



GET TESTED



Diagnóstico tardío VIH.

Oportunitades perdidas

Lucia Bailon

Fundació Lluita Contra las Infeccions
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
HIV and Infectious Diseases Unit

HIV late presenter



Junio 2022

ARTICLES | VOLUME 401, ISSUE 10380, P939-949, MARCH 18, 2023

Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series

Oriol Mitjà, PhD [†] • Andrea Alemany, MD [†] • Michael Marks, PhD [†] • Jezer I Lezama Mora, MD • Juan Carlos Rodríguez-Aldama, MD • Mayara Secco Torres Silva, MD • et al. [Show all authors](#) • [Show footnotes](#)

Published: February 21, 2023 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00273-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00273-8) • [Check for updates](#)

Mitjà, Oriol et al. "Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series." *Lancet (London, England)* vol. 401,10380 (2023): 939-949. doi:10.1016/S0140-6736(23)00273-8

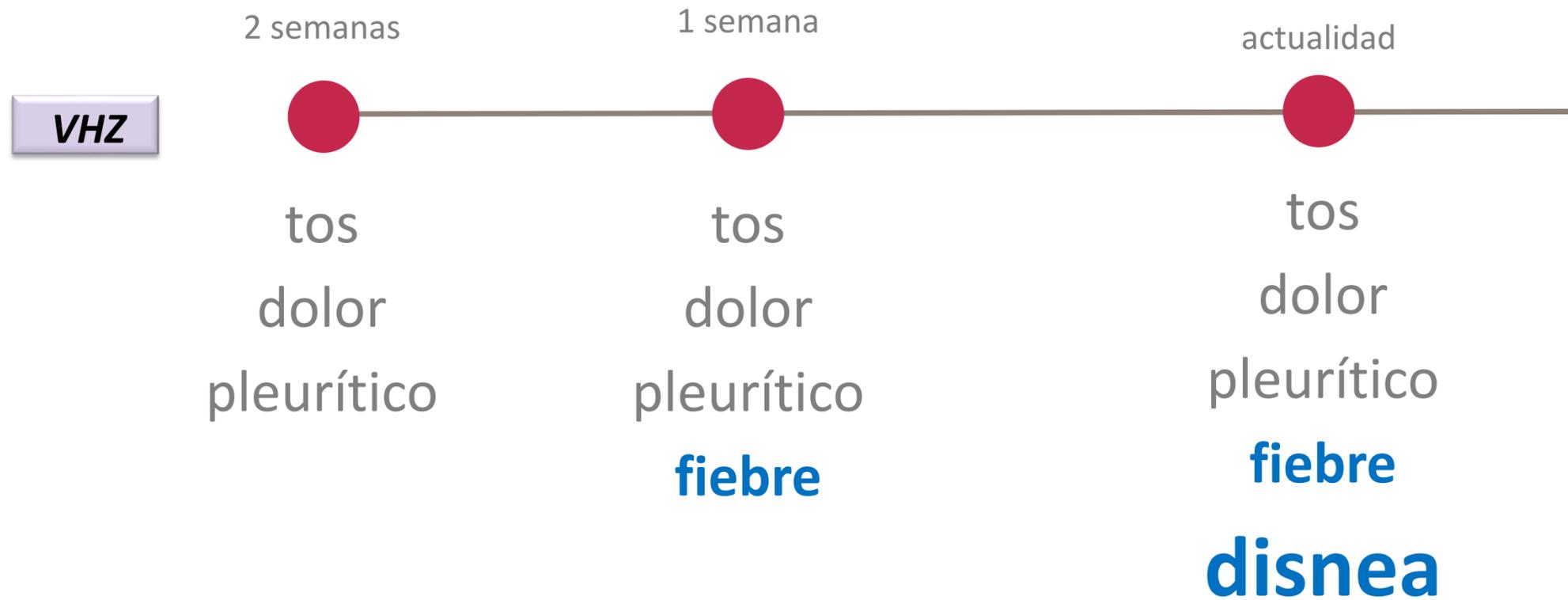
O'Shea, Jesse et al. "The emergence of mpox as an HIV-related opportunistic infection." *Lancet (London, England)* vol. 401,10384 (2023): 1264. doi:10.1016/S0140-6736(23)00395-1



“Mayo 2023”

Caso clínico elaborado para esta actividad en base a casos reales.

♂ 34 años.



No AP. No RAMc.

NO otros síntomas.

NO pérdida de peso ni síndrome constitucional.

NO rash, no lesiones en la piel.

NO viajes.

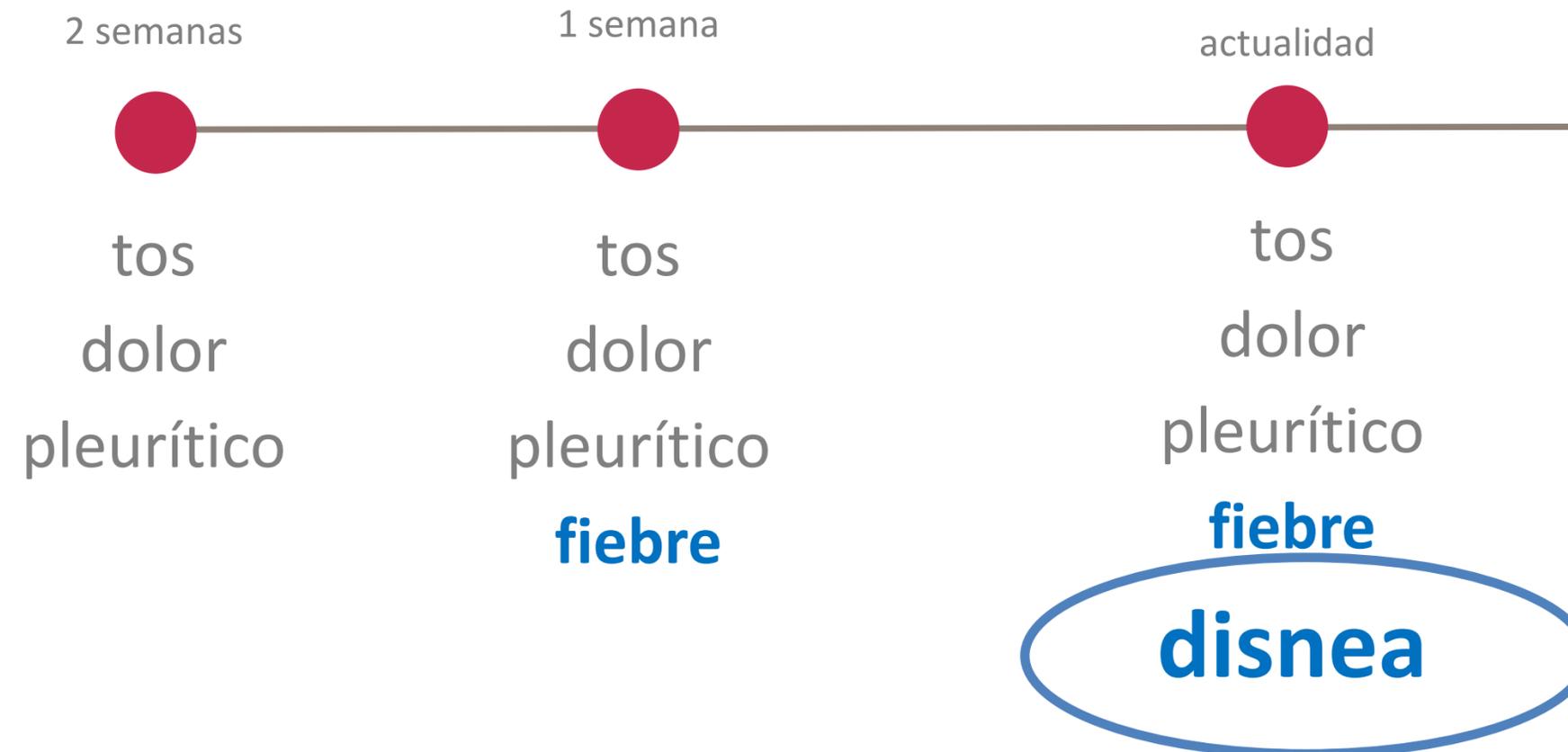


Colombia. Catalunya 2021.
No vax frente a Sars-Cov2.
Hija de 13 años sana.
Herpes zoster en 3 ocasiones

♂ 34 años.



