BOLETÍN

NOVIEMBRE 2026

SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA
FILIAL PICHINCHA

EDITORIAL

Estimados socios les compartimos nuestro editorial de noviembre, en esta ocasión nos referimos a:

1. El día del prematuro considerando que la prevención comienza antes del embarazo y se fortalece con atención prenatal temprana y de calidad. Incluye planificación reproductiva, control de enfermedades crónicas, nutrición adecuada, detección y tratamiento de infecciones, identificación oportuna de signos de alarma y referencia de las gestantes con riesgo a centros capaces de atender simultáneamente a la madre y al recién nacido.

2. La semana mundial de concienciación sobre el uso de los antimicrobianos representa mucho más que una campaña simbólica de siete días; constituye una oportunidad imperativa para reflexionar sobre uno de los desafíos sanitarios más graves de la salud pública.

Esperamos que estos artículos sean útiles en su accionar diario

DRA. JOANNA ACEBO ARCENTALES
PAST PRESIDENTE SEPP

CONTENIDO

03-09 **Prematuridad: Un Desafío**

Dra. Paola Zoraida Pico Aguilar / Pediatra Neonatóloga

10-13 **Semana mundial de concienciación sobre el uso de los antibióticos**

Dra. Ángeles Costta Michuy / Pediatra infectóloga

14 **Conmemoración de los 34 años de un Ecuador libre de Polio**

15 **Charla 15 de Octubre**

Dra. Paola Zurita y Dr. Fernando Naranjo

16 **Taller de Actualización del Esquema Nacional de Vacunación**

17 **Reunión Mensual SEPP**

18 **RESERVA LA FECHA:** XXIV Congreso Internacional de Pediatría 2027

1

FORMA PARTE DE LA SEPP

Conoce los beneficios

1. Participar en los eventos académicos organizados por la Sociedad.

2. Descuentos y becas en Congresos Nacionales e Internacionales de Pediatría.

3. Cursos de capacitación gratuita de BLS y NRP para los socios activos, certificados por la AHA (American Hearth Asociation)

4. Presentación de trabajos de investigación y publicación en la revista de la SEPP.

5. Contar con voz y voto en las Asambleas de la Sociedad.

6. Postular por las dignidades dentro de la Directiva de la Sociedad.

7. Disfrutar del departamento ubicado en Tonsupa con un descuento especial.

8. Ser parte del agasajo navideño que la SEPP brinda a distintos niños de la cuidad.

9. Entrega de canasta navideña para socios activos

INGRESA EN EL SIGUIENTE LINK PARA CONOCER MÁS

WWW.PEDIATRIAECUADOR.ORG

INFO@PEDIATRIAECUADOR.ORG

ESCRIBE A NUESTRO WHATSAPP

099 860 9136

2

FORMA PARTE DE LA SEPP

Condiciones para recibir los beneficios:

1. Estar al día en los aportes mensuales

2. Participar activamente en los eventos que organiza la SEPP

3. Asisitir a las Asambleas convocadas

4. Acudir a la convocatoria de elecciones para depositar su voto, según los reglamentos de la SEPP

INGRESA EN EL SIGUIENTE LINK PARA CONOCER MÁS

WWW.PEDIATRIAECUADOR.ORG

INFO@PEDIATRIAECUADOR.ORG

ESCRIBE A NUESTRO WHATSAPP

099 860 9136



PREMATURIDAD: UN DESAFÍO

Dra. Paola Zoraida Pico Aguilar
Pediatra - Neonatóloga, Coordinadora del Servicio de Neonatología,
Hospital General Enrique Garcés

Nacer antes de tiempo no es solamente llegar antes al mundo: significa iniciar la vida mientras órganos y sistemas aún completan su maduración. El desafío no termina al superar la hospitalización; continúa en el crecimiento, el neurodesarrollo, la salud familiar y la equidad de oportunidades.

