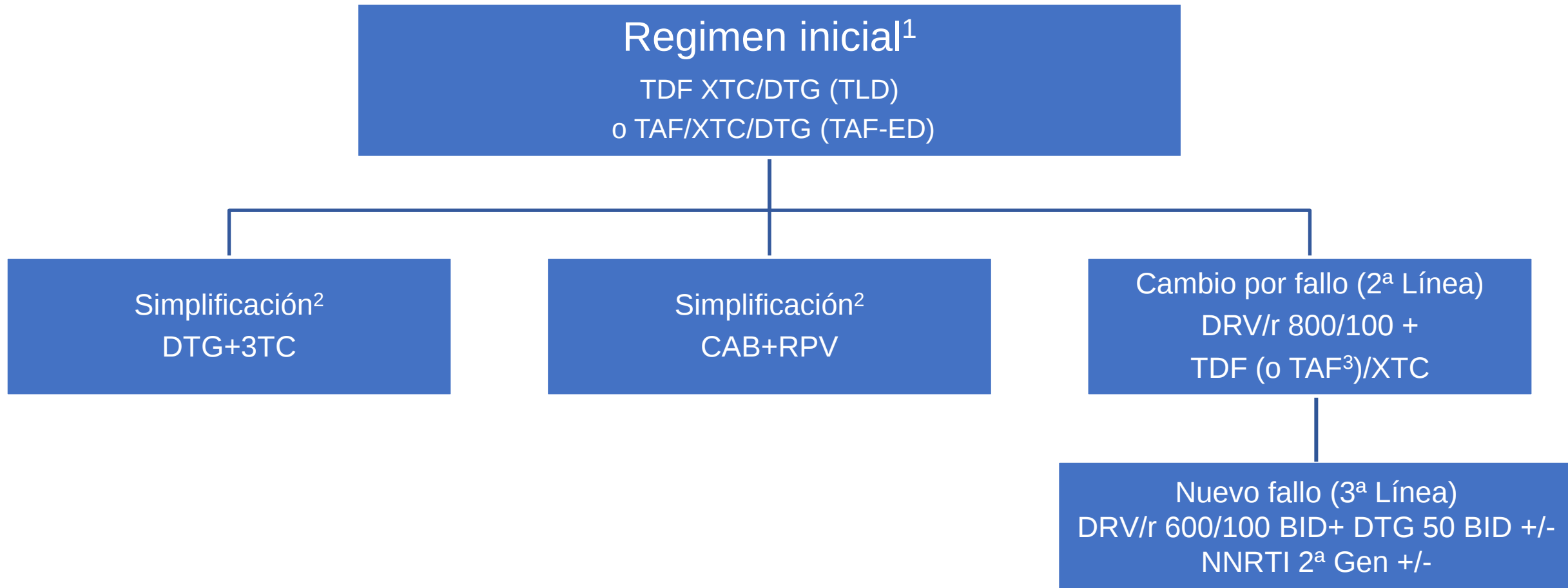
- Más estudios en embarazadas y niños
- Esquema de rescate en caso de fallo

Simplificación a CAB+RPV

- Ideal para personas con problemas de retención y adherencia
- Testear para VHB y vacunar, descartar TB
- Requiere infraestructura de salud y Capacitación
- RPV requiere cadena de frío

- Más estudios en embarazadas y niños
- Más estudios en personas en fallo o con mala adherencia
- Otras combinaciones de larga duración (CAB+LEN, regímenes orales semanales o mensuales)

