



Relevancia y Perspectiva Clínica de la Guía AHA/ASA Stroke 2026

La publicación de la Guía 2026 para el manejo temprano del accidente cerebrovascular isquémico por la American Heart Association/American Stroke Association no representa únicamente una actualización técnica, sino una llamada explícita a replantear cómo están organizados los sistemas de atención del stroke. La evidencia ya no se limita a demostrar qué tratamiento funciona, sino a quién, cuándo y en qué contexto debe ofrecerse para lograr impacto clínico real.

El énfasis en la ampliación de las terapias de reperfusión —desde la consolidación de la tenecteplasa hasta la expansión de la trombectomía mecánica en escenarios complejos — obliga a abandonar enfoques rígidos basados exclusivamente en el tiempo y a adoptar decisiones guiadas por imagen y fisiopatología. Este cambio conceptual traslada el centro de la discusión desde la ventana terapéutica hacia la capacidad del sistema para identificar tejido cerebral salvable de forma rápida y reproducible.

De manera igualmente relevante, la guía reconoce que los resultados en stroke dependen tanto de la intervención médica como de la estructura que la sostiene. La optimización del manejo prehospitalario, la integración de redes regionales, la telemedicina y los centros especializados dejan de ser recomendaciones aspiracionales para convertirse en componentes esenciales de una atención basada en evidencia.

La inclusión, por primera vez, de recomendaciones específicas para el stroke pediátrico refuerza esta visión evolutiva del documento. Aunque persisten vacíos de conocimiento, el mensaje es claro: la estandarización del cuidado no puede seguir postergándose en poblaciones tradicionalmente excluidas de los grandes ensayos.

En conjunto, la Guía AHA/ASA Stroke 2026 marca una transición desde el tratamiento del evento agudo hacia la gestión integral del proceso asistencial, donde la rapidez, la organización y la toma de decisiones informadas son tan determinantes como el fármaco o el dispositivo utilizado. Su verdadera trascendencia no estará en su lectura, sino en la capacidad de los sistemas de salud para adaptarse a lo que la evidencia ya exige.

OMEGA-3	Y	EVENTOS
CARDIOVASCULARES		EN
HEMODIÁLISIS (PISCES	-NEJM	2026)
OLEZARSEN		EN
HIPERTRIGLICERIDEMIA		
SEVERA	Y	RIESGO
PANCREATITIS		DE
ENFERMEDAD		ARTERIAL
PERIFÉRICA		
ABORDAJE DEL TRATAMIENTO		
ANTITROMBÓTICO	DURANTE	
EL PERIOPERATORIO	Y	EL
PERIPROCEDIMIENTO		
2026	AHA	ISQUEMIA
CEREBRAL AGUDA		

SUPLEMENTACIÓN CON OMEGA-3 Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN HEMODIÁLISIS (PISCES – NEJM 2026)

Antecedentes

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en pacientes en hemodiálisis. La evidencia previa sobre ácidos grasos omega-3 (EPA/DHA) era inconsistente y limitada en esta población de alto riesgo.

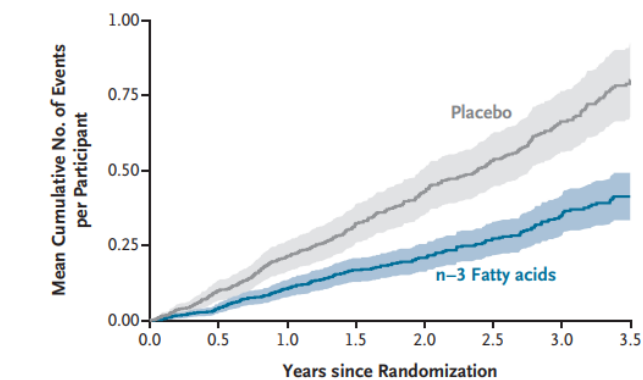
Métodos

- **Diseño:** Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo.
- **Población:** 1,228 pacientes adultos en hemodiálisis crónica (Canadá y Australia).
- **Intervención:**
 - Omega-3 (4 g/día: EPA 1.6 g + DHA 0.8 g)
 - Placebo (aceite de maíz)
- **Seguimiento:** Mediana 3.5 años.
- **Desenlace primario:** Eventos cardiovasculares graves (muerte CV, IAM fatal/no fatal, ACV fatal/no fatal, enfermedad vascular periférica con amputación).

Resultados

- **Evento primario:**
 - **Omega-3:** 0.31 eventos / 1000 días-paciente
 - **Placebo:** 0.61 eventos / 1000 días-paciente
 - **HR 0.57** (IC95% 0.47–0.70; $p < 0.001$)
- **Reducción consistente en:**
 - Muerte cardíaca (HR 0.55)
 - IAM fatal/no fatal (HR 0.56)
 - ACV fatal/no fatal (HR 0.37)

A Serious Cardiovascular Events



No. at Risk	618	543	482	398	365	325	284	124
Placebo	618	543	482	398	365	325	284	124
n-3 Fatty acids	610	544	492	422	369	319	279	128

Conclusiones

En pacientes en hemodiálisis crónica, la suplementación diaria con omega-3 (EPA/DHA) reduce de forma significativa los eventos cardiovasculares mayores, con perfil de seguridad favorable.

OLEZARSEN EN HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA Y RIESGO DE PANCREATITIS CORE-TIMI 72A Y CORE2-TIMI 72B – NEJM 2026

Antecedentes

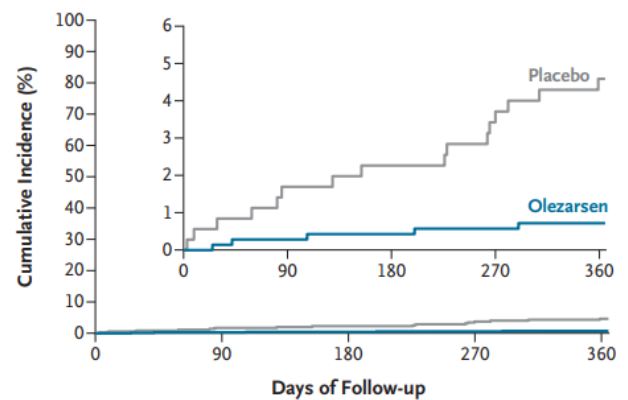
La hipertrigliceridemia severa (≥ 500 mg/dl) se asocia a un riesgo elevado de pancreatitis aguda, potencialmente mortal. Las terapias convencionales (fibratos, omega-3) reducen modestamente los triglicéridos y no han demostrado reducción consistente de pancreatitis. Olezarsen, un oligonucleótido antisentido dirigido contra apoC-III, busca mejorar el aclaramiento de lipoproteínas ricas en triglicéridos.