VHZ

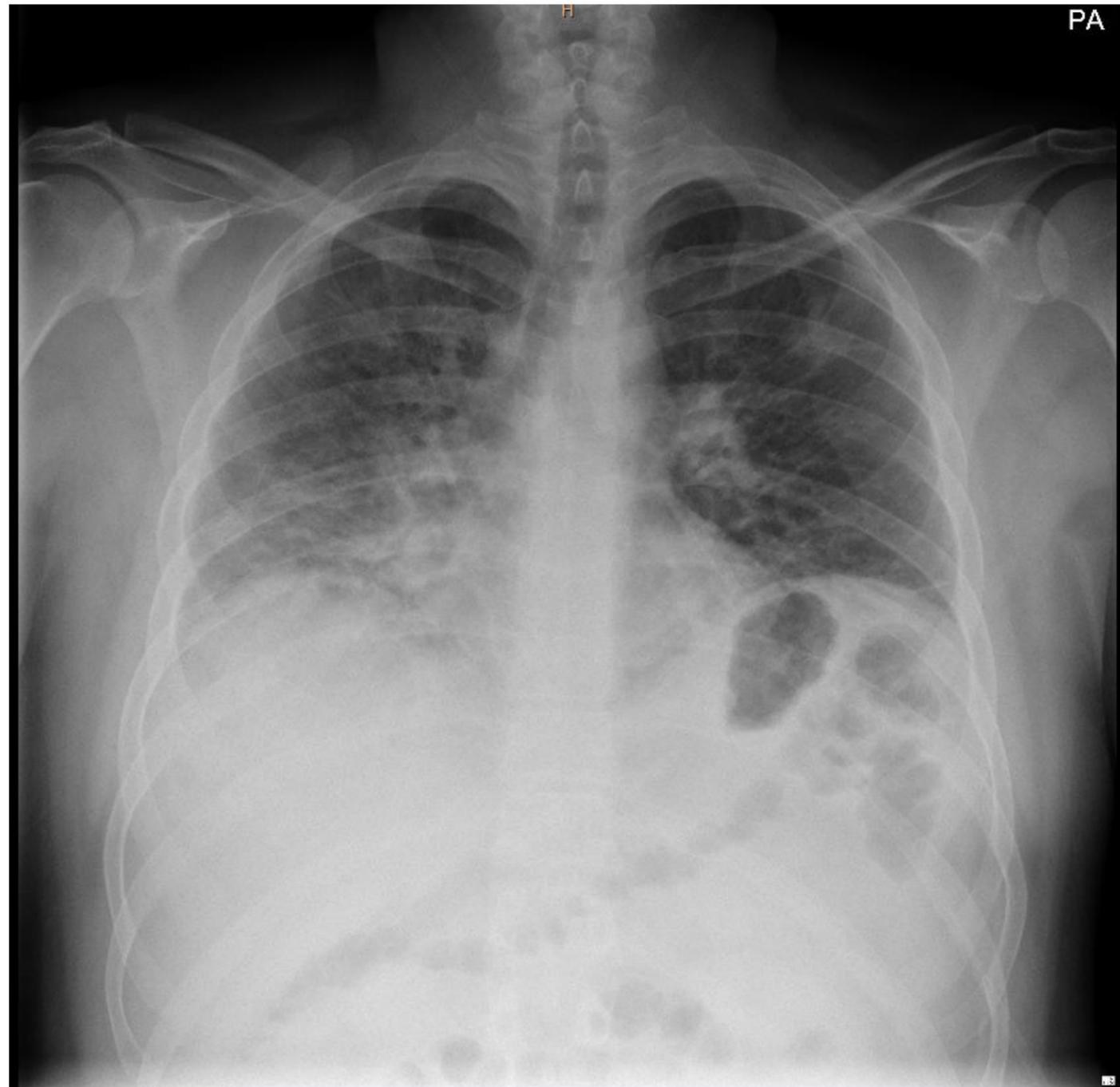


TA: 106/67 mmHg FC: 100x' FR: 20x' Tº: 37.3°C SatO2: 97% (FiO2: 26%-8L)

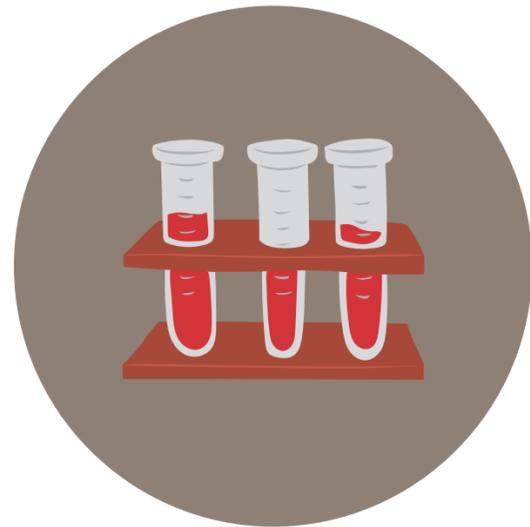
EF

REG, consciente y orientado. ORL: Placas blanquecinas en ORL, no adenopatías periféricas.
ACP: Crepitantes en ambas bases pulmonares. ABD: Anodino, no masas ni visceromegalias.
EEl: sin edemas, no lesiones en la piel. Neuro: no focalidad.

Rx de tórax

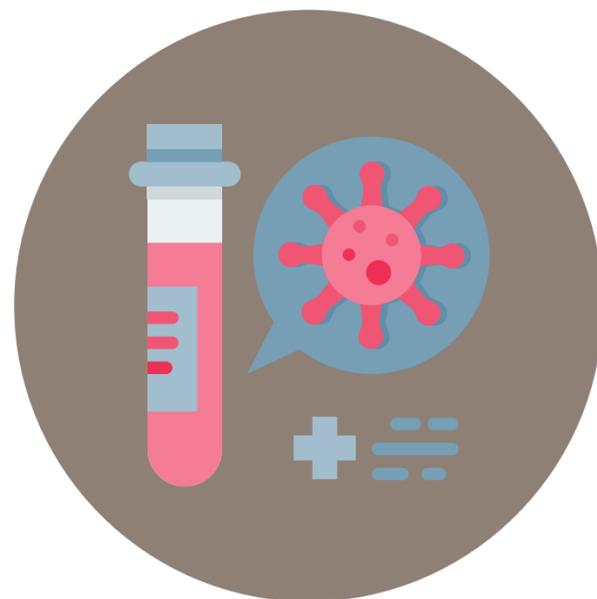


Pruebas complementarias -I



Hemograma con una **linfopenia de 400**
TP de 68%, fibrinogeno >700 mg/dL
FR y FH normal, leve hiponatremia de 131 mmol/L,
Troponinas negativas, **LDH: 392 U/L, PCR: 117 mg/L,**

GAV
PO2 de 56 mmHg,
SatO2: 91%,
pH normal.



Antigenurias (*Sp. pneumoniae*, *Legionella p.*) negativo

Gripe A y B negativo

PCR Sars-COV-2 POSITIVO



COVID-19





PCR de *P. jirovecci* + (esputo)

RX

LDH

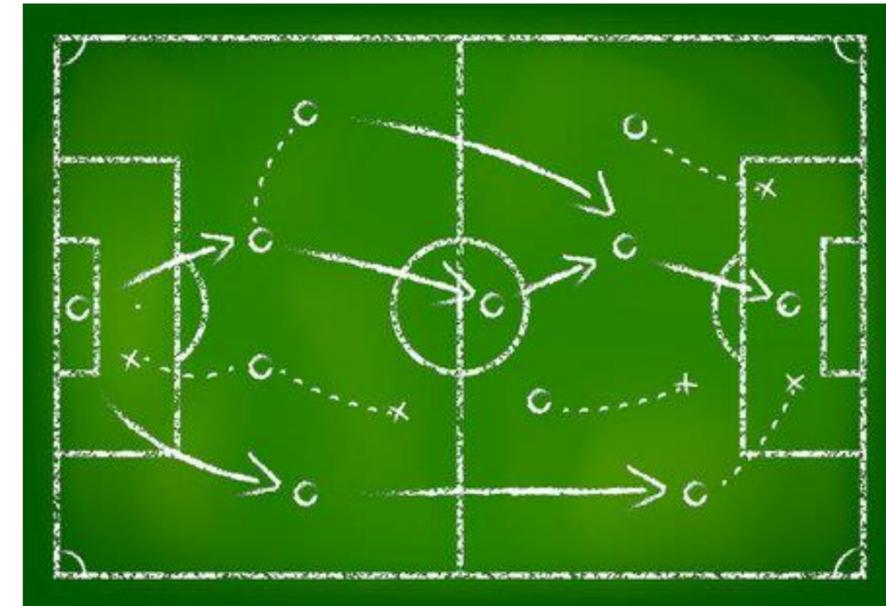
PCR

*Infección. vs
colonización*

MO no cultivable

Visualización directa (GS)

Material genético PCR → S >90%



Test rápido (Elisa 4gen) VIH +



Infección por VIH *late presenter*

Insuficiencia respiratoria aguda

Sars-Cov2 + *Pneumocystis jiroveci*

Remdesivir 200 mg / 100mg x 5 días, iv ▼

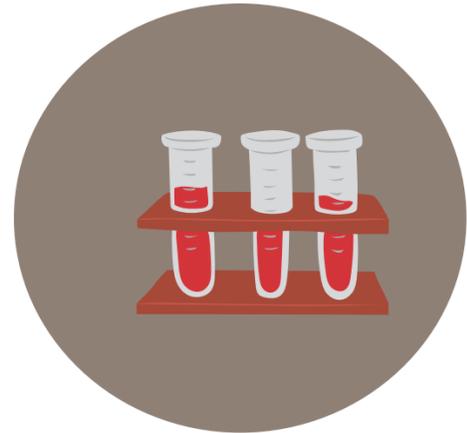
TMP – SMX (TMP 15mg/kg/día) , iv

Metilprednisolona 40mg / 12 horas , iv

BIC/FTC/TAF



Pruebas complementarias -I



BIC/FTC/TAF

CV VIH 504.024 cp/m

CD4 : **4** cells/mm³ (0,7%). Ratio 0,02

VHC IgG neg

HbsAG positivo, CV VHB 60.000 copias/ml

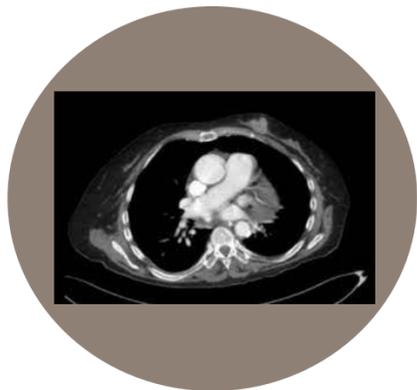
Strongyloides IgG neg

Toxoplasma IgG neg

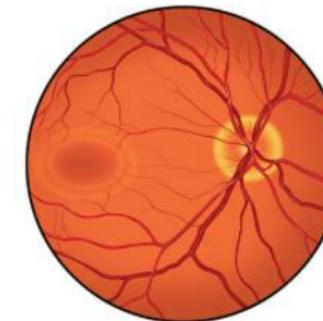
Esputo: Tinciones y cultivos neg

Esputo: PCR T. Tuberculosis neg

HC bacteriológico, micológico y micobacterias neg.



