



**Cátedra de
Enfermedades Infecciosas**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina



**Facultad
de Medicina**



**UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY**



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA



10 puntos sobre profilaxis pos exposición sexual al VIH

Uruguay-2021

10 puntos sobre
profilaxis
pos exposición
sexual al VIH

Uruguay-2021

Guía de consulta rápida para profesionales de la salud

Autoras

Prof. Adjunta Dra. Victoria Frantchez
Prof. Agregada Dra. Zaida Arteta
Prof. Agregada Dra. Susana Cabrera

Presentación

10 puntos sobre profilaxis pos exposición sexual al VIH

Uruguay-2021

La presentación de la *Guía de consulta rápida para profesionales de la salud sobre la profilaxis pos exposición sexual al VIH* representa una oportunidad para que el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH y el Sida - ONUSIDA y el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, puedan reconocer el trabajo riguroso y comprometido del equipo de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, a través de sus aportes fundamentales a la respuesta nacional al VIH, y ahora también a la atención a la pandemia del COVID-19.

Esta guía, práctica y concreta, basada en la evidencia científica disponible, representa una valiosa herramienta que permite alcanzar un triple propósito. En primer lugar, ofrece informaciones y orientaciones accesibles para todo el personal de salud, en particular para aquellos profesionales del primer nivel o de las puertas de emergencia, que se enfrentan a situaciones críticas. En segundo lugar, la guía permite reforzar el derecho a la atención y tratamiento preventivo adecuado y oportuno al VIH para todas las personas, libre de barreras y prejuicios, tal cual está expresado en las pautas nacionales de la autoridad sanitaria desde 2018:¹ «La consulta pos exposición sexual (abuso o no), tal como la exposición ocupacional, siempre debe considerarse como una urgencia médica y resolverse en las dos primeras horas de la consulta en el servicio». En tercer lugar, este conjunto de indicaciones reafirma el papel clave de la implementación de la estrategia de la *prevención combinada*, definida como

¹ Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud Pública, 2018. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-diagnostico-tratamiento-prevencion-vigilancia>

el abanico de acciones y programas fundamentados en los derechos y la evidencia científica disponible que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas.²

Precisamente, la declaración política aprobada en la Reunión de Alto Nivel sobre el Sida que tuvo lugar recientemente en la Asamblea General de las Naciones Unidas enfatiza en la necesidad de poner en el centro de la respuesta a las personas y sus comunidades, como una de las dimensiones clave para lograr eliminar el sida para el año 2030.³ En ese sentido, se reconoce que la pandemia del COVID-19 ha puesto de manifiesto, al mismo tiempo que agravado, las desigualdades y brechas sociales que persisten en múltiples regiones del mundo, limitando los derechos y el bienestar de las personas, pero también amenazando los logros alcanzados en la respuesta global al VIH y las metas propuestas para su control y erradicación.

Por lo tanto, como lo afirmó el secretario general de las Naciones Unidas en su informe «Superar las desigualdades y enderezar el

² Estrategia de la prevención combinada, OMS, <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih> ; Acción acelerada para la prevención combinada, ONUSIDA, 2015, https://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/20151019_JC2766_Fast_tracking_combination_prevention

³ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_es.pdf

10 puntos sobre profilaxis pos exposición sexual al VIH

Uruguay-2021

rumbo para acabar con el sida de aquí a 2030»,⁴ es imperativo abordar medidas urgentes y transformadoras para reducir y acabar con las desigualdades, fortaleciendo los sistemas de salud, de protección social, de promoción de los derechos humanos, como pasos indispensables para enfrentar ambas epidemias, pero también como impulso orientado a lograr las metas de la Agenda de desarrollo 2030 y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La igualdad de género, el acceso pleno a los derechos y los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los métodos de cuidado modernos y doble barrera, la implementación de las herramientas de la prevención combinada, la educación sexual integral, el reconocimiento y respeto de las orientaciones e identidades afectivo sexuales, la respuesta a todo tipo de violencia de género, el fin de las discriminaciones interseccionales, en particular hacia las personas con VIH y las poblaciones clave, representan tanto componentes centrales como desafíos de las respuestas de los países, según el informe del Secretario General.

Uruguay ha realizado significativos avances legislativos, normativos y programáticos en todos estos aspectos en los últimos años, generando las condiciones para poder contribuir al control de la epidemia del VIH a través de acciones de prevención, tratamiento, atención y cuidado de las personas desde una perspectiva de derechos humanos y de inclusión social.