Métodos

- **Diseño:** Dos ensayos fase 3, multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo.
- **Población:** 1,061 pacientes adultos con hipertrigliceridemia severa (TG ≥ 500 mg/dl).
- **Intervención:**
 - **Olezarsen 50 mg SC mensual**
 - **Olezarsen 80 mg SC mensual**
 - **Placebo**
- **Duración:** 12 meses.
- **Desenlace primario:** Cambio porcentual de triglicéridos a los 6 meses.

Resultados

- **Reducción de triglicéridos a 6 meses (vs placebo):**
 - **Olezarsen 50 mg:** -49% a -63%
 - **Olezarsen 80 mg:** -54% a -72%
 - **$p < 0.001$** en todos los análisis

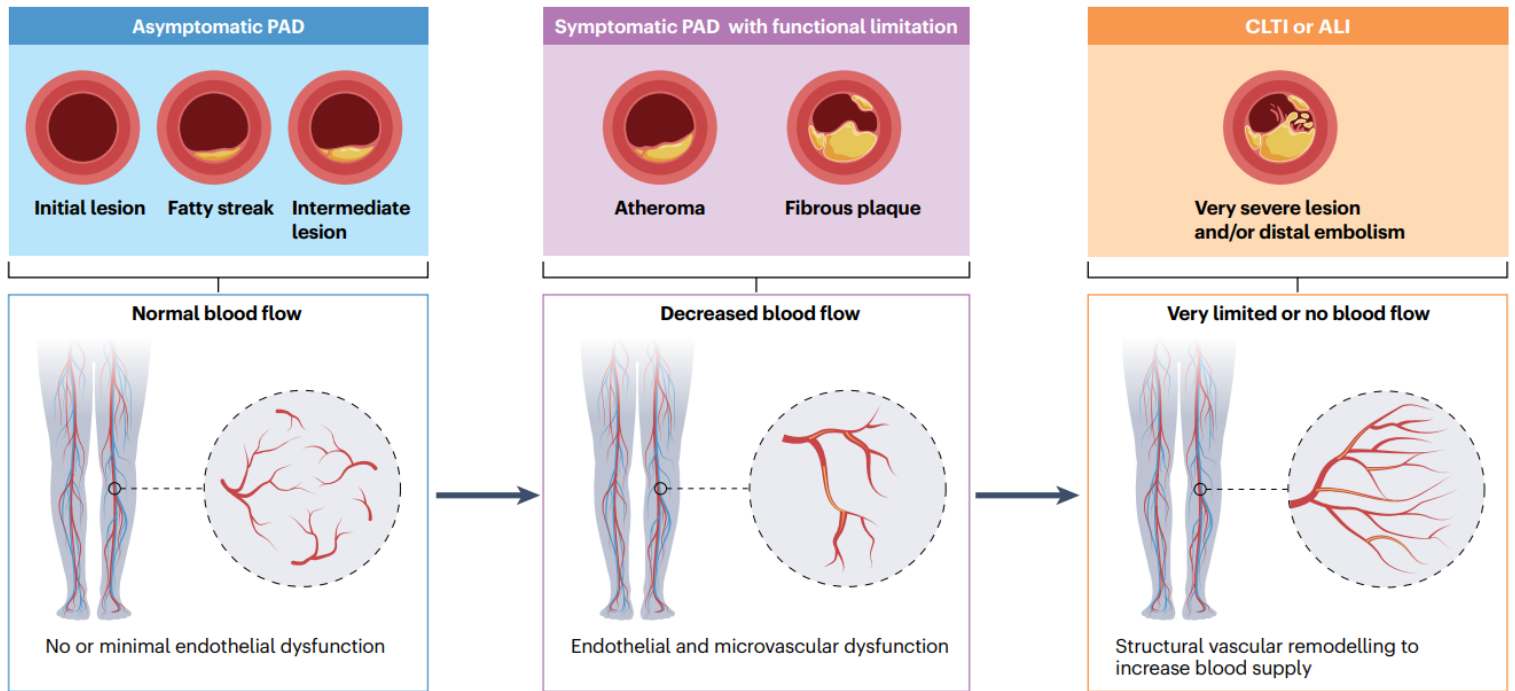


No. at Risk	356	345	342	333	323
Placebo	356	345	342	333	323
Olezarsen	705	694	685	677	666

Conclusiones

En pacientes con hipertrigliceridemia severa, olezarsen logra una reducción profunda y sostenida de triglicéridos y una disminución clínicamente significativa del riesgo de pancreatitis aguda, superando ampliamente a las terapias convencionales.

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA



Antiagregación y anticoagulación en Enfermedad Arterial Periférica (EAP)

PAD estable (asintomática o sintomática sin isquemia amenazante)

◆ Antiagregación

- Antiagregación simple (SAPT) → tratamiento base
 - Aspirina 75–100 mg/día
 - Clopidogrel 75 mg/día (alternativa válida; ligeramente superior a AAS en CAPRIE)
- Clase I – Evidencia A

◆ Doble vía antitrombótica (DPI)

- Aspirina + rivaroxabán 2.5 mg c/12 h
- Indicada en:
 - PAD sintomática
 - Alto riesgo isquémico (polivascular, DM, CLTI previa)
 - Bajo riesgo hemorrágico
- Reduce MACE y MALE
- Clase I–IIa – Evidencia A (COMPASS)

✦ No se recomienda DAPT prolongada en PAD estable.

CLTI (Isquemia crónica amenazante de la extremidad)

◆ Antiagregación

- Obligatoria
 - Aspirina o clopidogrel
- Clase I – Evidencia A

◆ Tras revascularización

- Primera opción:
 - AAS + rivaroxabán 2.5 mg c/12 h
- Alternativa:
 - DAPT corto (AAS + clopidogrel)

✦ Clopidogrel solo si AAS contraindicado.

✦ Anticoagulación plena NO de rutina, salvo otra indicación (FA, TVP, prótesis).

ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

ALI (Isquemia aguda de la extremidad)

◆ Fase aguda (emergencia vascular)

- Anticoagulación inmediata con heparina no fraccionada IV
- Objetivo:
 - Evitar propagación trombótica
 - Prevenir embolización
- Clase I – Evidencia C

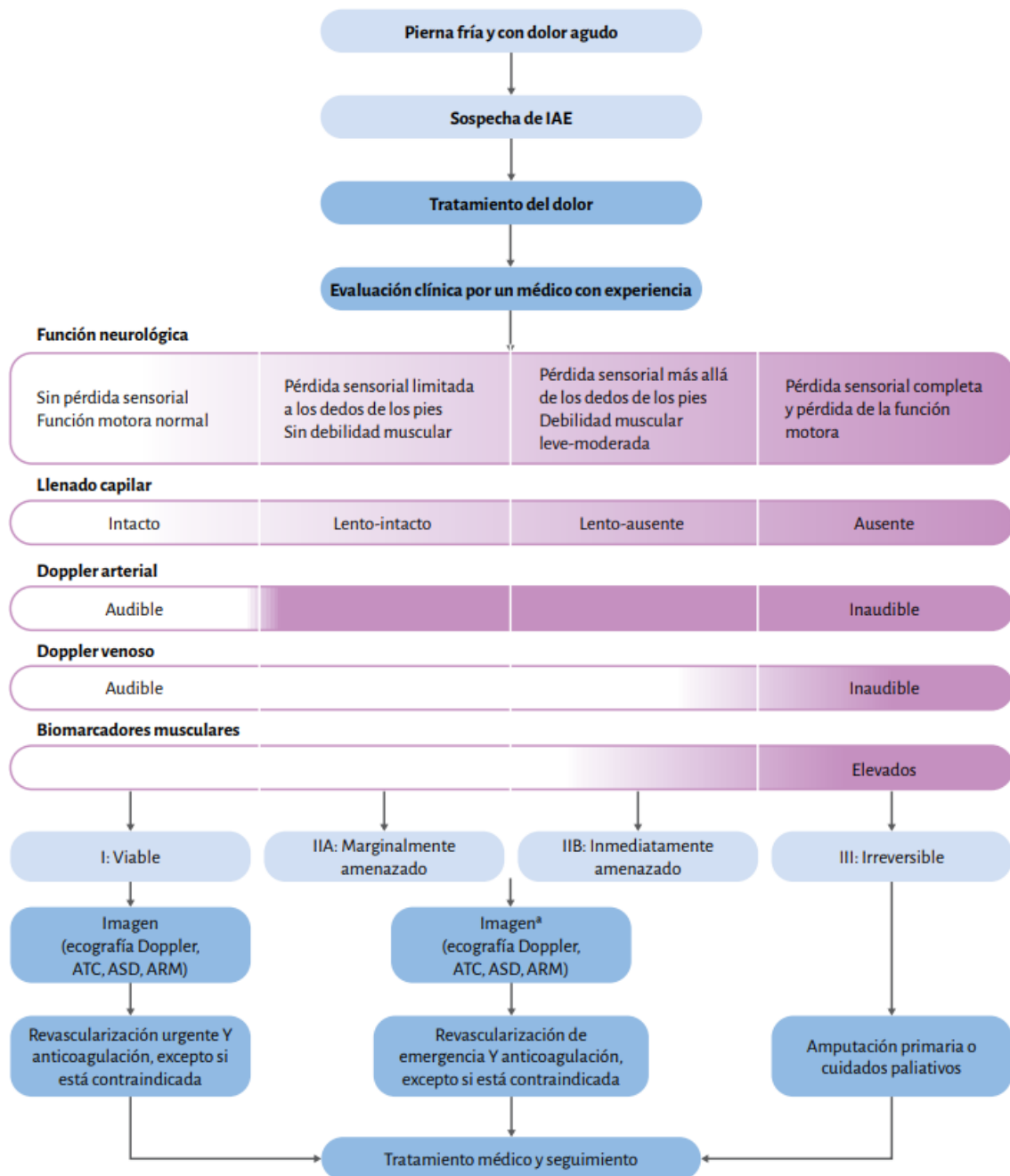
✗ Aspirina o clopidogrel NO reemplazan la heparina en esta fase.

◆ Post-revascularización / estabilización

- Antiagregación simple:
 - Aspirina o clopidogrel
- DAPT solo si:
 - Stent
 - Indicación técnica específica

👉 NO se usa DAPT como tratamiento de la fase aguda isquémica (ni en CLTI ni en ALI).

La única situación “aguda” donde se indica DAPT es después de una intervención endovascular, no por la isquemia en sí, sino por el dispositivo vascular.