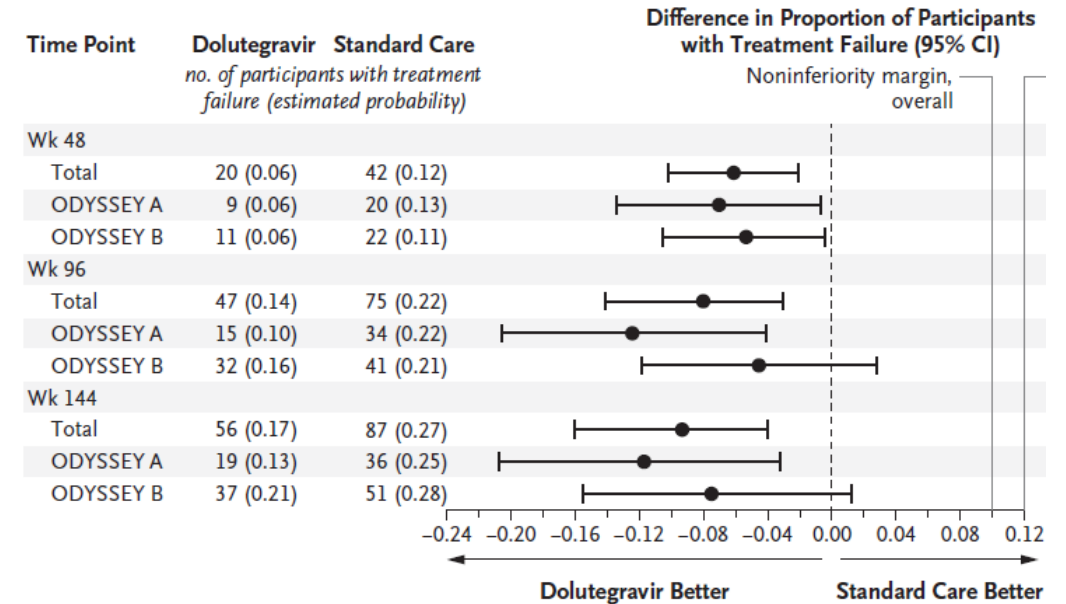
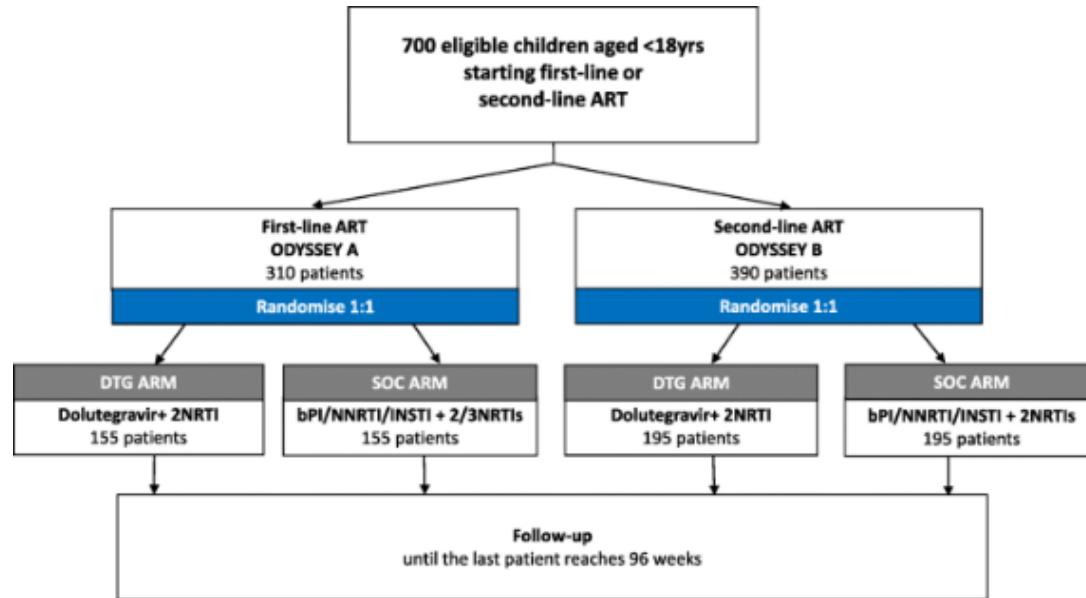
Opciones de TARV para adultos y adolescentes



