



EMC en Cardiología
SUC 2025
SEMINARIO TALLER



SEMINARIO TALLER

Desafíos en el Cuidado Cardiovascular del Adulto Mayor

Índice

Información General.....	2
Bibliografía.....	3
Programa.....	4
Casos Clínicos.....	5
Evaluación	13



Seminario taller
**DESAFÍOS EN EL CUIDADO
CARDIOVASCULAR DEL ADULTO MAYOR**

Sábado 6 de setiembre de 2025

Horario: de 08:30 a 13:30 h

Hilton Garden Inn Montevideo

Av. Luis Bonavita 1315. Montevideo Shopping

PRESENCIAL & ONLINE

ORGANIZA:

Comisión de Educación Médica Continua de la SUC

Coordinadores:

Dr. Rodrigo Andrade

Dra. Ema Barcala

Expositores y panelistas:

Dra. Ivanna Duro

Dra. Natalia Llado

Dr. Fernando Machado

Dr. Johan Meneses

Moderadores:

Dra. Sofia Gutiérrez

Dr. Imanol Inchauspe

Dr. Bruno Lenzi

Dr. Juan Pablo Roda

Dr. Cristian Rojas

Dra. Gabriela Talmón

Dra. Eva Zapata

OBJETIVOS EDUCATIVOS

Fundamento

El envejecimiento progresivo poblacional impulsa a que los cardiólogos incorporem herramientas clínicas para la mejor toma de decisiones en este grupo de pacientes que es intrínsecamente tan heterogéneo. A diario, muchas decisiones clínicas involucran adultos mayores, algunos robustos e independientes, y otros con múltiples comorbilidades, fragilidad, polifarmacia y funcionalidad variable. La correcta evaluación de los pacientes nos llevará a actuar de manera más acertada tanto en la clínica como en el intervencionismo. Este seminario en Cardiogeriatría surge como una herramienta para abordar al paciente adulto mayor desde una mirada integral, proponiendo herramientas básicas para la práctica clínica, intentado despertar el interés en este grupo de pacientes.

Objetivo general

Adquirir herramientas para el abordaje integral del adulto mayor en la consulta cardiológica.

Objetivos específicos

Al finalizar la jornada los participantes serán capaces de:

- Considerar la fragilidad como una variable de pronóstico clave para el abordaje del paciente.
- Conocer las particularidades propias del paciente adulto mayor en las consultas frecuentes de policlínica.
- Promover la toma de decisiones centradas en brindar una mejor calidad, autonomía, y expectativa de vida, intentando discernir la mejor conducta en cada caso: intervencionismo vs tratamiento conservador.
- Analizar la toma de decisiones respecto a la anticoagulación, contando con herramientas para lograr un balance riesgo trombótico/hemorrágico objetivo, más allá de la edad.

POBLACIÓN OBJETIVO

Médicos cardiólogos, cirujanos cardíacos, cirujanos vasculares, internistas, intensivistas, emergencistas, médicos de atención primaria, médicos generales.

METODOLOGÍA EDUCATIVA

El desarrollo de la jornada comprende varias etapas:

1. **Evaluación de los conocimientos previos:** mediante un test pre-jornada (10 preguntas de opciones múltiples con 4 opciones, una sola de las cuales es correcta). La misma se realizará a través de un formulario de Google que deberá ser respondido antes del comienzo de la actividad. ⁽¹⁾
2. **Miniconferencias:** disertación por expertos sobre los aspectos más relevantes del tema.
3. **Discusión de casos clínicos:** análisis y debate en pequeños grupos, coordinados por moderadores, sobre casos clínicos reales.
4. **Discusión en plenario:** intercambio de las conclusiones y aportes de los grupos con el panel de expertos.
5. **Síntesis final:** recapitulación de los conceptos clave y aclaración de dudas.
6. **Evaluación del aprendizaje:** mediante un test post-jornada de 10 preguntas opción múltiple. ⁽¹⁾
7. **Evaluación del taller:** valoración de los diferentes aspectos de la jornada (local, modalidad, conferencias, moderadores, panelistas, organización, etc.). ⁽¹⁾

Ambas evaluaciones se harán mediante un formulario de Google similar al de la evaluación previa

(1) Todos los formularios de evaluación son obligatorios, y condición necesaria para la emisión del CERTIFICADO DE ASISTENCIA.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Bibliografía básica:

- Díez Villanueva P, Coord. Manual de cardiopatía en el paciente anciano. Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Madrid: SEC; 2018. Disponible en <https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/libros/10066-manual-de-cardiopatia-en-el-paciente-anciano>
- Seguel E. Cirugía cardíaca en ancianos: riesgo operatorio y alternativas de tratamiento. Rev Méd Clín Condes. 2022 Abr; 33(3):255-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.04.004>
- Narendren A, Whitehead N, Burrell LM, Yudi MB, Yeoh J, Jones N, et.al. Management of acute coronary syndromes in older people: comprehensive review and multidisciplinary practice-based recommendations. J Clin Med. 2024 Jun;13 (15). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm13154416>

Bibliografía adicional:

- Bernabei R, Landi F, Calvani R, Cesari M, Del Signore S, D Anker S, et.al. Multicomponent intervention to prevent mobility disability in frail older adults: randomised controlled trial (SPRINTT project). BMJ. 2022 Mar;377:e068788. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068788>
- Bonanad C, Fernández-Olmo R, García-Blas S, Alarcon JA, Díez-Villanueva P, Mansilla CR, et.al. Cardiovascular prevention in elderly patients. J Geriatr Cardiol. 2022;19(5):377-92. Disponible en: <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2022.05.004>
- Ayesta López A, Pérez Rivera JÁ, Joaquín Ortiz C, Gutiérrez Rodríguez J. *Protocolo de cribado y abordaje nutricional en paciente mayor con Insuficiencia Cardíaca*. [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2023. Disponible en: https://secardiologia.es/images/secciones/geriatrica/Cribado_Nutricional_protocolo_seccion.pdf
- Martí Sánchez D, Máiz Jiménez M, Gutiérrez Rodríguez J, Jiménez Méndez C, Pérez Rivera JA, Ayesta López A. *Protocolo de cribado y abordaje nutricional en paciente mayor con Estenosis aórtica severa e implante TAVI* [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2025. Disponible en: https://secardiologia.es/images/secciones/geriatrica/Protocolo_Nutricion_TAVI_Fresenius_Kabi_SEC_1893.pdf

PROGRAMA

08:30 - 09:00 Acreditación

09:00 - 09:05 Introducción
Dr. Rodrigo Andrade
Dra. Ema Barcala

09:05 - 09:20 Miniconferencia
Polifarmacia y fragilidad: ¿cómo cuidar el corazón del adulto mayor?
Dra. Natalia Llado

09:20 - 09:35 Miniconferencia
Stents, válvulas y más allá: ¿hasta dónde intervenir en el adulto mayor?
Dr. Fernando Machado

09:35 - 09:50 Miniconferencia
Particularidades prácticas en policlínica. Motivos de consulta cardiovasculares frecuentes del adulto mayor
Dr. Johan Meneses

09.50 - 11:20 **Trabajo en grupos**

11:20 - 11:50 **Pausa**

11:50 - 13:20 Reunión plenaria. **Discusión de los casos clínicos con el panel de expertos**

13:20 - 13:30 Conclusiones finales. **Mensajes para llevar a casa**
Dr. Rodrigo Andrade
Dra. Ema Barcala

Evaluación de lo aprendido y de la actividad

El certificado de asistencia se enviará por e-mail, contra recepción de los formularios de evaluación

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

Paciente de 79 años, sexo femenino. Patología osteoarticular, deambula lento con auxiliar de marcha. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), ayuda en las tareas del hogar y mandados. Una caída intradomiciliaria en 2024. Depresión en tratamiento. Sin deterioro cognitivo, buena vida de relación, actividades extra domiciliarias esporádicas. Cardiopatía isquémica con ATC en ACD en el año 2000 en contexto de IAM inferior. FRCV: hipertensión arterial, diabetes mellitus no insulino-requiriente.

Medicación habitual: Losartan 50 mg, Rosuvastatina 10 mg, Sertralina 50 mg. Metformina 850 mg cada 12 horas.