ABORDAJE INTEGRAL DE PERSONAS CON DT2⁰²⁶ SEEN

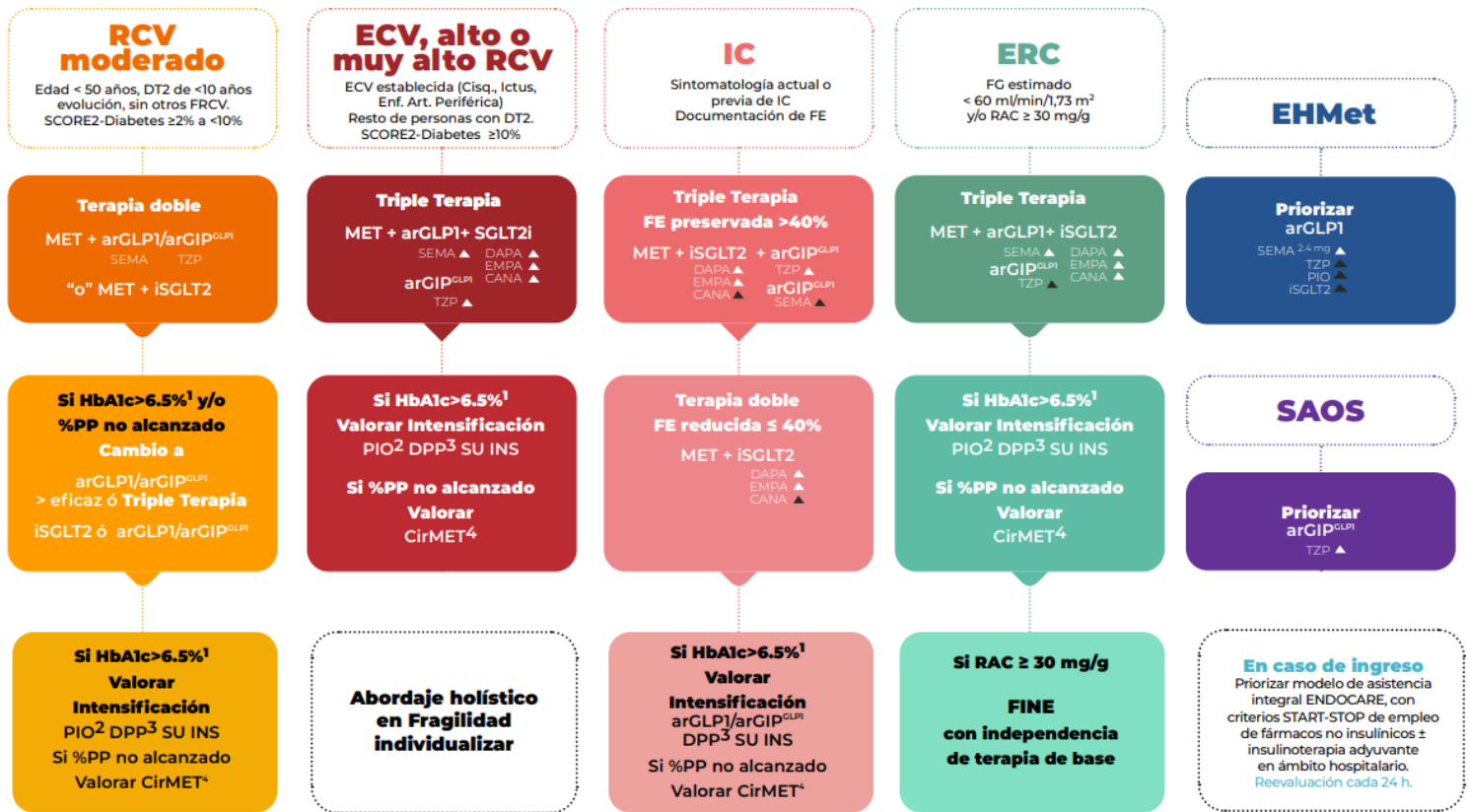


EVALUACIÓN INICIAL PATOLOGÍAS ASOCIADAS

ABCD (IMC, PC, BIA/DEXA, dinamometría, ecografía nutricional)
RD, NPD, ERC (Estadio 1-5, AI-A3)
ECV (presencia y riesgo), IC (clínica, ECG, péptidos)
EHMet (FIB-4/Fibroscan), SAOS (escala Epworth)
DRE (desnutrición relacionada con la enfermedad - MUST)

OBJETIVOS

- Prevencción o retraso progresión patologías asociadas
- Porcentaje pérdida ponderal 5-15% si ABCD
- HbA1c / GMI $\leq$ 6.5%, TIR $\geq$ 70%, TBR $<$ 4%, CV $<$ 36%
- Descenso RAC $\geq$ 30% basal. PA $<$ 130/80 mmHg
- Descenso LDL-C $\geq$ 50% basal, $<$ 70 / $<$ 55 mg/dl (ECV, DOD)



ABORDAJE INTEGRAL DE PERSONAS CON DT2⁰²⁶ SEEN



Indicaciones de insulinización

- Síntomas de hipercatabolismo o sospecha de diabetes tipo 1
- No se logran objetivos de control metabólico individualizados tras cambios de estilo de vida + tratamiento optimizado con terapias no insulínicas

Ajuste de la dosis de insulina

El ajuste de la dosis de insulina se realiza en función de los valores de glucosa según glucemia capilar (GC) o monitorización continua de glucosa (MCG)

Insulina basal

Dosis inicial
0.2-0.3 U/kg/día
Degludec / Glargina U300
Suspender/reducir secretagogos

Objetivo
Glucosa basal $<$ 110 mg/dl sin hipoglucemias / TBR $<$ 4%
Ajustar si fragilidad, riesgo de hipoglucemia o comorbilidades

Ajuste de dosis
Según glucosa basal de los 3 días previos (ver tabla)

intensificación

Bolo-Basal
0.2-0.3 U/kg/día
Degludec / Glargina U300
Suspender/reducir secretagogos

Objetivo
Glucosa basal y preprandial 80-130 mg/dl
GPP $<$ 180 mg/dl (2 horas post-ingesta)

REVISAR AGP*

Ajuste de dosis
 $\uparrow$ 1-2 U si GPP $>$ 180 mg/dl
 $\downarrow$ 2 U si GPP $<$ 70 mg/dl
Pauta de elección

Terapia multidosis

Basal-Plus
4 U (o 10% de la dosis de basal) de insulina rápida o ultrarrápida en la ingesta principal / con mayor excursión hiperglucémica

Objetivo
Glucosa basal y preprandial 80-130 mg/dl
GPP $<$ 180 mg/dl (2 horas post-ingesta)

REVISAR AGP*

Ajuste de dosis
 $\uparrow$ 1-2 U si GPP $>$ 180 mg/dl
 $\downarrow$ 2 U si GPP $<$ 70 mg/dl
Riesgo de hiperinsulinización basal

Insulina premezclada
2 dosis
2/3 en desayuno y 1/3 en cena
3 dosis
1/3 desayuno, comida y cena

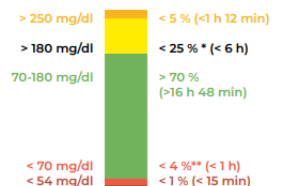
Objetivo
Glucosa basal y preprandial 80-130 mg/dl
GPP $<$ 180 mg/dl (2 horas post-ingesta)

REVISAR AGP*

Mayor riesgo de hipoglucemias
Utilizar solo en casos individualizados

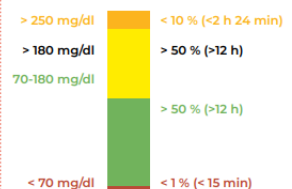
* REVISAR OBJETIVOS DE CONTROL INDIVIDUALIZADOS SEGÚN MCG (AGP)

Objetivo general



*Incluye tiempo $>$ 250 mg/dl
**Incluye tiempo $<$ 54 mg/dl

Fragilidad / Alto riesgo de hipoglucemia



AJUSTE DE INSULINA BASAL

Riesgo de hipoglucemia	Glucosa basal $<$ 54 mg/dl	Glucosa basal $<$ 70 mg/dl	Diferencia hasta GB objetivo
Convencional	-20%	-10%	$>$ 30 mg/dl $>$ 40 mg/dl $>$ 70 mg/dl
Elevado	-40%	-20%	+2U +10% +20% +1U +5%

AL AÑADIR INSULINA PRANDIAL VALORAR $\downarrow$ DOSIS DE INSULINA BASAL SI $>$ 0.5 U/KG/DÍA

ABORDAJE INTEGRAL DE PERSONAS CON DT2⁰²⁶ SEEN



Hipertensión arterial

Diagnóstico

Medir en cada visita (o al menos cada 6 meses)
Confirmar diagnóstico si PA elevada (PAS 120-129 mmHg y PAD <80 mmHg)

HTA confirmada si:

-PA $\geq$ 130/80 mmHg (promedio $\geq$ 2 mediciones en momentos distintos)
-PA $\geq$ 180/110 mmHg y ECV (una sola determinación)

Tratamiento

Recomendar autocontrol en domicilio
Individualizar objetivos (GENERAL < 130/80 mmHg)
Implementar MEV

Reforzar dieta baja en sal
Actividad física / Evitar alcohol-tabaco
Seleccionar tratamiento farmacológico según albuminuria o enfermedad coronaria

Si: IECA/ARA-2
NO: IECA/ARA-2
BCC
Diuréticos Tiazídicos

Si PA inicial $\geq$ 150/90 mmHg:
Iniciar con doble terapia

Si no se alcanzan objetivos:
- Añadir fármacos con acción complementaria.
- No asociar IECA con ARA-2 ni estos con IDR.