UNA REALIDAD FRECUENTE Y PROFUNDAMENTE DESIGUAL

La prematuridad se define como el nacimiento antes de completar 37 semanas de gestación. Según la edad gestacional, se clasifica en prematuridad extrema (menos de 28 semanas), muy prematuro (28 a menos de 32 semanas) y prematuro moderado o tardío (32 a menos de 37 semanas). Esta clasificación no es solo descriptiva: cada semana adicional dentro del útero suele traducirse en mayor madurez pulmonar, neurológica, digestiva e inmunológica, y en menor riesgo de complicaciones.

4 Prematuridad: Un Desafío

En 2020 nacieron prematuramente alrededor de 13,4 millones de niños, equivalentes a casi uno de cada diez nacimientos en el mundo. Las complicaciones de la prematuridad continúan siendo la principal causa de muerte en menores de cinco años. Aún más preocupante es que la tasa mundial apenas cambió entre 2010 y 2020, mientras la supervivencia conserva brechas inaceptables: un niño muy prematuro puede tener resultados radicalmente distintos según el lugar donde nace, la oportunidad de la atención y la disponibilidad de cuidados esenciales.[1-3]

En Ecuador, hablar de prematuridad implica mirar más allá de la unidad neonatal. Supone reconocer las desigualdades en control prenatal, transporte materno y neonatal, acceso a maternidades seguras, disponibilidad de talento humano entrenado, equipamiento apropiado, leche humana y programas estructurados de seguimiento. La prematuridad es, por tanto, un indicador sensible de la calidad y continuidad del sistema de salud.

¿POR QUÉ NACE UN NIÑO ANTES DE TIEMPO?

No existe una causa única. El parto prematuro puede comenzar espontáneamente, asociarse con ruptura prematura de membranas o ser indicado médicamente cuando continuar el embarazo representa un riesgo para la madre o el feto. Entre los factores relacionados se encuentran antecedentes de parto prematuro, embarazo múltiple, intervalo intergenésico corto, infecciones, enfermedad hipertensiva, diabetes, alteraciones placentarias o cervicales, malnutrición, consumo de tabaco y otras sustancias, edad materna extrema, estrés y violencia. Sin embargo, también ocurre en mujeres sin factores de riesgo reconocibles.

La prevención comienza antes del embarazo y se fortalece con atención prenatal temprana y de calidad. Incluye planificación reproductiva, control de enfermedades crónicas, nutrición adecuada, detección y tratamiento de infecciones, identificación oportuna de signos de alarma y referencia de las gestantes con riesgo a centros capaces de atender simultáneamente a la madre y al recién nacido. Evitar cesáreas o inducciones no médicamente indicadas antes de las 39 semanas también forma parte de una cultura de nacimiento seguro.

5 Prematuridad: Un Desafío

Cuando el nacimiento prematuro es inminente, la atención obstétrica basada en evidencia puede modificar el pronóstico: los corticoides antenatales favorecen la maduración fetal en las mujeres elegibles; el sulfato de magnesio se utiliza para neuroprotección fetal en edades gestacionales tempranas; y el traslado materno antes del parto, siempre que sea posible y seguro, permite que el niño nazca en el nivel de atención apropiado. Estas intervenciones requieren diagnóstico correcto, tiempo oportuno y condiciones que garanticen una atención materna y neonatal segura.[4]

EL PRIMER MINUTO IMPORTA, PERO NO ES EL ÚNICO

El recién nacido prematuro pierde calor con rapidez, tiene menor reserva energética y pulmones inmaduros. Por ello, la recepción debe estar preparada: ambiente térmico adecuado, equipo entrenado, evaluación cuidadosa de la respiración y soporte progresivo. La prioridad es ayudar a establecer una ventilación eficaz evitando tanto la hipoxia como la exposición innecesaria a oxígeno, presión o procedimientos invasivos.