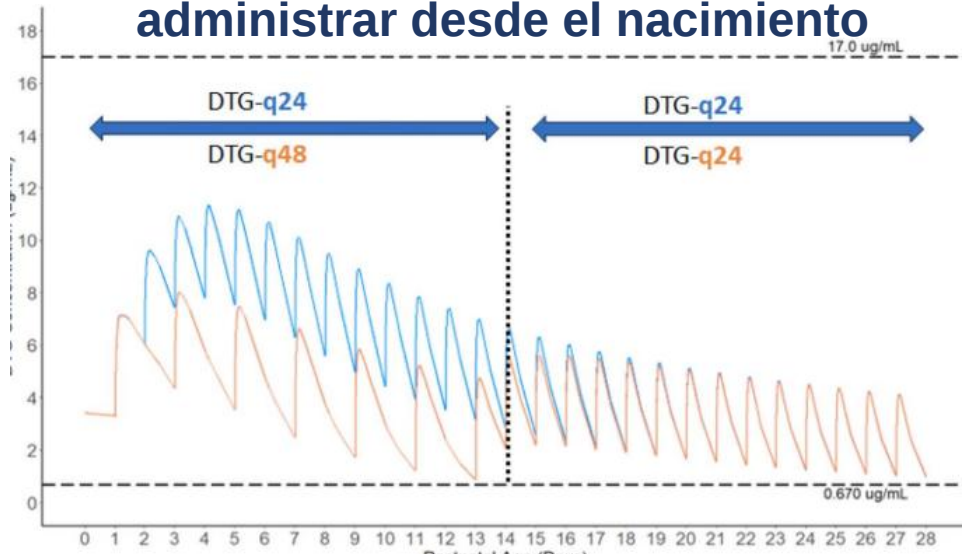
XTC= 3TC or FTC

1. Para inicio o para optimización de pacientes tratados con TLE
2. CV Indetectable y sin hepatitis B
3. Dosis reducida (10 mg) con IP potenciados

pDTG cambió la perspectiva de TARV pediátrico



Estudio farmacocinéticos para administrar desde el nacimiento



- Dolutegravir ha revolucionado el tratamiento pediátrico
- 86% supresión a los 2 años, con menos toxicidad y mejor tolerancia
- Se puede administrar desde el nacimiento (las dos primeras semanas cada 48hs)
- Se recomienda tratamiento con ABC-3TC-DTG para todos los niños

Tratamiento antirretroviral de niños/as



Neonatos (del nacimiento al mes de vida)

- pDTG 10mg dispersable + ABC/3TC 120/60mg

Edad	DTG 10 mg dispersable	ABC-3TC 120-60mg dispersable	Frecuencia
Del nacimiento hasta las 2 semanas	$\frac{1}{2}$ tableta	$\frac{1}{4}$ tableta	Cada 48 hs.
De 2 a 4 semanas	$\frac{1}{2}$ tableta	$\frac{1}{4}$ tableta	Una vez al día

Niños/as a partir de las 4 Semanas de vida y +3 kg de peso

- pADL (ABC/DTG/3TC 60/30/5mg)

Peso	# tabletas por día
3 a < 6kg	1
6 a <10kg	3
10 a <14kg	4
14 a <20kg	5
20 a <25kg	6

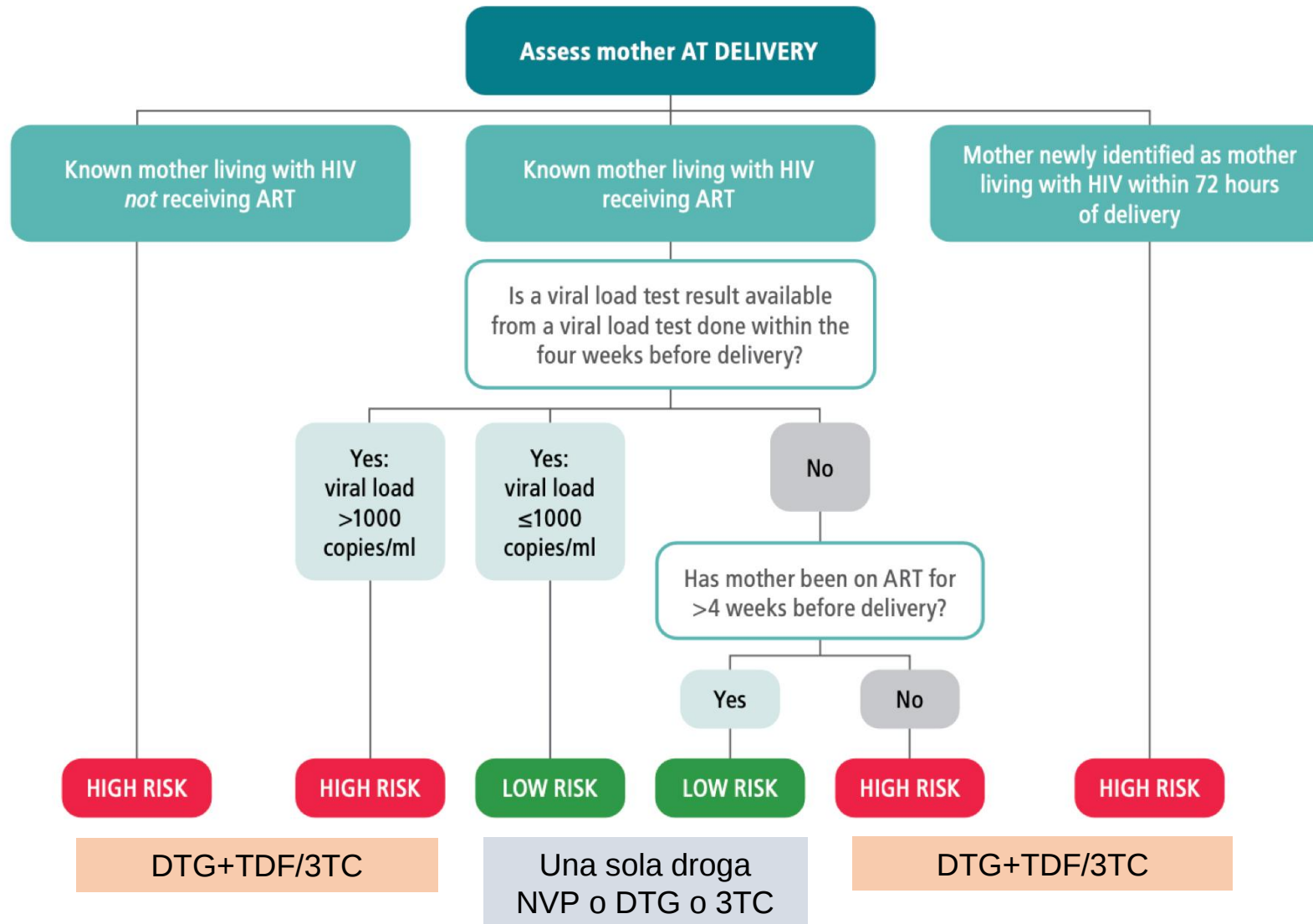
* Para niños con ≥ 37 semanas al momento del parto