⁴ <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Superar%20las%20desigualdades%20y%20enderezar%20el%20rumbo%20para%20acabar%20con%20el%20sida%20de%20aqu%C3%AD%20a%202030%20-%20Informe%20del%20Secretario%20General%20%28A-75-836%29.pdf>

En estos tiempos de fuerte presión de los servicios de salud por los impactos de la pandemia del COVID-19, esta guía ofrece un aporte significativo para la accesibilidad y calidad de la atención en salud, para la práctica clínica de las y los profesionales de la salud, y para el cumplimiento pleno de la normativa vigente, es decir, el derecho de todas las personas a beneficiar de la profilaxis pos exposición, según los criterios definidos.

ONUSIDA y UNFPA reiteran su voluntad conjunta de cooperación con todos los actores públicos, de la academia, de la sociedad civil, en particular la CONASIDA en sus esfuerzos en pos del compromiso compartido del derecho a la salud y la consolidación de una respuesta integral cada vez más efectiva al VIH para todas las personas, garantizando «no dejar a nadie atrás».

Alberto Stella
Director de ONUSIDA
Argentina, Chile,
Paraguay y Uruguay

Fernando Filgueira
Jefe de Oficina UNFPA Uruguay

1. Conceptos clave

Definición

La profilaxis pos exposición sexual al VIH (PPE) es el uso de antirretrovirales a corto plazo, en personas VIH negativas, para reducir la probabilidad de infección por el VIH después de una potencial exposición, ya sea ocupacional (accidente laboral) o no ocupacional, por ejemplo, durante relaciones sexuales sin barreras de látex (también por rotura o mal uso) o por el uso de material de inyección contaminado.

Contexto y aplicabilidad

Desde 2005 la OMS recomienda ampliar su uso para exposiciones no ocupacionales, como relaciones sexuales consentidas. Debe considerarse como una intervención puntual y adicional dentro de un paquete de prevención combinada que puede servir para identificar a personas con necesidad de servicios de prevención del VIH y vincularlos a la atención. Se trata de una herramienta que debe emplearse en situaciones de emergencia y no tiene por objetivo el uso regular o el reemplazo de otras medidas de prevención como barreras de látex o profilaxis pre exposición al VIH (PrEP).

Indicación

Al momento de indicar la PPE es necesario resolver las siguientes cinco preguntas:

1. ¿El material biológico con el que el paciente tuvo contacto es de riesgo para la transmisión?
2. ¿El tipo de exposición que tuvo el paciente es de riesgo para la transmisión?
3. ¿El tiempo transcurrido desde la exposición de riesgo es menor a 72 horas?
4. ¿El paciente expuesto es negativo para VIH en el momento de la atención?
5. ¿La persona fuente es VIH positivo (con carga viral detectable o desconocida) o el estatus serológico para VIH es desconocido?

Si todas las respuestas son afirmativas se debe considerar la PPE.

2. Tipo de material biológico de la exposición

Los materiales biológicos que comportan riesgo de transmisión de VIH son: sangre, semen, fluidos vaginales, leche materna y otros fluidos corporales en el contexto ocupacional (líquido peritoneal, pleural, pericárdico, amniótico, articular y cefalorraquídeo). No existe riesgo de transmisión (a no ser que haya sangre visible) en el sudor, lágrimas, saliva, materia fecal, orina, vómito o secreciones nasales.

3. Tipo de exposición

El riesgo de transmisión está dado por el contacto de los materiales biológicos analizados anteriormente con las membranas mucosas (generalmente en el contexto de relaciones sexuales sin barreras de látex, mucosa vaginal, anal u oral, pero también podría tratarse de salpicaduras en ojos, nariz o boca), piel no íntegra (heridas abiertas o dermatitis importantes), de forma percutánea (en general, lesiones causadas con agujas u otros elementos perforantes o cortantes) y en mordeduras con presencia de sangre. No hay riesgo de transmisión cuando el contacto es con piel íntegra o en mordeduras sin evidencia de sangre.

Particularmente en las exposiciones sexuales, la probabilidad de transmisión de VIH decrece según el tipo de práctica sexual desde máxima en la práctica anal receptiva a mínima en sexo oral insertivo.

Figura 1. Riesgo decreciente de transmisión según tipo de exposición



4. Tiempo desde la exposición

La consulta pos exposición sexual, tal como la exposición ocupacional, siempre debe considerarse como una urgencia médica y debe resolverse en las primeras 2 horas de la consulta en el servicio. El momento ideal para iniciar la PPE es en las primeras 2-6 horas posteriores a la exposición, aunque puede ser prescripta hasta un tiempo máximo de 72 horas. Dada la estrecha ventana de oportunidad, no se debe postergar la indicación a la espera de datos sobre la persona fuente o los resultados de los estudios paraclínicos. En casos de dudas o situaciones complejas se recomienda el inicio de PPE y la reevaluación por un especialista en las siguientes 72 horas.