TAC Body → sin hallazgos



FO → normal



Infección por VIH *late presenter*

Insuficiencia respiratoria aguda

Sars-Cov2 + Pneumocystis jiroveci



Remdesivir 200 mg / 100mg x 5 días, iv ▼

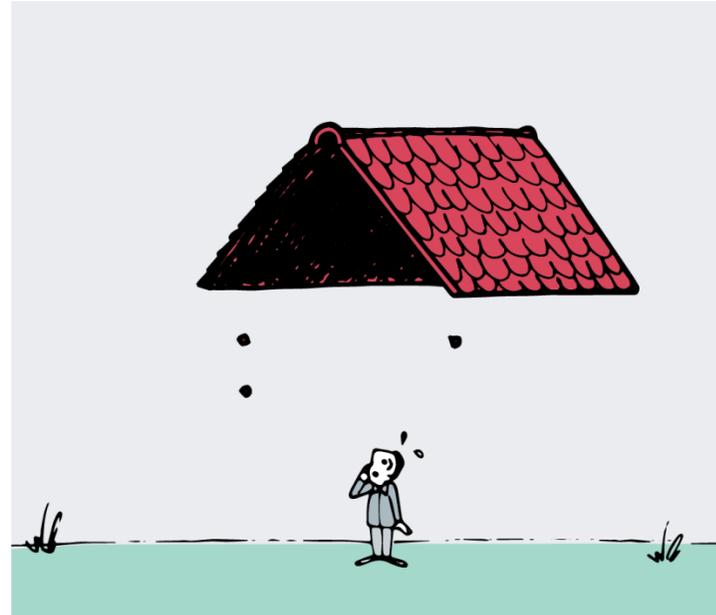
TMP – SMX (TMP 15mg/kg/día) , iv (21 días)

Metilprednisolona 40mg / 12 horas , iv

BIC/FTC/TAF



Alta hospitalaria

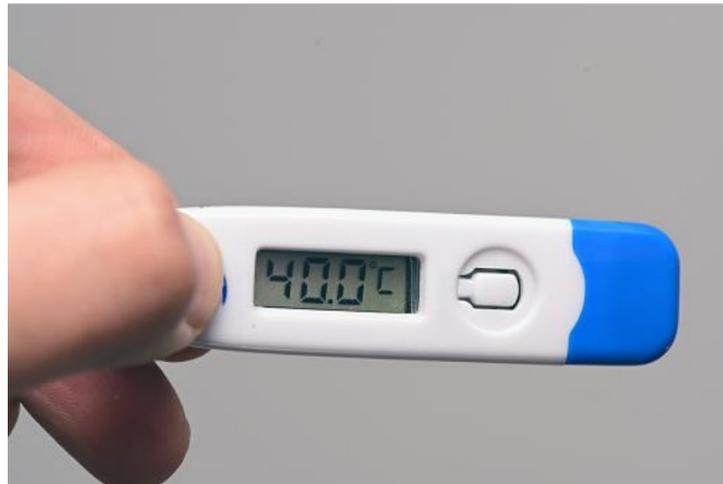


- 1.** Diagnóstico oculto / tardío VIH
- 2.** Infección/ dx de *P. jirovecci*
- 3.** Covid19 IS / no vax
- 4.** Co-infección VHB-VIH
- 5.** Inicio rápido de TAR



7 días después ...





Empeoramiento IO – P.jiroveci?

.... nueva IO???

Fiebre 40°, sin tiritona

No tos, no disnea.

Cefalea

“Ganglios”

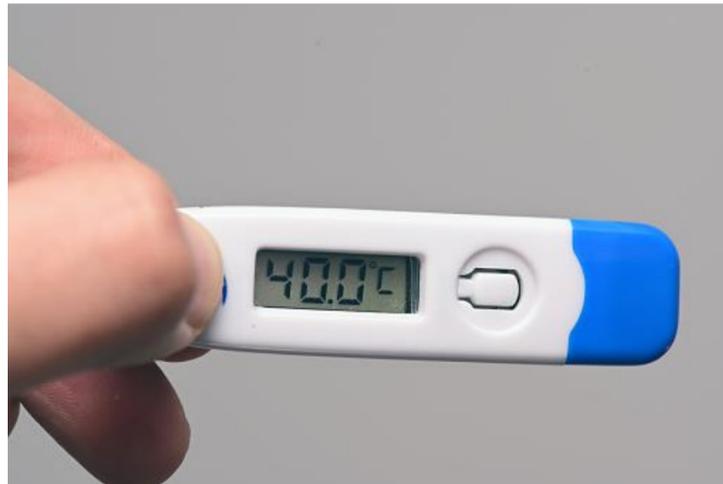
EF anodina

Rx de tórax



Infección respiratoria
Sars-Cov2 vs P. jiroveci

**PROBLEM
SOLVED!**



~~Empeoramiento IO – P.jiroveci?~~

.... nueva IO???

Fiebre 40°, sin tiritona

No tos, no disnea.

Cefalea

“Ganglios”

EF anodina

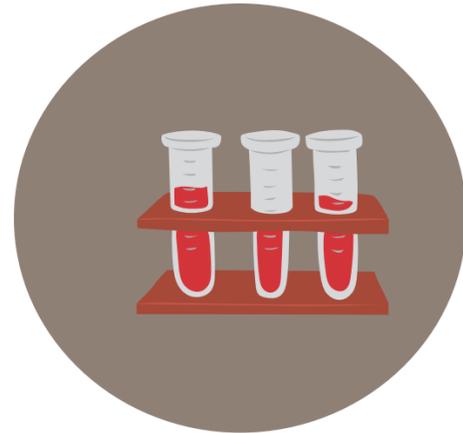
IRIS

“Síndrome
inflamatorio de
reconstitución
inmune”

- a) asociación temporal entre el inicio de la ART-síntomas (3M)
- b) restauración inmune (respuesta virológica e inmune)
- c) presencia de signos y síntomas clínicos

NO debe ser el curso normal de una IO
NO toxicidad

Pruebas complementarias - I



- Hb 11,2. Leucocitos 7,500. Plaquetas 145,000.
- Fibrinógeno >700 mg/dL
- FR y FH normal, **PCR: 250 mg/L.**