Recomendaciones Pediatría y TMI 2025

Área	Antes	Nueva recomendación 2025	Racional
NUEVA Dosis de DTG	DTG solo a mayores de un mes de vida	- Utilizar DTG desde el nacimiento en niños/as nacidos a término - Primeras 2 semanas dar cada 48hs - Más de 2 semanas dar en forma diaria	Estudio Petite muestra PK comparable. pADL solo usar desde 4 semanas en >3kg
NUEVA Profilaxis de alto riesgo	- AZT-3TC-NVP, o - AZT-3TC-RAL	- ABC+3TC y DTG es la opción preferida por 6 semanas - Si recibe lactancia materna, continuar con NVP (alternativa DTG o 3TC) hasta suspender lactancia (o hasta que la madre logre la supresión viral)	Se utilizan fármacos más seguros, menos tóxicos y más efectivos
NUEVA Profilaxis de bajo riesgo	AZT jarabe VO 6 semanas	6 semanas de un solo fármaco (preferentemente NVP, o alternativamente DTG o 3TC)	AZT es más tóxico, cada 12hs, menos efectivo que NVP, DTG o 3TC
NUEVA Lactancia materna	Permitir la sustitución de la lactancia si era AFASS	- Donde se reemplaza la lactancia, madres en ART con CVND se les debe ofrecer y apoyar en la elección de lactancia materna - Se pueden brindar intervenciones en los centros de salud y comunitarias para apoyar la adherencia y mejorar la retención del binomio, para optimizar la lactancia materna	Es importante informar a la madre sobre los riesgos y beneficios de la lactancia materna, y explorar los determinantes sociales que influyen en no poder reemplazarla

Definición de Riesgo TMI (desde 2016)

Algoritmo para evaluar el riesgo del recién nacido/a al momento del parto



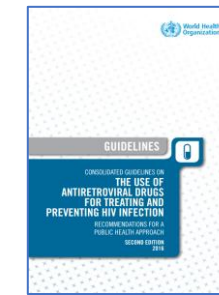
La carga viral materna es el factor más importante para determinar el riesgo de transmisión vertical del VIH

Infantes de alto riesgo los que nacieron de madres que:

- Tienen <4 semanas de TAR al momento del parto,
- Tienen CV >1000 copias/mL, o
- Se diagnosticaron durante el embarazo o la lactancia, o
- Se diagnosticaron en el periodo posparto

INDICACIÓN

- Profilaxis 3 ARVs
- Primer diagnóstico virológico al nacimiento (hasta 72hs), luego 4-6 semanas y 4-6 meses