Si triple terapia:
valorar ARM y/o derivar a especialista

Si efecto adverso: considerar cambio (si IECA/ARA-2/Diuréticos controlar creatinina y K)

Antiagregación

ECV:

- AAS (75-162 mg/d)^{*}
- SCA/ACVIsquémico: AAS + iP2Y12^{**}
- EC estable y/o AP: AAS + rivaroxaban^{***}

No ECV:

AAS (75-162 mg) valorar si $\geq$ 50 años
+ FRCV + bajo riesgo de sangrado.

^{*} Clopidogrel 75 mg si alergia a AAS.
^{**} Individualizar la duración.
^{***} Si bajo riesgo de sangrado

Dislipemia

Medir: LDL-c, HDL-c, TG, c-no HDL, apoB, Lp(a)^{*}

Objetivos de control según nivel de riesgo	LDL-c (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)	ApoB (mg/dl)
Riesgo moderado	<100	<150	<110
Riesgo alto	<70	<150	<80
Riesgo muy alto	<55	<150	<65
Riesgo extremo	<40	<150	<5

^{*}Una vez en la vida: >50 mg/dL (105 nmol/L) aumenta el RCV
Cuanto mayor la Lp(a), mayor el riesgo cardiovascular

Categorías de riesgo cardiovascular

RCV Moderado

DT1 <35 años
o DT2 <50 años
con <10 años evolución
sin otros FR

RCV Alto

FR marcados
LDL-c >190 / PA $\geq$ 180/110 / CT >310
HF sin otros FR
DM $\geq$ 10 años evolución o FR
ERC G3 (FG 30-59)

RCV Muy Alto

ASCVD (clínica o imagen):
DM + daño órgano diana
o $\geq$ 3 FR: DT1 >20 años evolución,
ERC G4-5 (FG <30): HF + FR

Objetivo de LDL

<100 mg/dL

<70 mg/dL y $\geq$ 50% de reducción del LDL basal

<55 mg/dL y $\geq$ 50% de reducción del LDL basal

INICIO DE TERAPIA HIPOLIPEMIANTE EN 1 PASO: OBJETIVO DE LDL Y % DE DESCENSO DE LDL ESPERADO SEGÚN LA TERAPIA

Descenso de LDL	20-39%	40-49%	50-69%	70-79%	>80%
Tolerante a estatinas	EBI EMI	EAI EMI+EZE EMI+AB	EAI+EZE EAI+EZE+AB	EAI+INC	EAI+INC+EZE EAI+IPCSK9 EAI+IPCSK9+EZE EAI+EZE+IPCSK9/INC+AB
Intolerante a estatinas	EZE AB EZE+AB	EZE+AB	INC IPCSK9 EZE+INC	EZE+IPCSK9 EZE+IPCSK9+AB	

Evaluar control

8-12 semanas

6-8 semanas

4-6 semanas



ABORDAJE INTEGRAL DE PERSONAS CON

DT2⁰²⁶ SEEN



SEEN

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición



Autores Reyes-García R, Moreno-Pérez O, Rozas P, Tejera C, Rodríguez-Camero G, Chico A, González N, Bellido V, Quilez R, Fernández-García JC, en representación del Área de Diabetes de la SEEN

© Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Actualizado enero 2026

ABORDAJE DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO DURANTE EL PERIOPERATORIO Y EL PERIPROCEDIMIENTO

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

¿URGENCIA QUIRÚRGICA?

SÍ

Ver algoritmo específico

NO

¿RIESGO HEMORRÁGICO MÍNIMO?