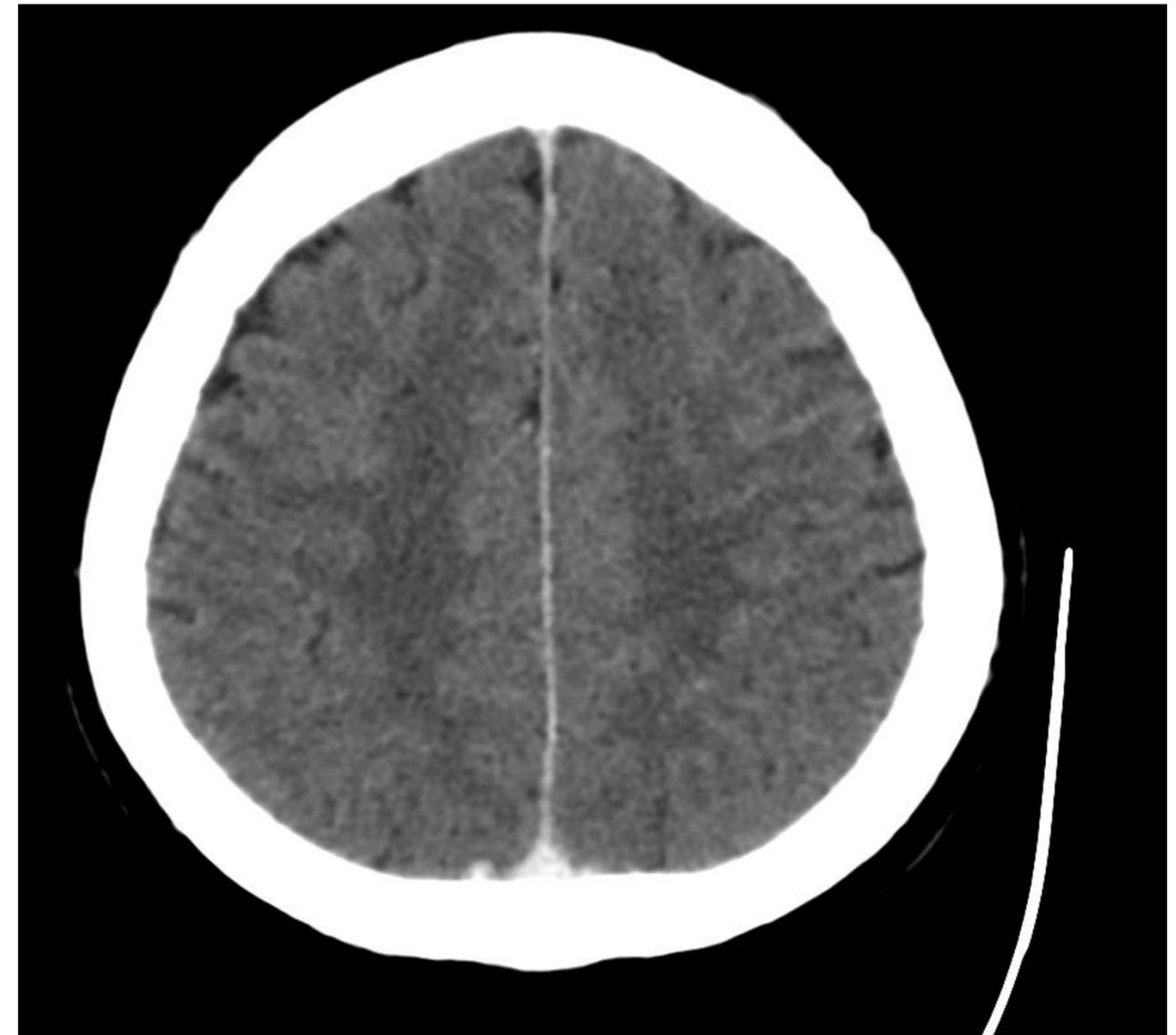
CV VIH: 504.024 cp/ml → 530 cp/ml

CD4 : 4 cells/mm² → 72 cells/mm

CV VHB 60.000 copias/ml → 180 cp/ml

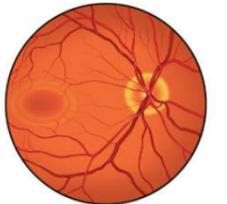
> R IRIS

TC craneal- I



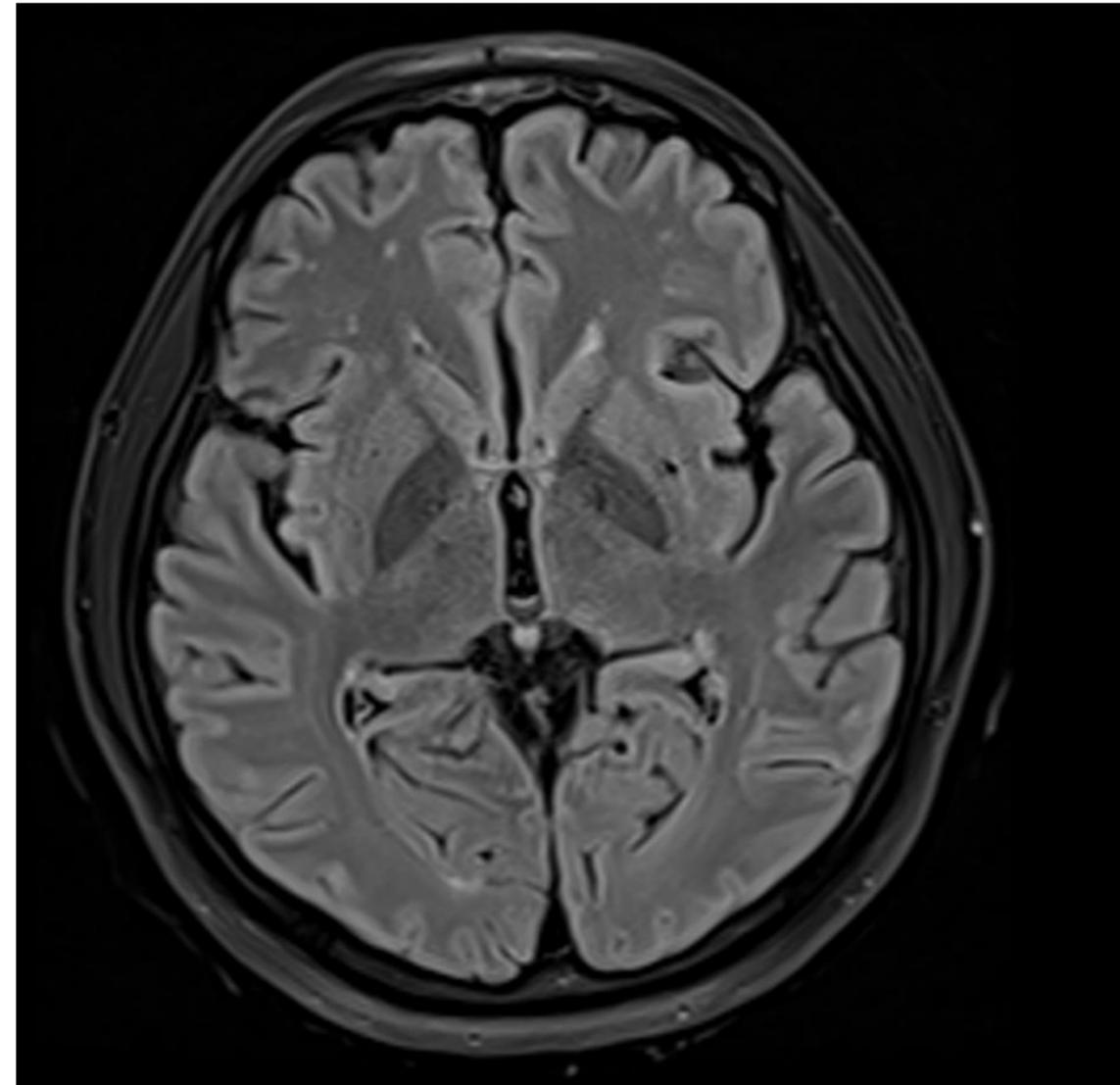
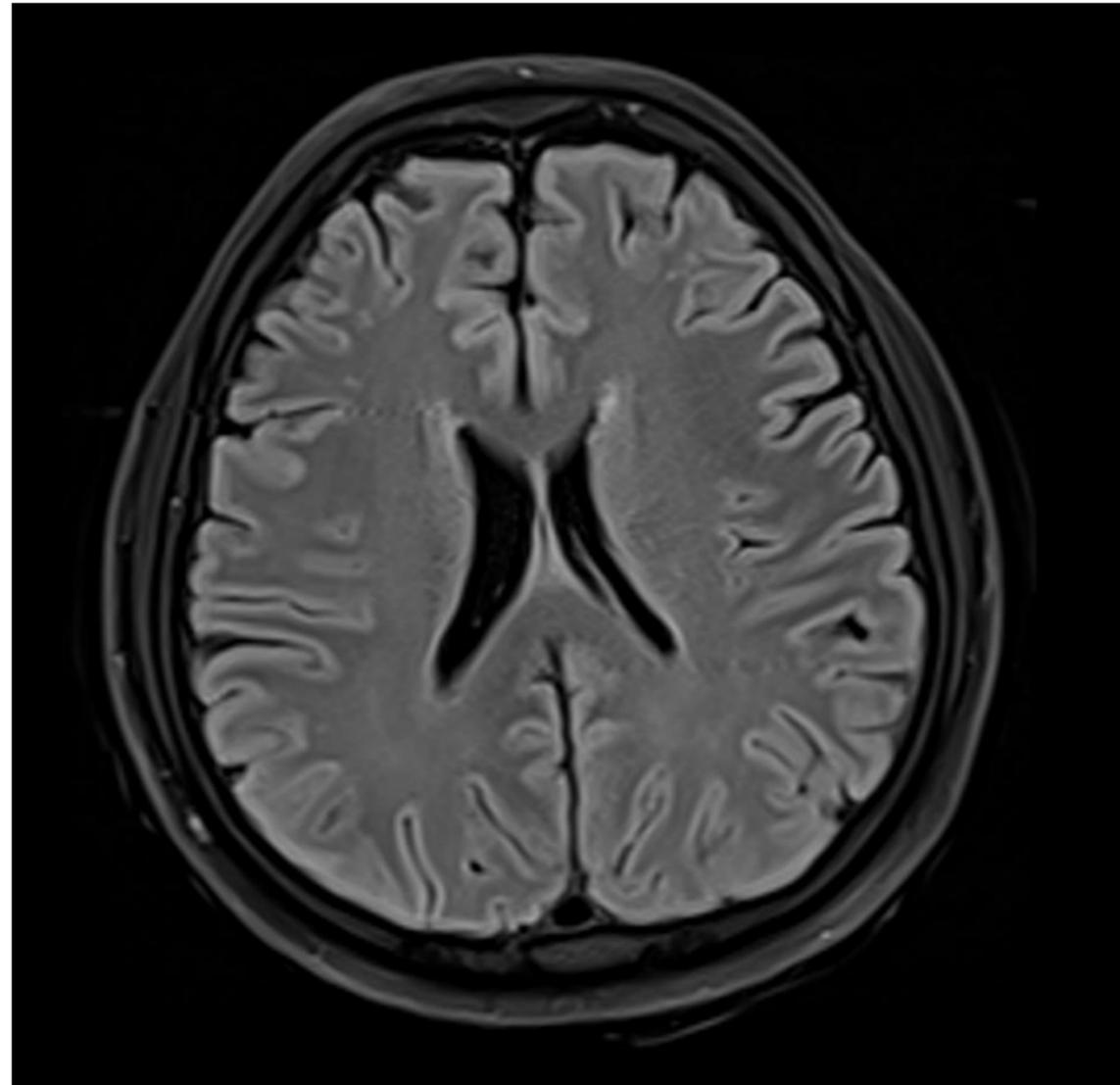


- Líquido claro, presión normal
- BQ: cristalino, 2 células, proteína 0.48, glucosa 69mg/dL, LDH 16 U/L, ADA <2
- Cultivo LCR: neg
- Cultivo hongos LCR (tinta china): neg
- FilmArray LCR:** CMV, VJC, VVZ, Criptococcus, Listeria neg.
- Antígeno criptococo (sangre) neg
- HC mic, bac y micobacterias neg



FO → N

Resonancia cerebral



IRIS



Fiebre 40°, sin tiritona

No tos, no disnea.