5. Serología previa de la persona expuesta y serología de la(s) persona(s) fuente

Siempre debe realizarse el testeo para VIH en la persona expuesta previo el inicio de PPE, dado que no está indicada en personas VIH positivas. Se recomienda la utilización de test rápidos con el fin de no retrasar el inicio de la PPE.

Se debe ofrecer la posibilidad de realizar test rápidos o serología para VIH a la persona fuente:

- En caso que fuese reactivo, debe asegurarse el correcto manejo de la información de forma individual, con la confirmación, derivación y acompañamiento clínico correspondiente.
- En el caso de serología negativa, no existe indicación de PPE para la persona expuesta, con excepción de aquellos casos en los que la persona fuente relate síntomas compatibles con un síndrome retroviral agudo con exposiciones de riesgo en los últimos 30 días, ya que puede encontrarse en la ventana inmunológica.
- Si se conoce que la persona fuente es VIH positiva es fundamental saber si la carga viral se encuentra indetectable en plasma (ya que prácticamente anula el riesgo de transmisión sexual), así como la historia de tratamiento previa y posibles resistencias a fármacos.

Cuando no pueda conocerse el estatus serológico de la persona fuente, debe determinarse si pertenece a grupos con prevalencia de VIH mayor del 1% (población clave). En nuestro país: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trans femeninas, personas privadas de libertad, usuarios de pasta base de cocaína o drogas intravenosas.

Existen otras situaciones a tener en cuenta en la valoración del riesgo que aumentan la probabilidad de transmisión: infecciones de transmisión sexual (ITS) en la persona expuesta o en la persona fuente, especialmente la presencia de úlceras, lesiones en la mucosa expuesta, presencia de sangrados, menstruación o lesiones traumáticas.

6. Indicación de PPE

Clasificación	Características	Recomendación
Riesgo considerable	Se cumplen los 3 siguientes: a) Exposición con riesgo de transmisión. b) Exposición con fluidos potencialmente infectantes. c) Fuente VIH positiva con CV detectable o sin TARV.	PPE
Riesgo a valorar individualmente	Situación 1	
	Se cumplen los 3 siguientes: a) Exposición con riesgo de transmisión. b) Exposición con fluidos potencialmente infectantes. c) Fuente con serología de VIH desconocida.	Considerar PPE No realizar si se descarta infección por VIH en la fuente. La presencia de otra ITS aumenta la probabilidad de transmisión de VIH
	Considerar mayor probabilidad de infección VIH de la persona fuente en: -Gay u HSH. -Mujer transexual. -Usuario de droga parenteral o pasta base de cocaína. -Agresor sexual. -Trabajador/a sexual. -Antecedente o permanencia en centro penitenciario. -Procedente de un país con prevalencia de VIH superior al 1 %.	PPE si se cumplen los 3 criterios y al menos una de las condiciones que aumentan la probabilidad de VIH en la fuente.
	Situación 2	
	Se cumplen los 3 siguientes: a) Exposición con riesgo de transmisión. b) Exposición con fluidos potencialmente infectantes. c) Fuente VIH infectado con CV indetectable.	Considerar PPE: Puede no realizarse si la fuente se encuentra en TARV por un tiempo mayor a 6 meses y CV indetectable en las últimas determinaciones o en una determinación de un tiempo ≤ 1 mes. La presencia de otra ITS aumenta la probabilidad de transmisión de VIH.
Riesgo despreciable	a) Cualquier tipo de exposición con fluidos no considerados como potencialmente infectantes, independientemente del estado de la fuente respecto al VIH. b) Cualquier tipo de exposición con cualquier tipo de fluido, si la fuente es VIH negativo. c) Práctica de riesgo despreciable: prácticas orogenitales (puede existir riesgo en situaciones de eyaculación en mucosa oral o en presencia de lesiones).	No PEP

7. Esquema antirretroviral para PPE

La pauta será con la combinación de 3 fármacos y una duración de 28 días. Esta combinación se construye con un backbone o núcleo con 2 antirretrovirales inhibidores nucleosídicos/nucleotídicos de la transcriptasa reversa (INTR) combinado con un tercer antirretroviral (ARV). Este tercer fármaco ARV puede ser de la familia de los inhibidores de la integrasa (raltegravir o dolutegravir) que se consideran fármacos preferidos o de la familia de los inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir (atazanavir+ritonavir o darunavir+ritonavir o lopinavir/ritonavir).