SÍ

Valorar NO suspender anticoagulación

NO

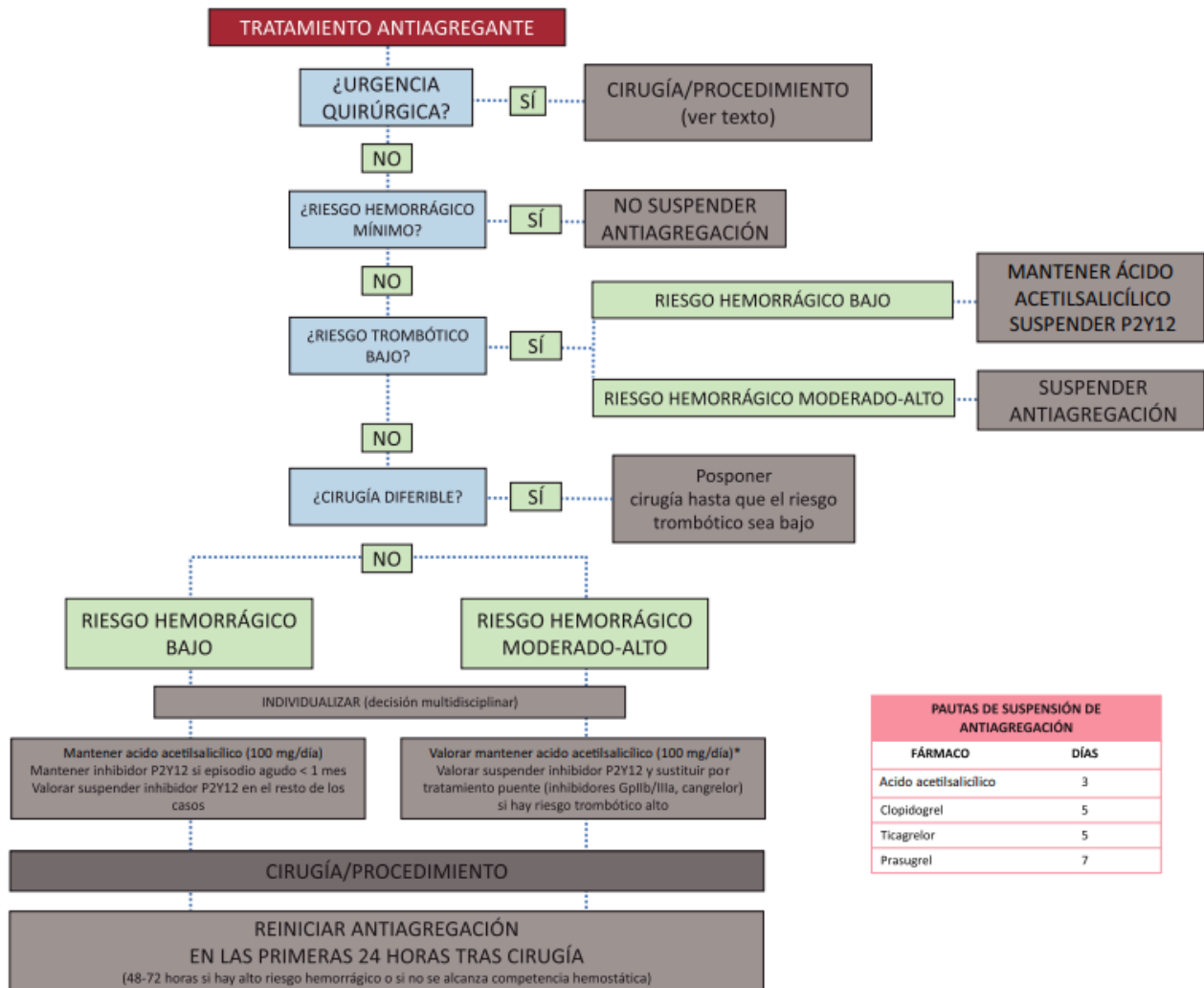
SUSPENDER ANTICOAGULACIÓN

		Días preprocedimiento						
		-6	-5	-4	-3	-2	-1	CIRUGÍA
Warfarina*			-	-	-	-	-	-
Acenocumarol*					-	-	-	-
Dabigatrán		Días preprocedimiento						
	Riesgo hemorrágico	-6	-5	-4	-3	-2	-1	CIRUGÍA
CICr > 80 ml/min	Moderado-alto					-	-	-
	Bajo						-	-
CICr 50-79 ml/min	Moderado-alto				-	-	-	-
	Bajo					-	-	-
CICr 30-49 ml/min	Moderado-alto			-	-	-	-	-
	Bajo				-	-	-	-
Apixabán, rivaroxabán, edoxabán		Días preprocedimiento						
	Riesgo hemorrágico	-6	-5	-4	-3	-2	-1	CIRUGÍA
CICr > 30 ml/min	Moderado-alto					-	-	-
	Bajo						-	-
CICr < 30 ml/min	Moderado-alto				-	-	-	-
	Bajo					-	-	-

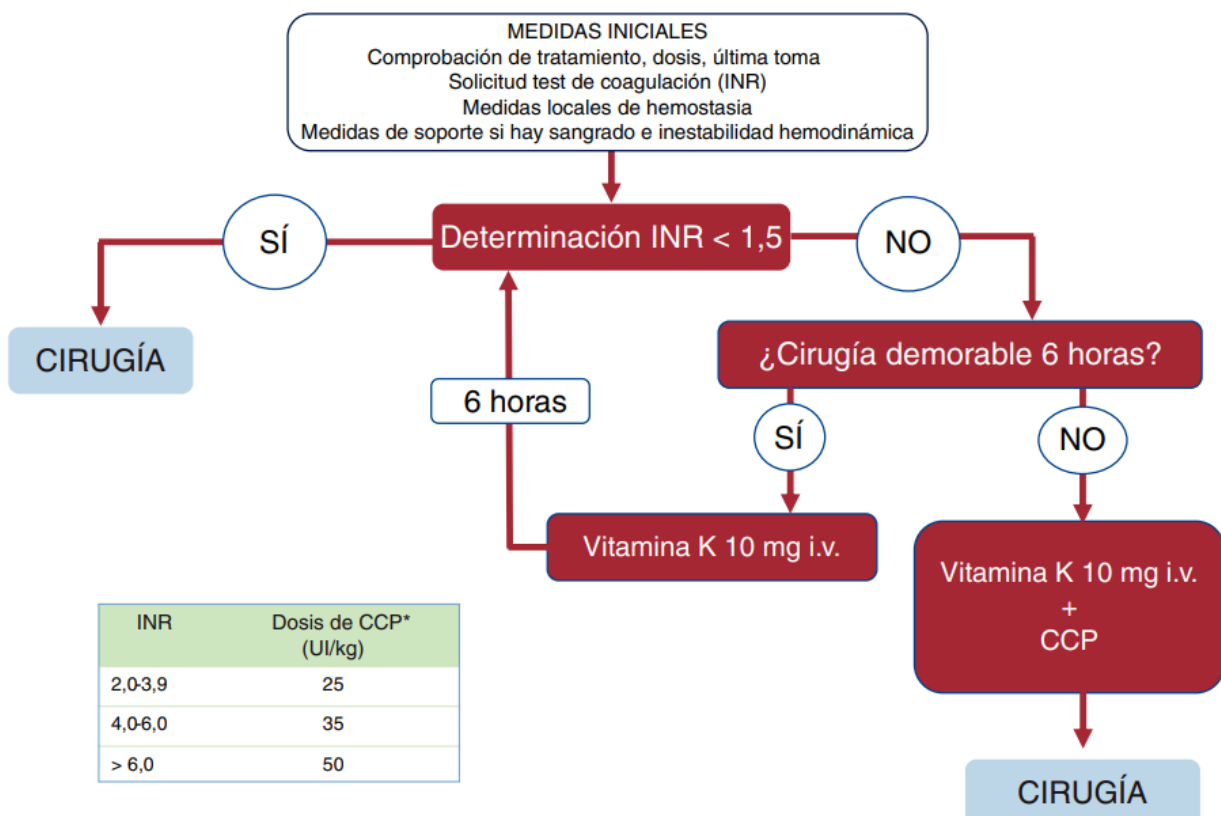
CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO

**REINICIAR ANTICOAGULACIÓN
EN LAS PRIMERAS 24 HORAS TRAS CIRUGÍA**
(48-72 horas si alto riesgo hemorrágico o si no se alcanza competencia hemostática)