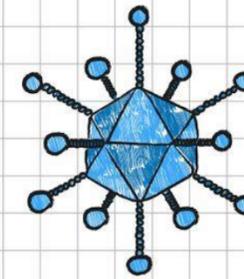
Cefalea

"Ganglios"

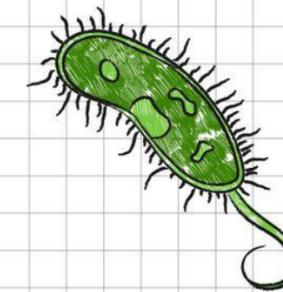
EF anodina



CMV
JC

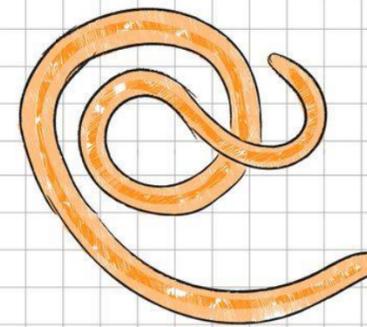


Virus



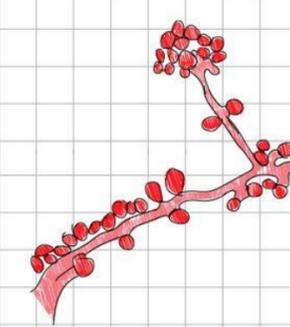
Bacterias

M. tuberculosis
MAI



Parásitos

P. jirovecii

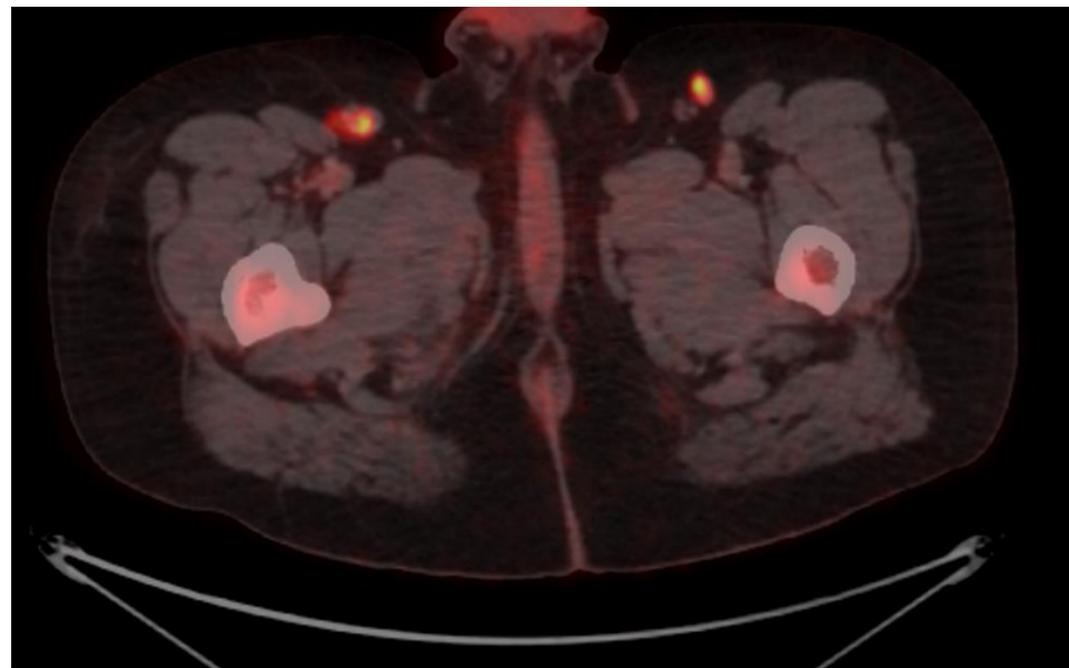
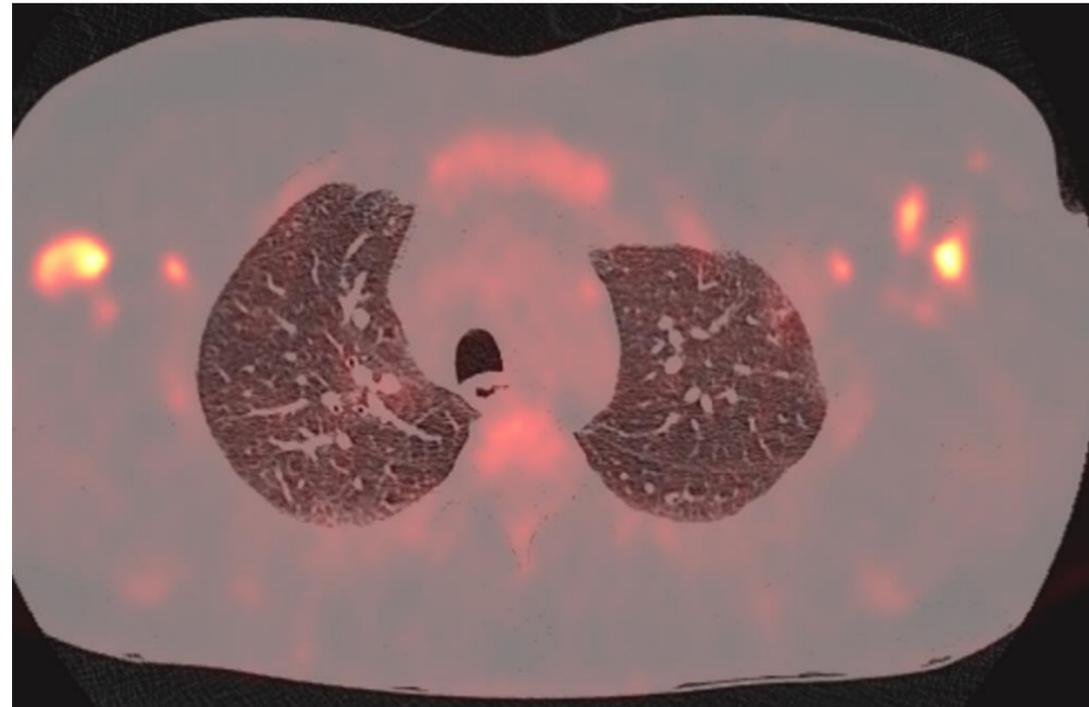


Hongos

C. neoformans
H. capsulatum
Aspergillus ssp

Neoplasias, linfomas, SK

Pet- TC



Biopsia ganglionar:

- Tinciones neg
- Cultivos (bac , mic, micobac neg)

IRIS



Fiebre 40°, sin tiritona

No tos, no disnea.

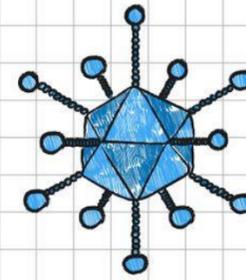
— Cefalea —

“Ganglios” ??

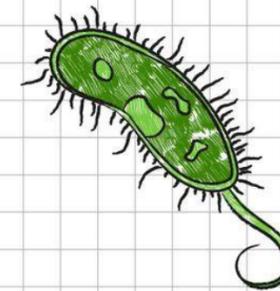
EF anodina



CMV
JC

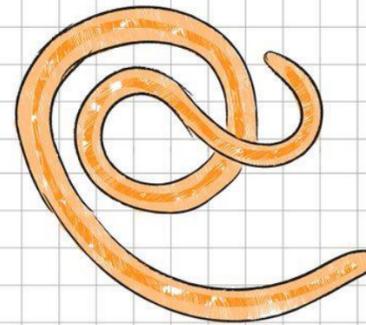


Virus



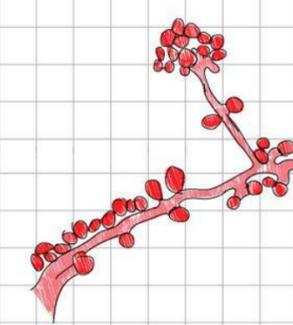
Bacterias

M. tuberculosis
MAI



Parásitos

P. jirovecii



Hongos

C. neoformans
H. capsulatum
Aspergillus ssp

**Neoplasias,
linfomas, SK**

IRIS



Fiebre 40°, sin tiritona

No tos, no disnea.

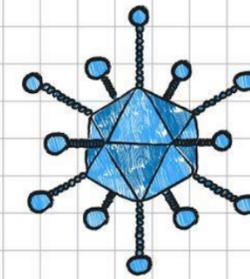
— Cefalea —

“Ganglios” ??

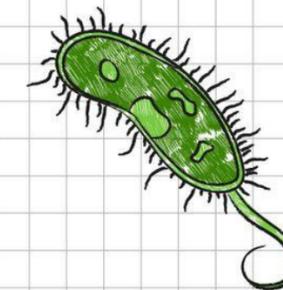
EF anodina



CMV
JC

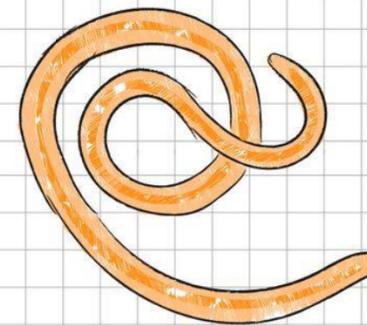


Virus



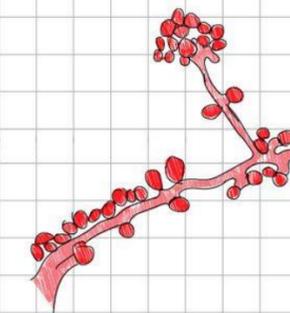
Bacterias

M. tuberculosis
MAI



Parásitos

P. jirovecii



Hongos

C. neoformans
H. capsulatum
Aspergillus ssp

Neoplasias,
linfomas, SK

EF



Punch

VHH8 +

AP KS



Biopsia ganglio

...