La atención respiratoria moderna busca proteger el pulmón desde el inicio. Cuando está indicado, el soporte no invasivo con presión positiva continua puede reducir la necesidad de intubación; el surfactante se administra de forma selectiva y temprana en el síndrome de dificultad respiratoria; y la ventilación mecánica se ajusta con estrategias de protección pulmonar. El objetivo no es normalizar cada número de inmediato, sino sostener una transición segura con el menor daño posible.

A la vez, deben prevenirse la hipotermia, la hipoglucemia, la infección, la lesión cerebral y las alteraciones de líquidos y electrolitos. Esto exige protocolos claros, monitorización proporcional al riesgo, higiene rigurosa de manos, manipulación mínima y una cultura de seguridad. En neonatología, muchas pequeñas acciones repetidas correctamente tienen un efecto acumulativo enorme.

CUIDADO CANGURO Y LECHE HUMANA: TRATAMIENTO, NO COMPLEMENTO

Uno de los cambios más relevantes de la atención neonatal contemporánea es reconocer que la madre y el recién nacido forman una unidad de cuidado. La Organización Mundial de la Salud recomienda el método madre canguro para los recién nacidos prematuros o de bajo peso, iniciado tan pronto como sea posible. Consiste en contacto piel con piel prolongado, acompañado de alimentación con leche materna y seguimiento apropiado.

6 Prematuridad: Un Desafío

No reemplaza el soporte clínico que el niño necesita: lo integra dentro de un modelo que reduce la separación.[4,5]

En un ensayo multicéntrico, iniciar el cuidado canguro de forma inmediata en recién nacidos de 1,0 a 1,799 kg redujo la mortalidad neonatal a 28 días en comparación con iniciar este cuidado después de la estabilización. Revisiones posteriores confirman beneficios sobre mortalidad, infección, hipotermia y lactancia. La implementación segura demanda áreas que permitan el cuidado conjunto madre-hijo, personal que acompañe a la familia y vigilancia clínica continua.[6,7]

La leche de la propia madre es la primera elección nutricional. Aporta nutrientes adaptados, factores inmunológicos y protección frente a complicaciones graves, incluida la enterocolitis necrotizante. Cuando no está disponible, la leche humana donada pasteurizada es una alternativa importante para los prematuros de mayor riesgo, según disponibilidad y protocolos. El apoyo debe empezar precozmente: extracción dentro de las primeras horas, frecuencia suficiente, conservación segura, acompañamiento sin culpabilizar y fortificación individualizada cuando se requiera.

LA FAMILIA TAMBIÉN NECESITA CUIDADOS

El ingreso de un hijo prematuro transforma de manera abrupta la experiencia esperada del nacimiento. Los padres pueden sentir miedo, culpa, impotencia, ansiedad o tristeza; además, enfrentan barreras laborales, económicas y geográficas. Una unidad neonatal de calidad no considera a la familia como visitante, sino como parte esencial del equipo de cuidado.

La comunicación debe ser honesta, comprensible, coherente y repetida. Explicar la evolución, permitir preguntas, enseñar señales del niño, facilitar el contacto y promover la participación gradual en higiene, contención, alimentación y cuidado canguro fortalecen el vínculo y preparan el alta. También es indispensable identificar sufrimiento emocional y facilitar apoyo psicológico o social cuando esté disponible. Cuidar a quienes cuidan mejora la experiencia familiar y favorece la continuidad del tratamiento.

7 Prematuridad: Un Desafío

EL ALTA NO ES EL FINAL: COMIENZA OTRA ETAPA

Superar la fase crítica es una conquista, pero la vigilancia debe continuar. Los niños prematuros presentan mayor riesgo de dificultades de crecimiento, trastornos del neurodesarrollo, problemas visuales y auditivos, enfermedad respiratoria y desafíos de alimentación. El riesgo no es uniforme y aumenta cuanto menores fueron la edad gestacional y el peso al nacer, aunque incluso los prematuros tardíos requieren atención diferenciada.