HIV PREVENTION		03
3.1	Combination HIV prevention	66
3.2	Pre-exposure prophylaxis for preventing the acquisition of HIV	68
3.3	Post-exposure prophylaxis	87
3.4	Infant prophylaxis	91

Implementación y Brechas en la Investigación

Recomendación	implementación	Investigación
Dosis de DTG	• Compras a través del fondo estratégico • Precio DTG 10mg (ranurada) u\$s 4 la botella de 90comp • Estandarizar día por medio en menores de 2 semanas	• Dosis LMV vs día por medio • Dosis en prematuros
Profilaxis de alto riesgo	• Capacitación de recurso humano • Mejor transición al mismo esquema de tratamiento • Monitoreo de la resistencia en la madre y el niño • Mejora del diagnóstico virológico	• Expuestos vs infectados intraútero • Reservorios
Profilaxis de bajo riesgo con NVP o DTG o 3TC	• Aceptabilidad de personal de salud • 6 semanas vs 4 o incluso 2 semanas • Es necesaria la profilaxis de bajo riesgo?	• Esquemas de menor duración • Profilaxis post natal con terapias de larga duración
Lactancia materna	• Requiere capacitación • Diferenciar situaciones de mayor y menor riesgo • Discutir situaciones sociales, legales y éticas en cada caso • Permite descriminalizar	• Causas de riesgo residual • Concentración de DTG en sangre • Carga viral en Leche materna como marcador • Inflamación

Otras recomendaciones 2025

Área	Antes	Nueva recomendación 2025	Racional
Detección de enfermedad avanzada	Opción de CD4 o estadíos clínicos	El CD4 es el método preferido, solo usar estadío clínico si no hay disponibilidad de CD4	No es fácil entrenar en estadío clínico, y CD4 está mas disponible
NUEVA Atención post alta	No había recomendación	Personas hospitalizadas deben tener servicios de transición para evitar los reingresos	Un 19% de las personas internadas fallecen en el año post-alta
NUEVA Sarcoma de Kaposi	No había recomendacion	Se sugiere el uso de doxorrubicina liposomal pegilada	Las revisiones sistemáticas demuestran más beneficio
TPT	Se proponían 4 opciones al mismo nivel	Sugiere el esquema 3HP como el esquema preferido para TPT en personas con VIH iniciando la atención	Bajó el precio (u\$s 10 por tratamiento), más tasa de finalización, menor toxicidad Disponibilidad combinada

3HP es el esquema preferido para TPT

Preferred Tuberculosis preventive Treatment (TPT) regimen for people living with HIV

Bock P¹, Vovc E², Rangaraj A², Falzon D², Ford N^{2,3}, Cox H^{4,5}

¹Desmond Tutu TB Centre, Dept of Paed and Child Health, Stellenbosch University; ²World Health Organization, Global HIV, TB, viral Hepatitis, STIs programme; ³University of Cape Town (UCT), Dept Public Health and Family Medicine; ⁴Burnet Institute, Melbourne; ⁵UCT, Dept of Med Microbiology.

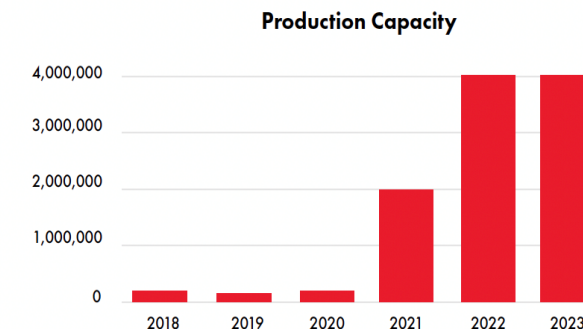
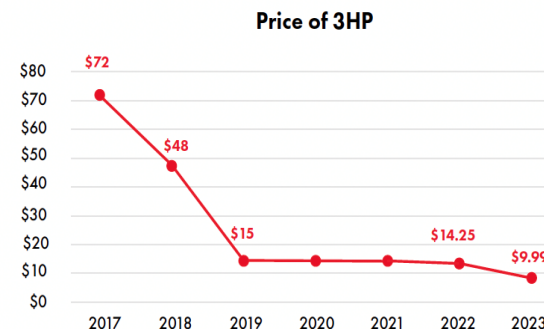
El fallo de completar TPT y miedo a la toxicidad son las barreras mas grandes para expandir el TPT. Estos datos apoyan priorizar iHP y 3HP en lugares con alta prevalencia de TB y VIH. 3HP se asocio con mejores tasas de completitud y menor toxicidad.