*Take
home message

1. Diagnóstico oculto / tardío VIH
2. Infección/ dx de *P. jirovecci*
3. COVID19 inmunosuprimidos
4. Co-infección VHB-VIH
5. Inicio rápido de TAR
- 6. Late presenter → IRIS**
- 7. IO: DD extenso/ dinámico /overlapping**

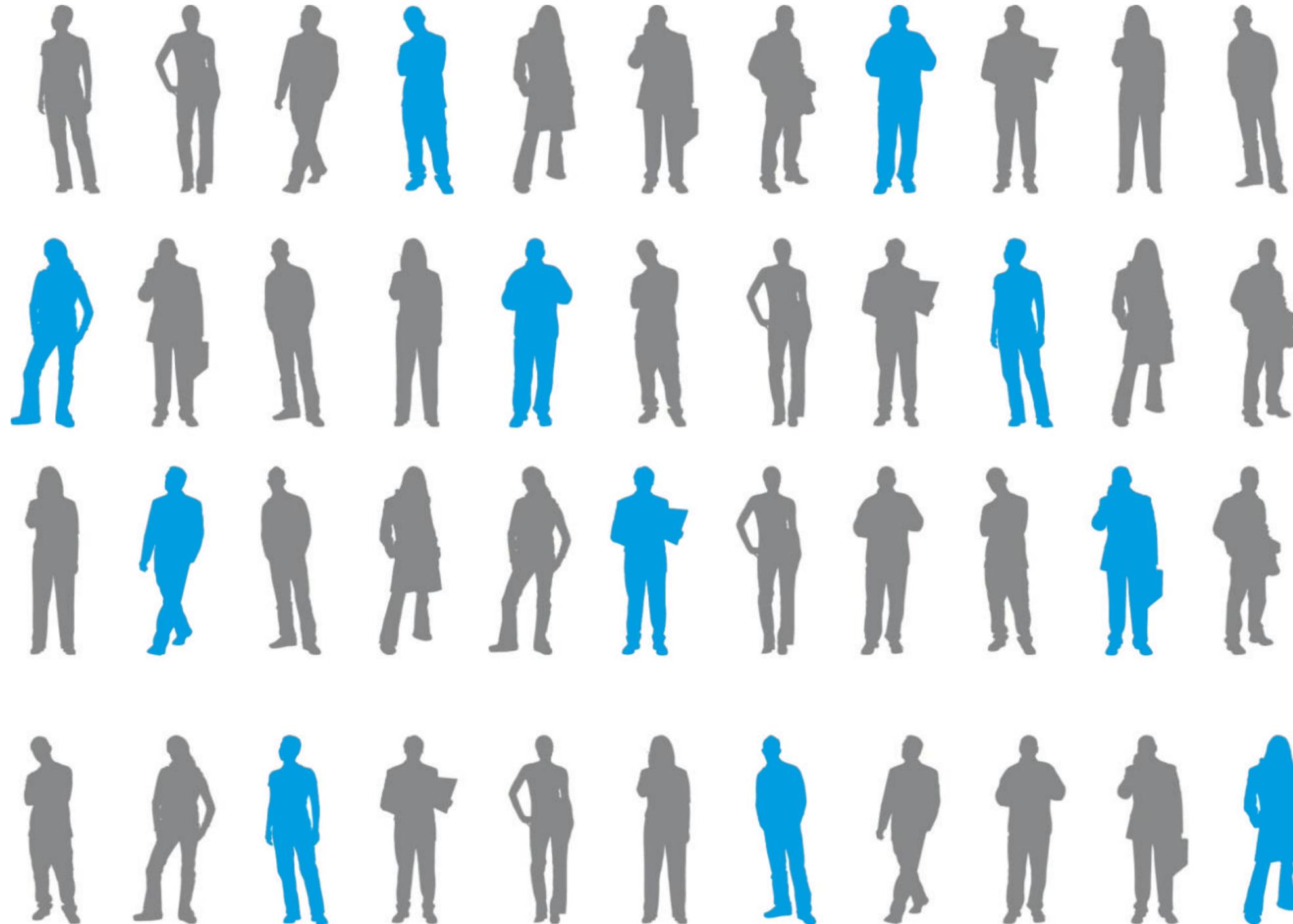
KS-IRIS

EL DIAGNÓSTICO DEL VIH:

ASIGNATURA PENDIENTE

1000

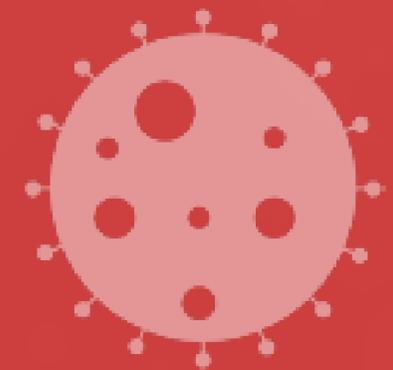
1 de cada 4 personas que viven con el VIH, no lo saben



¿Cómo afrentar este problema?

- Es un momento crítico de la historia de la epidemia y la respuesta a la infección por VIH.^{3,9}
- En todos los países del mundo se han puesto en marcha medidas que intentan reducir el infradiagnóstico de la infección por VIH.⁹
- Todas las estrategias se orientan en el mismo sentido, pues intentan un diagnóstico en un sector de la población lo más amplio posible y lo más precozmente posible.⁹

- El diagnóstico precoz de la infección por VIH reduce la morbilidad y la mortalidad de los pacientes.¹²
- El coste del tratamiento y cuidado de los enfermos con diagnóstico tardío es superior a los que se diagnostican precozmente.¹²



diagnóstico

“Early_treated”



EUROPEAN HIV-HEPATITIS TESTING WEEK 2018

HAZTE LA PRUEBA

¡JUNTOS PARAREMOS EL VIH!

INCREMENTA LA FRECUENCIA DE LA PRUEBA: Hazte la prueba del VIH al menos una vez al año aunque siempre uses condones. Si no los usas siempre, háztela cada 3 meses.

BCN checkpoint
HOMBRES. SOLAMENTE. SALUD.

93 318 20 56
BCNCHECKPOINT.COM

COMTE BORRELL 164-166 (METRO URGELL) 08015 BARCELONA

Logos of partner organizations: Generalitat de Catalunya, MAC, shoggy, etc.

La magnitud y las consecuencias de la infección por VIH continúan siendo **un problema de Salud Pública muy importante** en España en pleno siglo XXI³

- Incidencia superior a la media de la UE (8,62 casos/1000.000 hab).⁷
- La vía sexual es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH.⁷
- El fenotipo del paciente VIH ha cambiado.⁸
- Hablar de grupos de riesgo en vez de hacerlo de practicas de riesgo ha provocado que personas que están expuestas al VIH permanezcan invisibles.¹⁰





La epidemiología de la enfermedad ha cambiado de tal manera que, en la actualidad,(...) **el fenotipo del paciente VIH ha cambiado** ⁽²⁾

Un aspecto clave para el control del VIH es la reducción de la denominada “epidemia oculta”¹⁰

- No se ha producido ningún avance en los últimos años.⁹
- Tiene consecuencias negativas para el paciente y un impacto negativo para el control de la epidemia.⁹



Esta fracción no diagnosticada de personas infectadas son, en gran medida, responsables de la persistencia de la epidemia y representan, por tanto, un importante problema de salud pública, además de estar expuestos a una peor evolución de la enfermedad.⁹

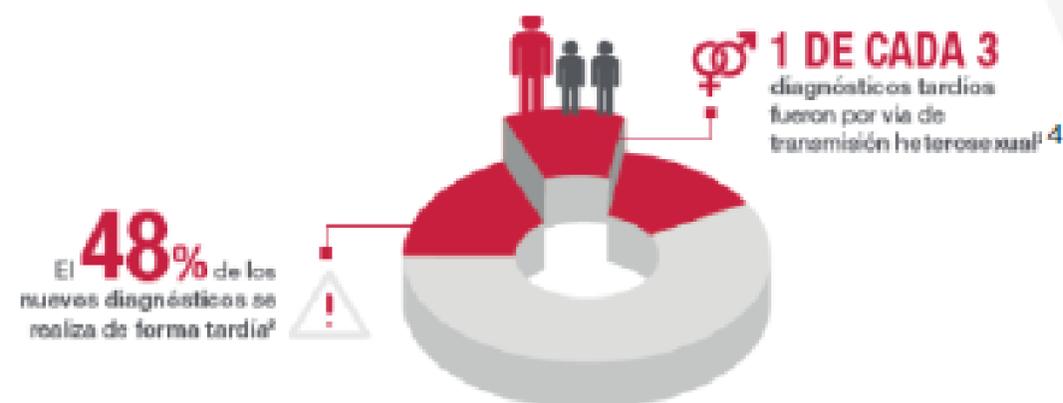
* diagnóstico tardío (DT) CD4<350 células/mm³⁹

Diagnóstico tardío*⁹

48%

de los nuevos diagn. son tardíos⁷

La pérdida de oportunidades diagnósticas representa el punto clave para cambiar el curso de la epidemia y disminuir la expansión de la misma.¹¹



La pérdida de oportunidades diagnósticas representa el ⁽¹¹⁾ punto clave para cambiar el curso de la epidemia

Las personas que viven con VIH aún no diagnosticadas **consultan por un gran número de episodios en diferentes niveles asistenciales**, generándose importantes oportunidades diagnósticas perdidas (ODP)

¿Qué rol podrían jugar los SUH* en el control de la epidemia?