Un programa de seguimiento debe integrar pediatría, neonatología y atención primaria, con evaluación del crecimiento mediante edad corregida, apoyo nutricional y de lactancia, vacunación oportuna, tamizaje visual y auditivo, vigilancia del desarrollo y acceso temprano a intervención, rehabilitación y especialidades cuando se requiera. La edad corregida debe emplearse para interpretar crecimiento y desarrollo durante los primeros años, sin convertirla en motivo para postergar vacunas.

La observación de la familia es valiosa. Dificultad respiratoria, coloración azulada, pausas, fiebre o hipotermia, rechazo persistente del alimento, menor actividad, vómitos verdes, convulsiones o una reducción marcada de la orina requieren valoración inmediata. Al mismo tiempo, cada control debe reconocer avances y capacidades, evitando que la historia de prematuridad se convierta en una etiqueta que limite las expectativas del niño.

UN DESAFÍO DE TODA LA SOCIEDAD

Reducir la carga de la prematuridad demanda una red y no esfuerzos aislados. Se necesitan políticas de salud sexual y reproductiva; control prenatal accesible; maternidades capaces de identificar y referir riesgos; transporte seguro; unidades neonatales con personal suficiente, tecnología apropiada y prevención de infecciones; bancos de leche humana; cuidado canguro; seguimiento del neurodesarrollo; y sistemas de información que permitan medir resultados más allá de la supervivencia.

También se requiere proteger a las familias. Licencias, espacios para alojamiento, apoyo a la extracción de leche, transporte y continuidad del cuidado reducen barreras que la medicina por sí sola no puede resolver. La supervivencia sin calidad de vida, participación familiar ni oportunidades de desarrollo no puede ser la única meta.

8 Prematuridad: Un Desafío

Desde 2025, la Organización Mundial de la Salud reconoce oficialmente el 17 de noviembre como Día Mundial de la Prematuridad. Esta decisión ofrece una oportunidad para transformar la conmemoración en acción sostenida: educación, movilización de recursos, aplicación de guías basadas en evidencia, seguimiento integral y escucha activa de las familias.[8]

CONCLUSIONES

La prematuridad es uno de los mayores desafíos de la salud infantil porque reúne biología, oportunidad clínica, organización sanitaria y justicia social. La evidencia demuestra que muchas muertes y discapacidades pueden prevenirse mediante intervenciones disponibles: atención prenatal de calidad, manejo obstétrico oportuno, cuidado térmico y respiratorio seguro, prevención de infecciones, leche humana, método madre canguro, participación familiar y seguimiento del desarrollo.

El verdadero progreso no se mide únicamente por cuántos niños prematuros sobreviven, sino por cuántos logran crecer, aprender, vincularse y participar plenamente en su familia y comunidad. Cada nacimiento prematuro nos convoca a cuidar con ciencia y sensibilidad, a sostener a la familia y a construir redes capaces de acompañar al niño desde el primer minuto hasta mucho después del alta.

Un niño que nace antes de tiempo no es un proyecto incompleto: es una vida plena que necesita tiempo, protección y oportunidades. Ese es el desafío; y también nuestra responsabilidad compartida.

Bibliografía:

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 31 ago 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
2. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023;402(10409):1261-1271. doi:10.1016/S0140-6736(23)00878-4.
3. World Health Organization; UNICEF; PMNCH. Born too soon: decade of action on preterm birth. Geneva: WHO; 2023.
4. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: WHO; 2022.
5. World Health Organization. Kangaroo mother care: a clinical practice guide. Geneva: WHO; 2025.
6. WHO Immediate KMC Study Group. Immediate 'Kangaroo Mother Care' and survival of infants with low birth weight. N Engl J Med. 2021;384(21):2028-2038. doi:10.1056/NEJMoa2026486.
7. Sivanandan S, Sankar MJ. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. BMJ Glob Health. 2023;8(6):e010728. doi:10.1136/bmjgh-2022-010728.
8. World Health Organization. Member States endorse World Prematurity Day as official global health campaign [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 31 ago 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/28-05-2025-member-states-endorse-world-prematurity-day-as-official-global-health-campaign



SEMANA MUNDIAL DE CONCIENCIACIÓN SOBRE EL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS

Preservar los antimicrobianos: un compromiso diario

Dra. Ángeles Costta Michuy
Pediatra Infectóloga

La semana mundial de concienciación sobre el uso de los antimicrobianos representa mucho más que una campaña simbólica de siete días; constituye una oportunidad imperativa para reflexionar sobre uno de los desafíos sanitarios más graves de la salud pública.