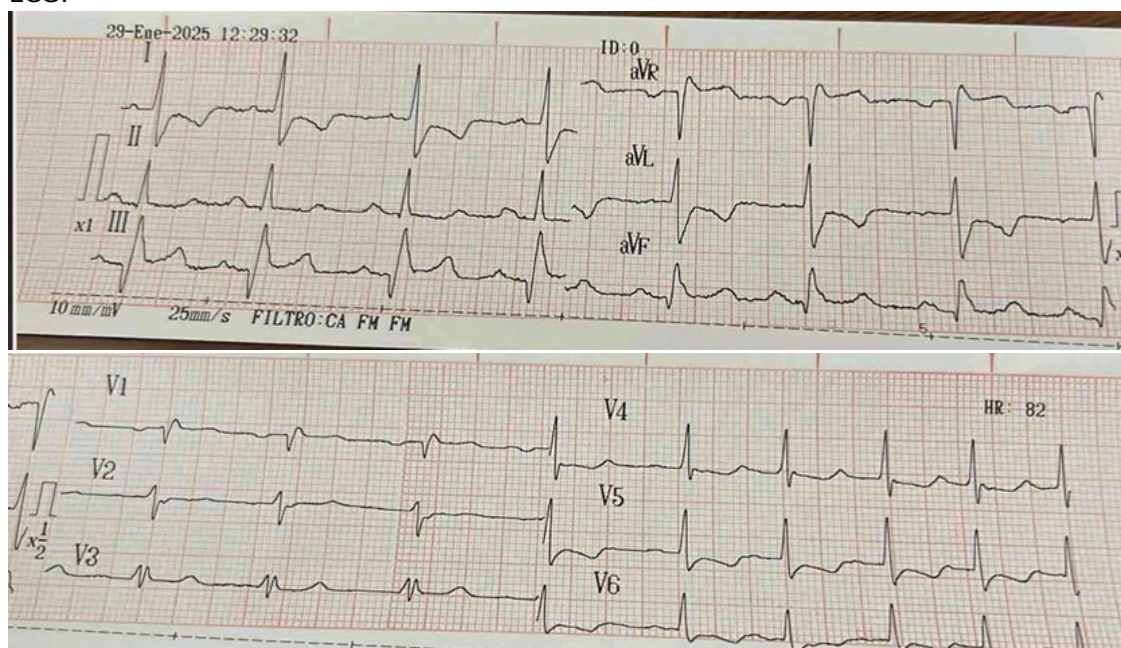
EA: Historia de disnea de esfuerzo intradomiciliaria de reciente comienzo, en algunas oportunidades acompañada de ángor. Consulta en emergencia por episodio de dolor de características anginosas acompañado de disnea, que aparece postprandial.

Al examen clínico se destaca: en lo CV RR 80, soplo holosistólico 3/6 que borra R2, PA 150/90 mmHg. PP: crepitantes gruesos bibasales, satura 98% en VEA, eupneica.

Dolor con remisión completa espontánea a la hora aproximadamente, sin mediar tratamiento médico.

De la PC se destaca: troponinas (2) las cuales resultan negativas, Hb 12.2 g/dl, PLT 181.000/ μ L, GB 7.000/ μ L. Creatininemia 1.6 mg/dl, azoemia 44 mg/dl, sin disonias.

ECG:



PREGUNTA 1

¿Cuál es su primer planteo clínico en esta paciente?

PREGUNTA 2

¿Cómo complementar la valoración clínica?

- CACG de urgencia con planteo de ángor inestable dado ECG de alto riesgo
- ETT para definir conducta
- Ingreso sanatorial para inicio de tratamiento médico y completar estudios
- Ajuste de tratamiento médico y alta a domicilio con estudios ambulatorios

Se decidió solicitar ETT que informa: VI de dimensiones normales con espesor parietal aumentado (SIV 14 mm, PP 13 mm), aquinesia inferoseptal basal e inferior basal de aspecto secuelar con hipoquinesia inferolateral medio apical, FEVI límite inferior normal 54%. Patrón de llenado del VI pseudonormal (relación E/e' 22). AI severamente dilatada. AD normal. VD de dimensiones normales, normofuncionante. VAo trivalva, fibrocalcificada, con restricción de apertura en grado severo, AVA por ecuación de continuidad 0.5 cm² para TSVI 20 mm y 0.65 cm² por planimetría 2D, Vmax 5.6 m/s, GMax 125 mmHg y Gmed 86 mmHg, CO 0.15 lAo leve. VM con calcificación de su anillo, IM leve. Sin clara IT para estimar PSAP.

PREGUNTA 3

Con el resultado del ETT y teniendo en cuenta el motivo de consulta, en caso de estar en puerta, ¿cómo avanzaría?