La pérdida de oportunidades diagnósticas representa el punto clave para cambiar el curso de la epidemia y disminuir la expansión de la misma. ¹¹

El 28% de las ODP* se dieron en Urgencias¹¹

- 428 nuevos diagnósticos de infección por VIH/sida en Aragón en el periodo 2011-2015.
 - De media, 2 visitas en urgencias por cada paciente durante los 3 años previos al diagnóstico.
- 86,2% de estos nuevos diagnósticos tuvieron al menos ODP* en los 3 años previos.
- La prevalencia de DT* aumentó cuanto mayor fue la frecuentación asistencial en servicios de Urgencias.



*ODP: oportunidades de diagnóstico perdidas
DT: DIAGNÓSTICO TARDÍO

Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el VIH. Importancia del diagnóstico tardío

(11)

Características sociodemográficas

- La población final a estudio fue de **435 nuevos** casos de VIH/sida.
- La **edad media de la muestra fue 37,1 años**.
- El mecanismo de transmisión principal fueron las relaciones **heterosexuales**.
- Más del **80% de los afectados se contagiaron vía sexual**.
- **½ nuevos diagnósticos** presentaron criterios compatibles con **Dx Tardío**.

**7/10 casos
presentaron más
de una ODP^{*(11)}**

- **1/5** nuevos casos estuvo ingresado en los 3 años previos al diagnóstico ⁽¹¹⁾
- **El DT* aumentó cuanto mayor fue el número de ODP ^{*(11)}**

*DT: diagnóstico tardío.

*ODP: Oportunidad de diagnóstico perdida.

(11) Gargallo-Bernada, et al. Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón. Importancia del diagnóstico tardío. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37(2):100–108 DOI: 10.1016/j.eimc.2018.03.007

CI* más frecuentes que generaron más ODP*(11)

Tabla 4

Prevalencia y número de oportunidades diagnósticas perdidas por cada condición indicadora de los nuevos diagnósticos de infección por VIH/sida en los diferentes niveles asistenciales

Condición indicadora n (%)	Población total n= 428	Episodios 2.041 (100)	Atención Primaria 1.398 (68,5)	Urgencias 580 (28,4)	En ingreso hospitalario 63 (3,1)
Dermatitis seborreica/exantema	172 (40,2)	396 (19,4)	328 (23,5)	64 (11,1)	4 (6,4)
Fiebre sin causa aparente	105 (24,5)	210 (10,3)	121 (8,8)	83 (14,4)	6 (9,7)
Pérdida de peso injustificada	88 (20,6)	208 (10,2)	120 (8,6)	79 (13,6)	9 (14,6)
Infecciones de transmisión sexual	70 (16,4)	148 (7,3)	129 (9,4)	19 (3,7)	0 (0)
Linfadenopatía idiopática	67 (15,7)	147 (7,2)	109 (8,0)	34 (6,3)	4 (6,5)
Candidiasis bucal	70 (16,4)	137 (6,7)	107 (7,4)	29 (4,7)	1 (1,6)
Diarrea crónica idiopática	44 (10,3)	108 (5,3)	68 (4,8)	34 (5,6)	6 (9,7)
Factores de riesgo LP/TPI > 4 semanas	51 (11,9)	89 (4,4)	42 (3,1)	40 (7,0)	7 (11,3)
Gestación	46 (10,7)	85 (4,2)	38 (2,5)	42 (7,0)	5 (6,5)
Neumonía adquirida en la comunidad	26 (22,0) ^a	73 (3,6)	52 (3,8)	21 (3,6)	0 (0)
Neuropatía periférica	25 (5,8)	66 (3,2)	27 (2,1)	30 (5,2)	9 (14,5)
Herpes zóster	28 (6,5)	66 (3,2)	25 (1,8)	38 (6,4)	3 (4,8)
HS: úlceras > 1mes, bronqu/neumonía/esofag	34 (7,9)	65 (3,2)	51 (3,6)	14 (2,4)	0 (0)
Candidiasis vaginal	27 (6,3)	55 (2,7)	41 (2,9)	14 (2,4)	0 (0)
Hepatitis B o C (aguda o crónica)	31 (7,2)	54 (2,6)	48 (3,4)	6 (1,0)	0 (0)
Síndrome mononucleósico	28 (6,5)	48 (2,4)	36 (2,6)	9 (1,6)	3 (4,8)
Leucoplasia oral vellosa	13 (3,0)	22 (1,1)	14 (0,9)	8 (1,2)	0 (0)
Candidiasis esofágica	15 (3,5)	20 (1,0)	14 (0,9)	5 (0,7)	1 (1,6)
Displasia cervical	5 (0)	13 (0,6)	8 (0,6)	3 (0,5)	2 (3,2)
Neumonía recurrente (2 o más en 12 meses)	7 (0)	13 (0,6)	11 (0,8)	1 (0,2)	1 (1,6)
Hepatitis A	6 (0)	7 (0,3)	3 (0,2)	4 (0,7)	0 (0)
Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	2 (0)	5 (0,2)	3 (0,2)	2 (0,3)	0 (0)
Cáncer/displasia anal	1 (0)	2 (0,1)	0 (0)	0 (0)	2 (3,2)
Citomegalovirus (no hígado, bazo, ganglios)	1 (0)	1 (0)	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)
Meningitis linfocítica	1 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0,2)	0 (0)
Septicemia por <i>Salmonella</i> recurrente	1 (0)	1 (0)	1 (0,1)	0 (0)	0 (0)

HS: úlceras > 1 mes, bronqu/neumonía/esofag: herpes simple como agente causal de úlceras crónicas de más de un mes de duración, bronquitis, neumonía o esofagitis; LP/TPI > 4 semanas: leucopenia/trombocitopenia idiopática de más de 4 semanas de duración.

^a Prevalencia calculada sobre el total de mujeres (no se solicitó prueba de VIH tras prueba de embarazo positiva). Prevalencia en el total de la población: 6,1%.

*CI: condición indicadora

*ODP: Oportunidad diagnóstico perdida

(11) Gargallo-Bernada, et al. Oportunidades perdidas en el diagnóstico de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la Comunidad de Aragón.

Importancia del diagnóstico tardío. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37(2):100–108 DOI: 10.1016/j.eimc.2018.03.007

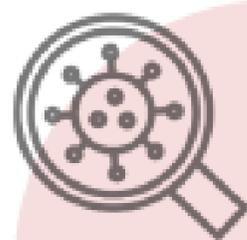
Existe un gran margen de mejora para reducir el retraso diagnóstico de la infección por el VIH ⁽¹²⁾

- Es importante un correcto cribado de nuestra población.
- **Un porcentaje elevado de DT*** se hubieran evitado teniendo en cuenta los factores de riesgo más relacionados con el VIH.
- **La formación y la sensibilización de los profesionales o la incorporación de alertas informáticas en la historia clínica incrementan el número de pruebas realizadas.**

*DT: Diagnóstico Tardío

(12) Muelas Fernandez M, et al. Prevalencia de diagnóstico tardío en infección por VIH. Med Clin (Barc). 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.01.029>

¿Cuándo realizar la prueba del VIH?¹²



Personas **CON**
criterios clínicos
compatibles con
infección por VIH o
Sida.

- Es necesaria la realización de la prueba, por indicación médica, a aquellas personas que presentan signos y/o síntomas de infección por VIH o sida.
- Se recomienda la realización de la prueba en todos los centros sanitarios.
 - **En los Servicios de Urgencias** se realizará la prueba con criterios clínicos compatibles o cuando el paciente presente alguna exposición de riesgo.

PERSONAS CON CRITERIOS CLÍNICOS COMPATIBLES CON INFECCIÓN POR VIH O SIDA.¹²



El diagnóstico de la infección por VIH en personas con esta sintomatología clínica se enmarcaría, dentro de la buena praxis médica, en un número importante de situaciones clínicas y en un amplio rango de especialidades.

Tabla 1. Enfermedades indicadoras de infección VIH asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1 %

1. Infección de transmisión sexual
2. Linfoma maligno
3. Cáncer/Displasia anal
4. Displasia cervical
5. Herpes zóster
6. Hepatitis B o C (aguda o crónica)
7. Síndrome mononucleósico
8. Trombocitopenia o leucocitopenia idiopática que dure más de 4 semanas
9. Dermatitis seborreica/exantema
10. Enfermedad neumocócica invasiva
11. Fiebre sin causa aparente
12. Candidemia
13. Leishmaniasis visceral

Fuente: Adaptado de HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013.

La realización de pruebas de rutina para enfermedades con una prevalencia de VIH superior al 0,1% ha demostrado ser un método rentable.¹⁵

PERSONAS CON CRITERIOS CLÍNICOS COMPATIBLES CON INFECCIÓN POR VIH O SIDA.¹²



El diagnóstico de la infección por VIH en personas con esta sintomatología clínica se enmarcaría, dentro de la buena praxis médica, en un número importante de situaciones clínicas y en un amplio rango de especialidades.