Con frecuencia, la resistencia a los antimicrobianos (RAM) suele percibirse como un problema propio de hospitales de mayor complejidad, donde los equipos médicos enfrentan cotidianamente bacteriemias e infecciones complejas asociadas a la atención de la salud causadas por bacterias multirresistentes, sin embargo, este escenario hospitalario representa únicamente la punta del iceberg. Para comprender la verdadera dimensión del problema, es indispensable situarse dentro del ciclo ecológico global de la RAM. Los datos evidencian que solo entre el 20% al 30% de los antibióticos producidos a nivel mundial se utiliza en el tratamiento de infecciones en seres humanos, mientras que aproximadamente entre el 70% al 80% restante se destina al sector animal y agrícola. El uso masivo y rutinario de antimicrobianos en la ganadería industrial, la piscicultura y la producción agropecuaria ejerce una presión de selección constante en la microbiota ambiental y animal. Este fenómeno conecta la salud humana, la sanidad animal y el medio ambiente.

11 Semana mundial de concienciación sobre el uso de los antibióticos

Los residuos farmacológicos y las cepas bacterianas resistentes originados en la producción ganadera se eliminan hacia el suelo y el agua, diseminándose hacia la agricultura, los alimentos y las fuentes de agua de consumo. A su vez, los desechos urbanos, rurales y hospitalarios mal tratados aportan concentraciones de antibióticos a los ecosistemas acuáticos, favoreciendo la RAM. Por tanto, ningún individuo ni comunidad está exento de este ciclo, lo que exige una respuesta integrada bajo el marco de una sola salud.

El impacto de la RAM está ampliamente documentado por la evidencia científica reciente. De acuerdo con las estimaciones en 2021 la RAM estuvo asociada a 4,71 millones de muertes en el mundo, de las cuales 1,14 millones fueron directamente atribuibles a bacterias resistentes. De no implementarse intervenciones coordinadas, las muertes atribuibles podrían alcanzar 1,91 millones anuales para el año 2050. Esta estadística amenaza la seguridad de procedimientos médicos indispensables como los tratamientos para el cáncer, la cirugía pediátrica y los cuidados neonatales intensivos.

Los niños constituyen un grupo con vulnerabilidades únicas debido a su ontogenia, frente a esta realidad, la respuesta no puede depender únicamente de la búsqueda de nuevos fármacos. Las intervenciones basadas en la prevención como la vacunación, la higiene de manos, la implementación de programas de optimización de antibióticos (PROA), son tan efectivas en la reducción de muertes por la RAM como el desarrollo de nuevos antibióticos para su tratamiento.

En aquellas enfermedades en las que se debe usar estos fármacos, la estrategia de los cuatro momentos para la prescripción de antimicrobianos en la evaluación diaria del paciente, guía al pediatra a evitar presión innecesaria de la microbiota infantil, eventos adversos, mal uso y abuso de los mismos.

- **Momento 1:** ¿Existe una indicación clara para iniciar antibióticos?
- **Momento 2:** ¿Se obtuvieron las muestras microbiológicas correspondientes antes de la primera dosis?
- **Momento 3:** ¿Es posible reevaluar, ajustar o desescalar el esquema a las 48-72 horas según la evolución clínica y los cultivos?
- **Momento 4:** ¿Cuál es la duración mínima efectiva y el plan definido para suspender la terapia?