El esquema preferencial se ajusta a la mayoría de los pacientes y presenta buena tolerancia, seguridad y pocas interacciones medicamentosas. Siempre se prefiere la utilización de fármacos coformulados para simplificar el tratamiento y la adherencia. Si bien raltegravir (RAL) es el 3.º ARV preferido por la mayoría de la guías, considerando su bajo potencial de interacciones y excelente tolerabilidad, dolutegravir (DTG) tiene la ventaja de su posología una vez al día, teniendo también bajo nivel de interacciones y muy buena tolerabilidad.

Planes de elección (optar por uno)

- Tenofovir/emtricitabina 1 comprimido (TDF 300mg/FTC 200mg)/día + raltegravir 1 comprimido (400mg)/12 h.
- Tenofovir 1 comprimido (300mg)/día + lamivudina 1 comprimido (150mg)/12h + raltegravir 1 comprimido (400mg)/12 h.
- Tenofovir/emtricitabina 1 comprimido (TDF 300mg/FTC 200mg)/día + dolutegravir 1 comprimido (50mg)/día.
- Tenofovir 1 comprimido (300mg)/día + lamivudina 1 comprimido (150mg)/12hs + dolutegravir 1 comprimido (50mg)/día.
- Tenofovir 1 comprimido (300mg)/día + lamivudina/dolutegravir 1 comprimido (3TC 300mg/ DTG 50mg)/ día.

Tabla 1. Combinaciones preferidas para PPE

ARV del núcleo (INTR)		3.º fármaco (INI)
Tenofovir/emtricitabina (1comp./día)	+	Raltegravir 400mg (1comp. c/12h)
Tenofovir + lamivudina (1comp./día + 1 comp. c/12h)		Raltegravir 400mg (1comp. c/12h)
Tenofovir/emtricitabina (1comp./día)		Dolutegravir 50mg (1comp./día)
Tenofovir + lamivudina (1comp./día + 1 comp. c/12h) ⁽¹⁾		Dolutegravir 50mg (1comp./día) ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Se puede utilizar la coformulación lamivudina/dolutegravir 1 comp./ día + tenofovir 1 comp./día

En el caso de insuficiencia renal, se recomienda sustituir el Tenofovir por Zidovudina, asociado a Lamivudina (AZT/3TC 1 comprimido vo c/12 h.

Plan alternativo

- Tenofovir/emtricitabina 1 comprimido (TDF 300mg/ FTC 200mg)/día, o Tenofovir 1 comprimido (300mg)/día + lamivudina 1 comprimido (150mg)/12hs + Darunavir/ritonavir 2 comprimidos + 1 comprimido (600mg+100mg c/12hs o 800mg+100mg/día) [o Atazanavir+ritonavir 2 comprimidos + 1 comprimido (ATV300mg+rtv 100mg) o Lopinavir/ritonavir 2 comprimidos c/12h (LPV 200mg/r 50mg)/12h].
- En el caso de insuficiencia renal, se recomienda sustituir el Tenofovir por Zidovudina, asociado a Lamivudina (AZT/3TC 1 comprimido vo c/12h).

En los casos de planes alternativos se recomienda la consulta con un especialista en las siguientes 72 h.

Tabla 2. Combinaciones alternativas para PPE

ARV del núcleo (INTR)		3.º fármaco (IP/rtv)
Tenofovir/emtricitabina (1comp/día)	+	Darunavir 600mg + ritonavir 100mg (1comp + 1 comp c/12h) o,
Tenofovir + lamivudina (1comp/día + 1 comp c/12h)		Atazanavir 150mg + ritonavir 100mg (2comp/día + 1 comp/día) o, Lopinavir/ritonavir 200/50mg (2 comp c/12h)

En el caso de insuficiencia renal se recomienda sustituir el Tenofovir por Zidovudina, asociado a Lamivudina (AZT/3TC 1 comprimido vo c/12hs

8. Valoración y asesoramiento de la persona expuesta

- Deben tomarse las muestras para investigación de otras posibles ITS.
- Se debe indagar sobre vacunación contra VHB, VPH y VHA, ITS previas y tratamientos, y tipos de práctica sexuales.
- El seguimiento será:
 - * A una semana del inicio de la PPE para valorar adherencia, tolerancia y posibles efectos adversos.
 - * Al mes para finalizar la pauta de PPE.
 - * A los 3 y 6 meses para el seguimiento con serologías.