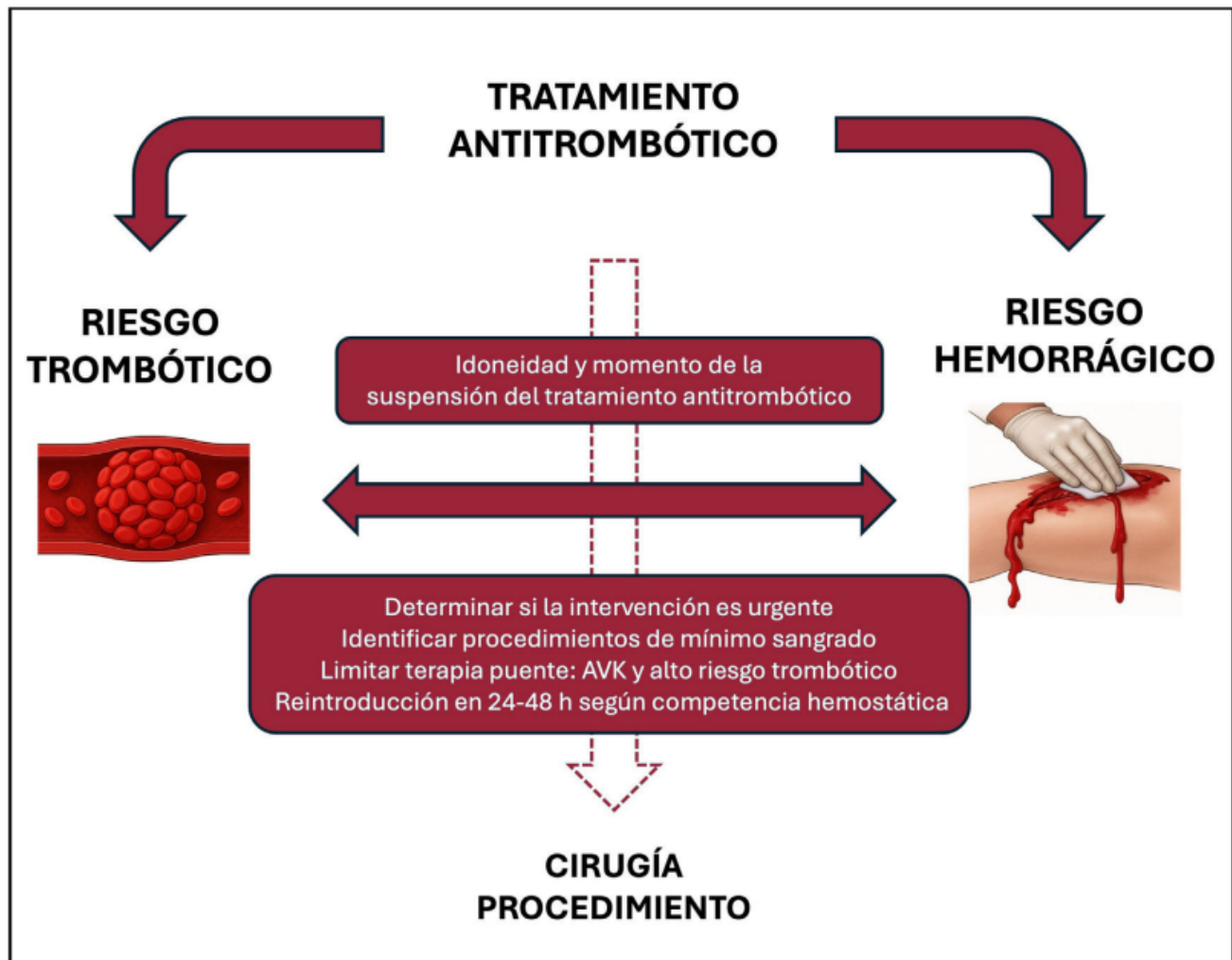
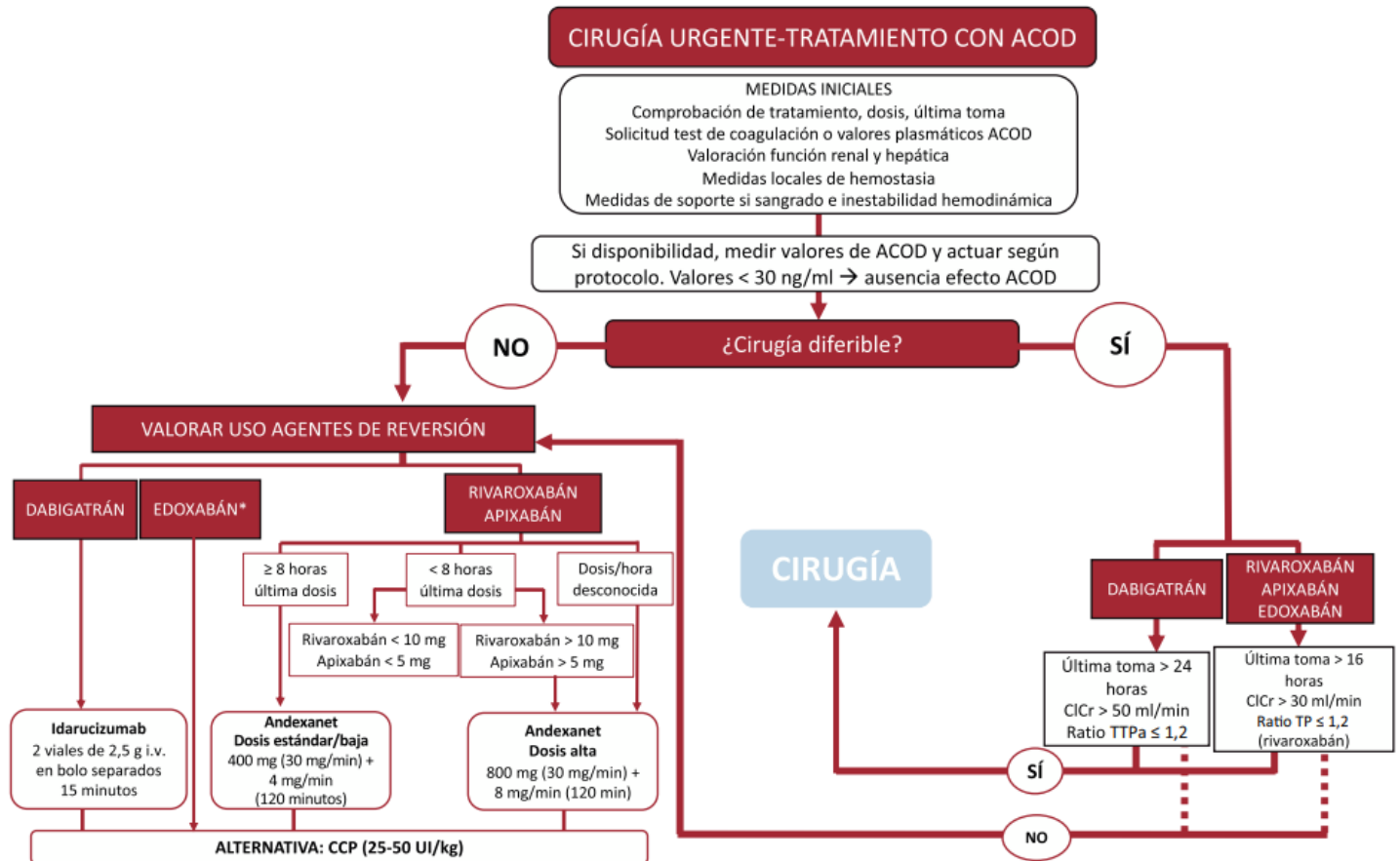
ABORDAJE DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO DURANTE EL PERIOPERATORIO Y EL PERIPROCEDIMIENTO