12 Semana mundial de concienciación sobre el uso de los antibióticos

Proteger la eficacia de los antibióticos es defender el derecho de cada recién nacido, niño y adolescete a contar con tratamientos seguros y efectivos frente a infecciones que antes eran mortales. Entorpecer las intervenciones del PROA ignorando las auditorías de prescripción, retrasando la suspensión de esquemas empíricos o percibiendo el desescalamiento como una amenaza a la conducta médica impacta directamente en la aparición de brotes por bacterias multirresistentes en las unidades pediátricas. Los PROA no existen para restringir decisiones, sino para garantizar que el niño reciba la molécula correcta, a la dosis adecuada y durante el tiempo estrictamente necesario. El verdadero liderazgo pediátrico se demuestra al trabajar mano a mano con el equipo PROA, solicitando su asesoría de forma anticipada y convirtiendo cada pase de visita en un ejercicio transparente de uso racional de antimicrobianos.

Solo mediante la acción articulada entre el personal de salud, autoridades, el sector agropecuario y la sociedad civil será posible asegurar un futuro donde los antibióticos continúen salvando vidas.

Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). (2024). WHO Bacterial Priority Pathogens List 2024: Bacterial pathogens of public health importance to guide research, development, and strategies. Geneva: World Health Organization.
2. GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators. (2024). Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. The Lancet, 404(10459), 1199–1226.
3. Mulchandani R, Wang Y, Gilbert M, Van Boeckel TP. Global trends in antimicrobial use in food-producing animals: 2020 to 2030. PLOS Glob Public Health. 2023 Feb 1;3(2):e0001305. doi: 10.1371/journal.pgph.0001305. PMID: 36963007; PMCID: PMC10021213.
4. Hu, Y. J., Qiu, H., Harwell, J. I., & Bryant, P. A. (2026). Childhood Antimicrobial Resistance With Global Forecasts. JAMA Pediatrics, 180(10), 1125–1135.
5. Dinh, C., & Parang, K. (2026). Antimicrobial Resistance in Pediatric Infections: Current Status, Challenges, and Future Directions. Antibiotics, 15(6), 617.
6. Gozzer, E., Becerra-Chauca, N., Abba-Aji, M., Wirtz, V. J., et al. (2025). Antimicrobial resistance interventions in Latin America and the Caribbean: a scoping review of reported interventions between 2018–2024. Antimicrobial Resistance & Infection Control, 14, 137.
7. Tamma PD, Miller MA, Cosgrove SE. Rethinking How Antibiotics Are Prescribed: Incorporating the 4 Moments of Antibiotic Decision Making Into Clinical Practice. JAMA. 2019 Jan 15;321(2):139-140. doi: 10.1001/jama.2018.19509. PMID: 30589917.
8. Infectious Diseases Society of America (IDSA). (2026). 2026 Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections. IDSA Practice Guidelines.
9. Zhao, X., Liu, Z., Zhao, Z., et al. (2026). Global, regional, and national burden of pathogen-attributable infectious diseases in children by age and sex from 1990 to 2021 with projections to 2050. Infection, 54, 1-12.
10. Bottery, M. J., Wood, A. J., & Brockhurst, M. A. (2021). Ecology and evolution of antimicrobial resistance in bacterial communities. The ISME Journal, 15, 939–948.