Tabla 2. Otras enfermedades posiblemente asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1%

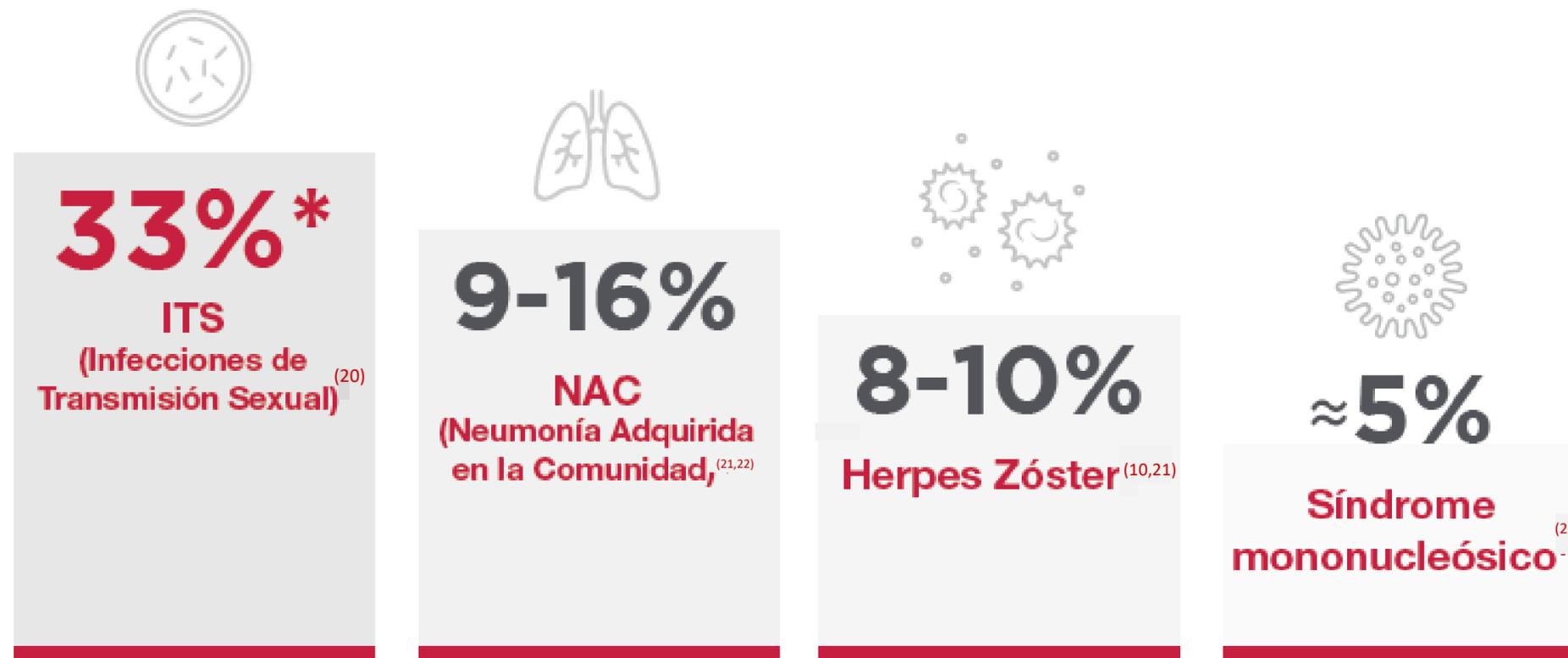
1. Cáncer de pulmón primario
2. Meningitis linfocítica
3. Leucoplasia vellosa oral
4. Psoriasis grave o atípica
5. Síndrome de Guillain-Barré
6. Mononeuritis
7. Demencia subcortical
8. Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
9. Neuropatía periférica
10. Pérdida de peso injustificada
11. Linfadenopatía idiopática
12. Candidiasis bucal idiopática
13. Diarrea crónica idiopática
14. Insuficiencia renal crónica idiopática
15. Hepatitis A
16. Neumonía de adquisición en la comunidad
17. Candidiasis

Fuente: Adaptado de HIV in Europe, Grupo HIDES. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. 2013.

El diagnóstico precoz requiere enfoques innovadores (19)

- ventaja de la realización de la prueba del VIH guiada por enfermedades indicadoras de VIH: reduce la necesidad de evaluar el riesgo antes de la prueba (19)

PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN DE VIH EN PACIENTES CON:



La realización de pruebas de rutina para enfermedades con una prevalencia de VIH superior al 0,1% ha demostrado ser un método **rentable** (19)

Mejorar la sospecha diagnóstica de los sanitarios conlleva a menor posibilidad de oportunidades perdidas. ⁽¹⁴⁾

Sexualmente activos

Personas jóvenes

Inmigrantes

Población de edad avanzada

(13)

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) atienden a diario a pacientes infectados que ignoran el diagnóstico serológico y a personas con conductas de riesgo para adquirir el virus.(...) Siendo, en muchos casos, su **único contacto con el sistema sanitario.**⁽¹⁴⁾

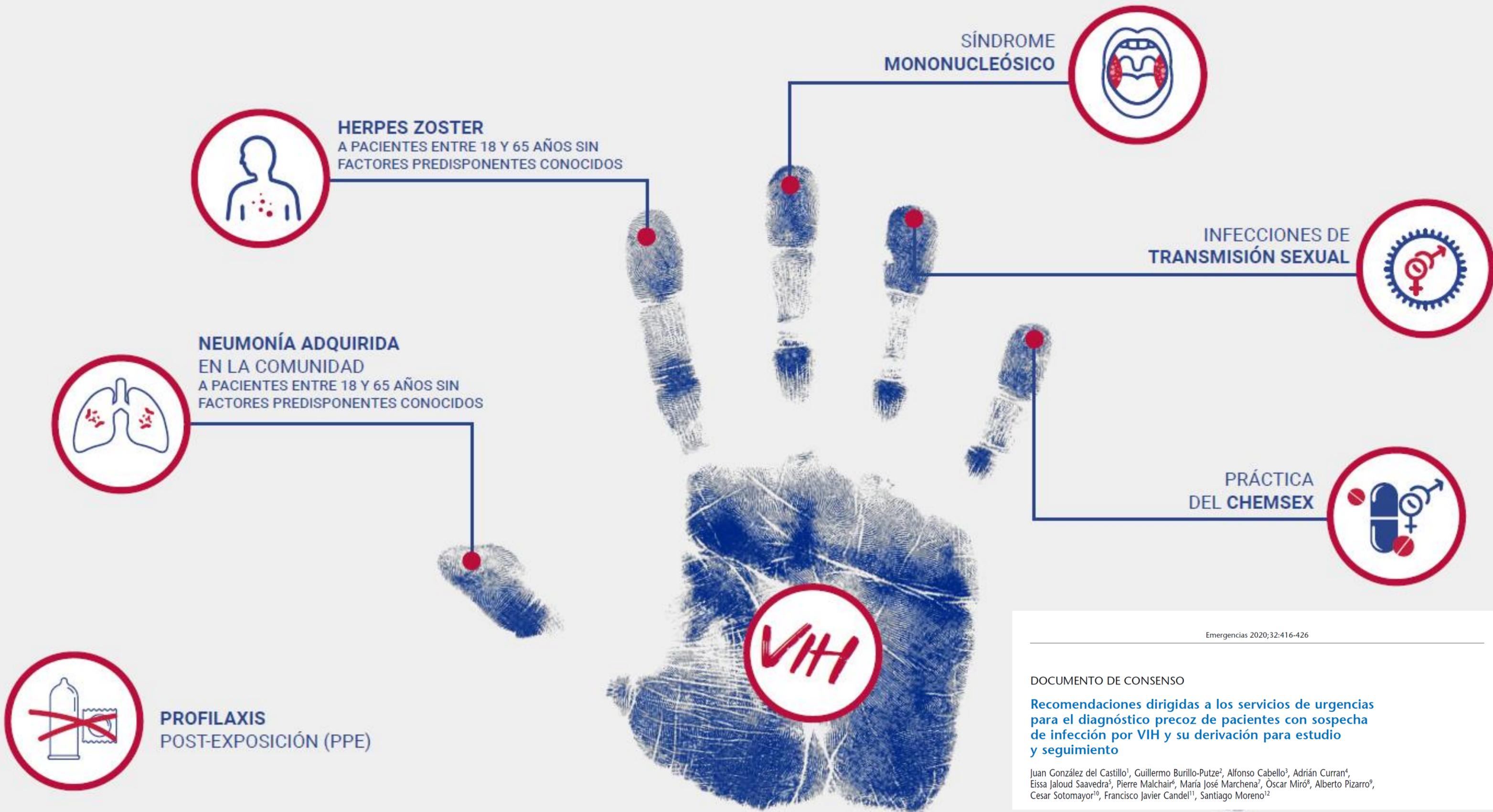
Sin sospecha de VIH que desconocen, no pueden o no desean realizar el cribado en su centro de atención primaria.



DEJA TU HUELLA

EN LA LUCHA CONTRA EL VIH

PIDE UNA
SEROLOGÍA



Emergencias 2020;32:416-426

DOCUMENTO DE CONSENSO

Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para estudio y seguimiento

Juan González del Castillo¹, Guillermo Burillo-Putze², Alfonso Cabello³, Adrián Curran⁴, Eissa Jaloud Saavedra⁵, Pierre Malchair⁶, María José Marchena⁷, Óscar Miró⁸, Alberto Pizarro⁹, Cesar Sotomayor¹⁰, Francisco Javier Candel¹¹, Santiago Moreno¹²

ENDING THE HIV EPIDEMIC IN THE DISTRICT BY 2020

90/90/90/50



GOAL 1

90 %

of DC residents
with HIV will
know their
status



GOAL 2

90 %

of persons
diagnosed with
HIV will be in
treatment



GOAL 3

90 %

of persons in
treatment will
achieve viral load
suppression



GOAL 4

50 %

decrease in
new HIV
infections

DISCRIMINACIÓN Y
ESTIGMA SOCIAL

0%



ENDING THE HIV EPIDEMIC
Equitable Access, Everyone's Voice

Thank you!

FREE HIVE
TESTING