CIRUGÍA URGENTE-TRATAMIENTO CON AVK



ABORDAJE DEL TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO DURANTE EL PERIOPERATORIO Y EL PERIPROCEDIMIENTO



2026 AHA/ASA ACUTE ISCHEMIC STROKE GUIDELINES: KEY CHANGES



American
Heart
Association

Stroke
Association

Comparison with Previous Guidelines

- ✓ **Tenecteplase** (0.25 mg/kg) equally recommended with alteplase in **4.5-hour window**
- ✓ **Extended IV thrombolysis** (4.5–9 h / wake-up stroke) supported using advanced imaging.
- ✓ **EVT expanded to:**
 - Large ischemic core infarcts
 - Basilar artery occlusion up to **24 hours**
- ✓ **Non-disabling minor stroke:**
 - DAPT preferred over thrombolysis
- ✓ **Pediatric stroke** finally included
- ✓ **No benefit/harm clarified:**
 - Intensive BP lowering (<140 mmHg post-IVT)
 - Intensive glucose control (80–130 mg/dL)
- ✓ **Mobile Stroke Units (MSU)** recommended
- ✓ **Emphasis on stroke systems of care & DIDO time reduction**

WHAT CHANGED COMPARED TO PREVIOUS GUIDELINES?

Domain	2018/2019 Guidelines	2026 Guidelines
IV Thrombolysis	Alteplase preferred	✓ Alteplase OR Tenecteplase (Class I)
Thrombolysis Decision	Time-based, NIHSS-focused	✓ Treat disabling deficits regardless of NIHSS
Extended Window IVT	Limited/selective	✓ 4.5–9 h or wake-up stroke with imaging mismatch
Large Core EVT	Generally excluded	✓ Selected large-core patients included
Basilar Artery Occlusion	Uncertain benefit	✓ Strong Class I EVT recommendation = 24 h
Blood Pressure Post-Reperfusion	Aggressive lowering considered	✓ <140 mmHg harmful after EVT
Glucose Control	Tight control encouraged (< 80–130 mg/dL)	✓ Intensive discouraged
Pediatric Stroke	Minimal guidance	✓ Minimal guidance
Prehospital Care	Nearest thrombolysis center	✓ System based triage + MSU support



Bottom Line: "Time still matters—but imaging, systems, and *patient selection* matter more."

CURSOS Y CONGRESOS VIRTUALES



Curso Internacional de Falla Cardíaca

Programa Científico

27 al 28 de Febrero del 2026

Hotel Sol de Oro | Ca. San Martín 305, Miraflores
Hora de inicio 08:30 | Hora de cierre 19:40

Auspicio Académico: Resolución del CDCM N° 0037-26-CDCM/CMP (2.5 punto)
Modalidad: Presencial

Auspicio Académico: Resolución del CDCM N° 0038-26-CDCM/CMP (1.5 punto)
Modalidad: Virtual

Otros profesionales (No hay creditaje)

Organizado por:
Sociedad Peruana de Cardiología



PAISES INVITADOS

AREQUIPA

Talleres precongreso y concurso de casos clínicos: 26 de marzo 2026
Congreso: 27 y 28 de marzo 2026
LUGAR: Auditorio del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

Organizado por:
SEPROCAP
SERVICIO PROFESIONAL DE EMERGENCIAS S.A.S.

Transformando la medicina de emergencia del siglo XXI

Manejo de pacientes críticos / Automatización de la gestión clínica / Inteligencia artificial en salud / Algoritmos en toma de decisiones críticas / Control del caos / Modelos de gestión operativa / Escenarios simulados / Reanimación guiada por metas / Nuevas guías y protocolos de manejo clínico / Cuidados humanizados / Aspectos éticos y legales

Dirigido a profesionales de la salud en general, estudiantes, técnicos y personal prehospitalario

UN EVENTO QUE NO TE PUEDES PERDER

Auspicio y creditaje académico por:

AMUDEM, SAMPRE, ALAPH, SEPROCAP, DIANCECH, CAPACITARE, FUNDACIÓN EMERGENCIAS, ACADEMIA EMERGENCIAS, UNIVERSIDAD CONTINENTAL, SOWED, ALACED.

COMITÉ ACADÉMICO:

- Presidente: Dr. Diego Grajales López (VENEZUELA)
- Vicepresidente: Dr. Leandro Herón (ARGENTINA)
- Secretario General: Dr. Blasco Rodríguez Andradá (URUGUAY)
- Secretario académico: Dr. Oliver Bernal Flores (BOLIVIA)
- Relator oficial: Dr. Brayan Triviño Rivera (URUGUAY)

MODALIDAD VIRTUAL (ZOOM):

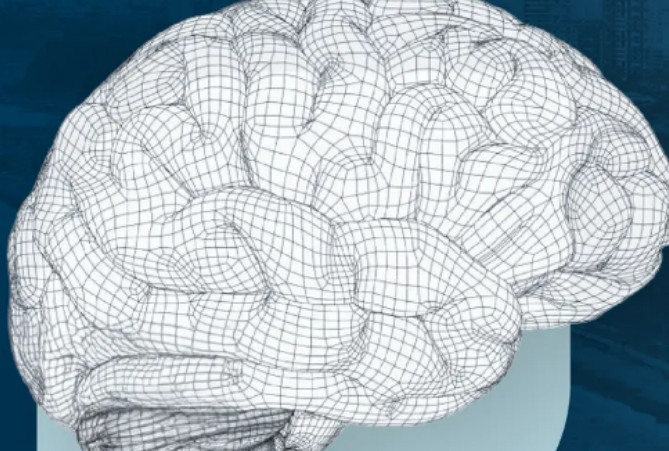
PERÚ: +51 989705552
BOLIVIA: +59171382248
URUGUAY: +598 92 846 020
ARGENTINA: +54 9 11 6214-0469
COLOMBIA: +573015893702
VENEZUELA: +58 4247089130
NICARAGUA: +505 8442 9322
ECUADOR: +593 98 402 8964
MEXICO: +52 55 1300 7077

MODALIDAD PRESENCIAL Y CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS:
Inscripción e Informes: +51 989705552



San Francisco, CA

April 16-18, 2026



III CURSO INTERNACIONAL DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

ACTUALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR

24 Y 25 DE ABRIL DE 2026

MODALIDAD HÍBRIDA | LIMA, PERÚ | VIRTUAL EN TODO EL MUNDO