Conmemoración de los 34 años de un Ecuador LIBRE DE POLIO



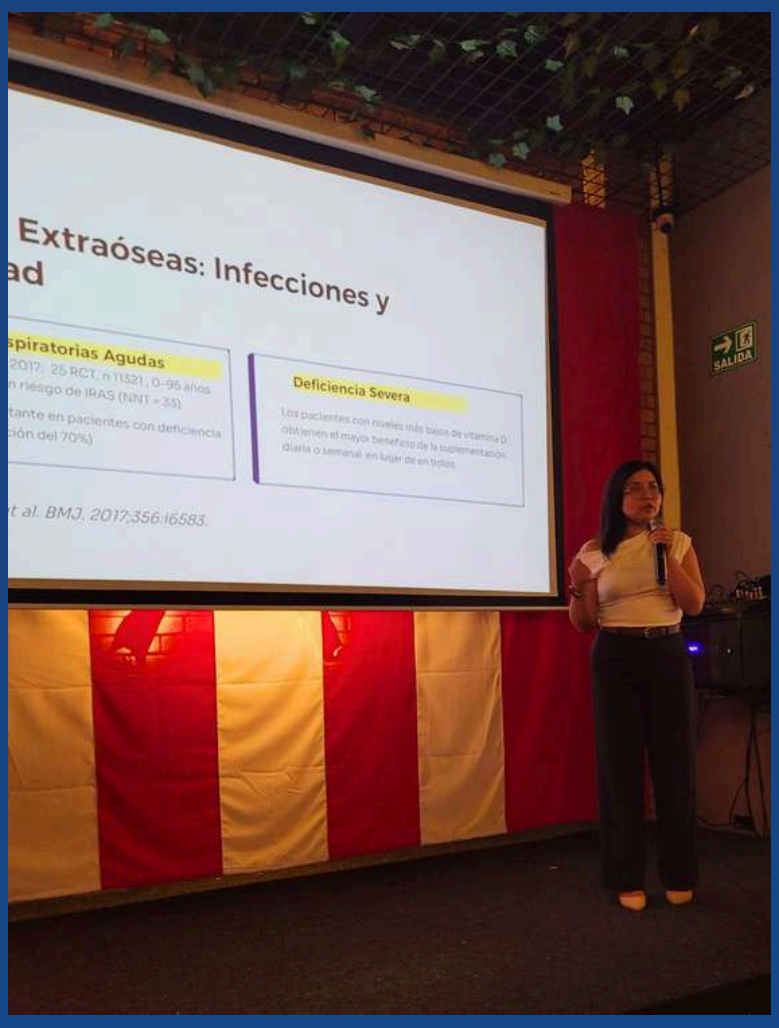




15

Charla 15 de Octubre



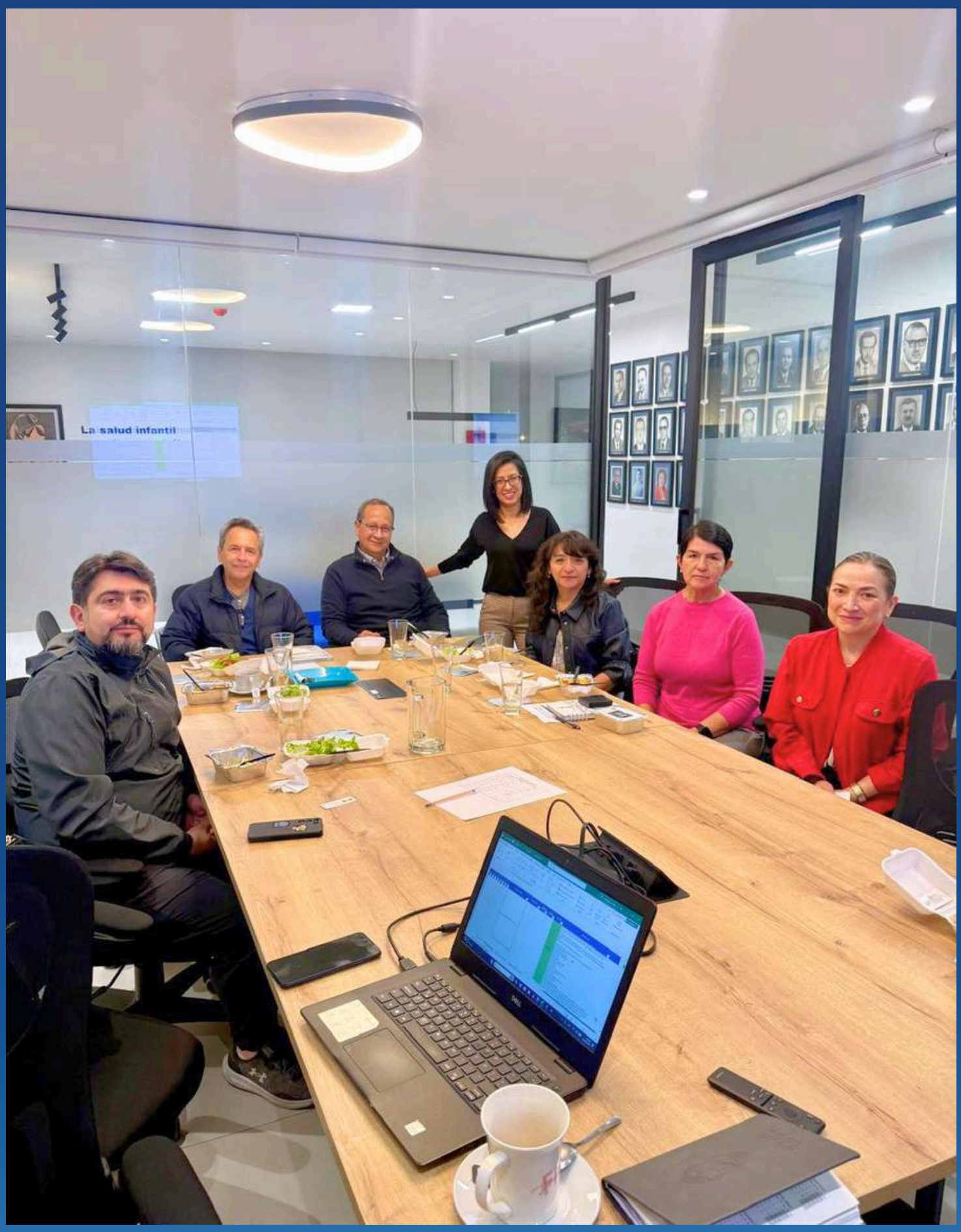




Taller de Actualización del Esquema Nacional de Vacunación



Reunión Mensual SEPP



SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA
FILIAL PICHINCHA

SECIP

SEPP2027

XXIV Congreso Internacional de Pediatria

Congreso Cuidados Intensivos Pediátricos

12 -15
MAYO 2027
Quito - Ecuador

ALAPE
Asociación Latinoamericana de Pediatría

Nicklaus Children's Hospital
Global Health

IPA International Pediatric Association
Every Child · Every Age · Everywhere

Children's Hospital of Philadelphia
Global Medicine

RESERVA LA FECHA



Informes:
DMC GROUP
09848001242 – 0962855905
coordinadora@groupdmc.com / logistica@groupdmc.com

SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA
FILIAL PICHINCHA
(02) 2262881 – 099 860 9136
info@pediatriaecuador.org

Conoce la

REVISTA ECUATORIANA DE PEDIATRÍA

En nuestra revista digital encontrarás:

Artículos originales

Investigaciones y estudios relevantes en pediatría.

Revisiones y actualizaciones

Temas de importancia clínica y académica.

Experiencias y reportes

Casos clínicos y experiencias de profesionales de la salud.

Información confiable

Contenido científico valido por expertos.

ACCEDE AL CONOCIMIENTO QUE TRANSFORMA LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA

CLICK HERE!

CLIC ACÁ PARA LA

REVISTA DIGITAL ECUATORIANA DE PEDIATRÍA

Departamento en la playa con vista al mar

DISPONIBLE PARA SOCIOS






CONJUNTO TORRESOL: PARAÍSO EN TONSUPA
INCLUYE: PISCINA Y CANCHAS DEPORTIVAS
CAPACIDAD: 8 PERSONAS

DA CLIC EN EL ENLACE Y REALIZA TU RESERVA

HTTPS://WA.LINK/9BJUY4

SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA

FILIAL PICHINCHA