Abstract # EPLB014 late-breaker IAS2025

<https://programme.ias2025.org/Abstract/Abstract/?abstractid=6944>

TAG Improvements to Affordability and Availability of Rifapentine

Source: Adapted from IMPAACT4TB Project



Examples of Country Implementation of 3HP for TPT in People Living with HIV

País	Organización	Descripción	Resultados
Sudáfrica	IMPAACT4TB	Ampliación nacional de 3HP con enfoque en el PVVIH; apoyado por IMPAACT4TB.	≥80% de finalización del tratamiento; Alta aceptación tanto de pacientes como de proveedores.
Uganda	CHAI, Unitaids	Integración de 3HP en la atención rutinaria del VIH; énfasis en la formación de los trabajadores sanitarios y el suministro de medicamentos.	~70% de adherencia; mejores resultados usando 3HP en comparación con 6H.
India	National TB Elimination Program (NTEP)	Estudios piloto en distritos de alta carga; Evaluando la viabilidad, adherencia y seguridad.	Los datos piloto muestran una alta adherencia y efectos adversos mínimos.
Brasil	Ministerio de Salud	Inclusión de 3HP en directrices nacionales; integración en atención primaria y formación de proveedores.	Amplia aceptación: la implementación temprana mostró alta tolerabilidad.

INH 300mg

RPT 150mg

RPT 300mg

INH 300mg/
RPT 300mg FDC

Pyridoxine 25mg

3HP
= 12 weekly doses:
• 900mg isoniazid (INH) with
• 900mg rifapentine (RPT) plus
• Vit B6 each

INH 300mg and RPT 150mg

INH/RPT fixed-dose combination
INH 300mg, RPT 300mg

INH 300mg and RPT 300mg

1HP
= 28 daily doses:
• 300mg of INH with
• 600mg of RPT plus
• Vit B6 each

INH 300mg and RPT 300mg

INH/RPT fixed-dose combination
INH 300mg, RPT 300mg
and RPT 300mg

*Children use the 150mg tablet.
150mg functionally scored,
dispersible

Weight band: 32.1 - 49.9 kg

Add Pyridoxine 25mg weekly in PLHIV (increase to 50mg if symptoms of peripheral neuropathy)

Implementación y Brechas en la Investigación

Recomendación	Implementación	investigación
Detección de enfermedad avanzada	• Posibilidad de pruebas POC • Mejorar el monitoreo de enfermedad avanzada	• Integración de la detección en APS • Mejores métodos de capacitación de RRHH • Causas de enf. Avanzada, mortalidad
Atención post alta	• Que intervención seleccionar • Capacitación de RRHH • Redes de atención, referencia y contrarreferencia • Asignación de responsabilidades	• Intervenciones digitales • Telemedicina • Inteligencia artificial para acompañar • Incentivos
Sarcoma de Kaposi	• Diagnóstico, en particular en personas de raza negra • Inicio rápido de TARV • Capacitación en tratamiento quimioterápico	• SK que mejora sin quimioterapia • Tormenta de citoquinas • Rol de la radioterapia
TPT	• Logística • Capacitación • Descartar TB activa • No usar PPD • Retención y adherencia	• Resistencia de los médicos a indicar la profilaxis • Formas de monitorizar el cumplimiento • Pronóstico a mediano y largo plazo • Datos en embarazo y niñez

Priorización para la implementación

Más fáciles de implementar

Uso de TDF en adultos o ABC en niños (eliminar AZT)

Terapia doble con DTG/3TC

CD4 para estadificar

Intervenciones post-alta

Doxorrubicina liposomal pegilada para SK

3HP como fármaco de elección para TPT

ABC-3TC+ DTG como pfx de alto Riesgo

Cambio de TDF (TLD) TAF (TAFED) (en países sin patente)

Cambio a DRV/r como IP preferido

Cambio de TDF (TLD) TAF (TAFED) (en países con patente)

Requieren más recursos económicos

No requieren recursos adicionales

NVP, o DTG, o 3TC como pfx de bajo riesgo

Lactancia materna en madres indetectables

Más complejas de implementar

Simplificación con CAB/RPV

Muchas gracias por su atención

suedoma@paho.org

Gracias por el aporte a Marco Vitoria y Claudia Cortes