Además, es fundamental realizar una asesoría adecuada que contemple:

- Ofrecer y recomendar las demás estrategias de prevención combinada: uso consistente de barreras de látex y lubricantes, diagnóstico, tratamiento y prevención de ITS, siempre considerar indicación de PrEP.
- Tranquilizar acerca de la probabilidad de transmisión de VIH, que es relativamente baja (máximo 0.8% - 3%) en una exposición a una persona con VIH cuando se clasifica como riesgo considerable.
- La necesidad de adherencia completa a la profilaxis por un tiempo de 28 días, y la adherencia a las otras profilaxis indicadas (incluido el cumplimiento del esquema de vacuna de VHB si se indica), así como realizar los controles que se le indicarán.

9. Evaluación basal y de seguimiento

Estudios	Al inicio	Semana 4-6		A los 3 meses	A los 6 meses
VIH	√	√		√	
Hepatitis B ⁽¹⁾	√	√		√ ⁽²⁾	√ ⁽²⁾
Hepatitis C	√			√	√
<i>Chlamydia</i> y <i>N. gonorrhoeae</i> ⁽³⁾	√				
Sífilis ⁽⁴⁾	√	√ ⁽⁴⁾		√ ⁽⁴⁾	
Analítica ⁽⁵⁾	√	√			
En mujeres: prueba de embarazo	√	√			
Evaluación clínica	Al inicio	Semana 1	Semana 4-6	A los 3 meses	A los 6 meses
Tolerancia y adherencia		√			
Síntomas de seroconversión de VIH	√		√	√	
Indicación de PrEP	√		√	√	√
Uso de otras estrategias de prevención de ITS-VIH	√		√	√	√

⁽¹⁾ VHBsAg, VHBsAc, VHBcAc. ⁽²⁾ En no vacunados. ⁽³⁾ De estar disponible. De preferencia prueba de amplificación de ácidos nucleicos. ⁽⁴⁾ Prueba rápida (treponémica) si no tiene antecedentes de sífilis; de lo contrario, realizar una prueba no treponémica. ⁽⁵⁾ Hemograma, urea, creatinina, funcional y enzimograma hepático. CK (creatinquinasa) si se utiliza RAL.

10. Otras Infecciones de transmisión sexual

Se debe considerar, según corresponda, profilaxis pos exposición de otras ITS, así como anticoncepción de emergencia.

Pauta	Consideraciones
Ceftriaxona 1g im, 1 dosis + Azutromicina 1g vo, 1 dosis + Metronidazol 2g vo, 1 dosis	Cobertura de sífilis, <i>Chlamydia</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>Gardnerella</i> , <i>Trichomonas</i>
Vacuna VHB Gammaglobulina hiperinmune VHB	Si no está vacunado o vacunado con esquema incompleto: 1. ^a dosis de VHB a la brevedad y completar esquema según pauta. Vacunado: evaluar serología Considerar inmunización pasiva según riesgo

Bibliografía

1. POST-EXPOSURE PROPHYLAXIS TO PREVENT HIV INFECTION. Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. WHO, 2007. Accesible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43838/9789241596374_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach: December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Accesible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>
3. Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. Ministerio de Salud Pública. Uruguay, 2018. Accesible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-diagnostico-tratamiento-prevencion-vigilancia>
4. UK Guideline for the use of HIV Post-Exposure Prophylaxis. 2021. Accesible en: <https://www.bhiva.org/pepse-guidelines>
5. Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV—United States, 2016; From the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. Accesible en: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>
6. Ford N and Mayer KH; for the World Health Organization Postexposure Prophylaxis Guideline Development Group. World Health Organization Guidelines on Postexposure Prophylaxis for HIV: Recommendations for a Public Health Approach. Clin Infect Dis 2015; 60(S3): S161–4
7. Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Enferm Infecc Microbiol Clin 2016; 34(2): 121.e1–121.e15. Accesible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>

Equipo docente de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas

10 puntos sobre
profilaxis
pos exposición
sexual al VIH

Uruguay-2021



Cátedra de Enfermedades Infecciosas, 2021.

Director

Dr. PhD. Julio Medina

Profesoras Agregadas

Dra. Susana Cabrera

Dra. Zaida Arteta

Profesores Adjuntos

Dr. Henry Albornoz

Dra. Victoria Frantchez

Dra. Mariana Guirado Asistentes

Asistentes

Dra. Virginia Antelo

Dra. Elisa Cabeza

Dra. Sofía Griot

Dr. Santiago Gemelli

Dra. Karina Tenaglia

Docentes Colaboradores

Docente Adscripto Honorario

Dra. Graciela Pérez

Docentes Auxiliares Honorarios

Dra. Jimena Prieto

Dra. Daniela Paciel