- Aunque el ETT aporta datos, es necesario CACG de urgencia dado el motivo de consulta
- La valvulopatía podría explicar el cuadro clínico, comienzo a pensar en intervencionismo sobre su VAo

Se decidió el ingreso sanatorial y se solicita CACG, la cual muestra:



Informe: dominancia derecha, lesión severa en la unión de tercio medio y distal de ADA, lesión suboclusiva en el origen de 1er Mg, lesión suboclusiva en el origen de 2do Mg, calcificación valvular aórtica.

PREGUNTA 4

Con estos resultados:

- a. Haría consulta con equipo de cirugía cardíaca
- b. Tiene clara indicación de TAVI
- c. Optimizaría tratamiento médico y realizaría seguimiento estrecho de su valvulopatía en policlínica de cardiología

Se realizó la consulta con equipo de cirugía. Dado que se consideró una paciente añosa, frágil y con escasa movilidad que limitaría la rehabilitación postoperatoria, se decide consultar con equipo de hemodinamia.

Se discutió la paciente, se decidió tratamiento conservador de su enfermedad coronaria, se completó la valoración, y se coordinó implante de TAVI con bioprótesis Myval 21.5 mm a volumen nominal. ETT intraprocedimiento, gradientes 7/4 mmHg, sin derrame pericárdico ni otras complicaciones asociadas. Evoluciona sin complicaciones del acceso vascular femoral, se mantuvo eléctricamente estable en RS y BRD incambiado. Se otorgó alta a domicilio a las 72 horas del procedimiento. En controles en policlínica se mantiene clínicamente estable, con disnea de esfuerzo leve no limitante en actividades extradomiciliarias, se mantiene sin ángor.

PREGUNTA 5

Si la paciente tuviera la misma edad, 79 años, pero fuera un adulto mayor robusto, ¿hubiera cambiado su conducta terapéutica?

PREGUNTA 6

Si la enfermedad coronaria severa fuera en la ADA proximal, ¿hubiera cambiado su conducta terapéutica?

Caso Clínico 2

Paciente de 81 años, sexo masculino. Jubilado. Vive con su hija.

Factores de riesgo CV:

- HTA sin historia de daño de órgano blanco. PA habitual: 130/65 mmHg. Tratamiento: Losartán 50 mg cada 12 horas.
- Dislipemia sin tratamiento.
- Glicemia de ayuno alterada.

MC: Mareos.

EA: Paciente que presenta desde hace 6 meses episodios de mareos, sin inestabilidad, ni caídas. No relata sensación rotogiratoria. No disnea, ni dolor torácico. TU y TD: sin alteraciones. De las consultas previas en policlínica de primer nivel de atención se destaca: PA 145/70 mmHg. Le indicaron que era normal para su edad.

EF: Buen estado general, masas musculares conservadas. Normocoloreado, hidratado. CV: Ritmo regular a 78 cpm, no soplos, no edemas, con presión arterial: 155/70 mmHg. No edemas de MMII. PP: MAV conservado bilateral, no estertores. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no irritación peritoneal. Resto normal.

PC: Hemograma normal. Creatininemia 0,85 mg/dl, Azoemia 30 mg/dl. Ionograma normal. Glicemia 113 mg/dl. CoIT 278 mg/dl. LDL 187 mg/dl.

PREGUNTA 1

¿Considera a este paciente un anciano frágil? ¿En qué criterios se basa para definirlo?

PREGUNTA 2

¿A qué atribuye los síntomas del paciente?

PREGUNTA 3

¿Qué considera con respecto al control de PA y al tratamiento farmacológico de su HTA?

PREGUNTA 4

¿Realizaría tratamiento farmacológico para su dislipemia y su glucemia de ayuno alterada?

A los 9 meses, consulta en policlínica con historia de palpitaciones intermitentes de aprox. 5 meses de evolución; en alguna oportunidad disnea de esfuerzo CF II. No dolor torácico. Adecuado control ambulatorio de PA, con el agregado de Amlodipina 5 mg refiere cifras de PA de 130/60 mmHg habituales. Al examen normotenso, RI de 100 cpm. No edemas de MMII, no IY. MAV positivo bilateral sin estertores.

PREGUNTA 5

Con planteo clínico de Fibrilación Auricular ¿Qué estudios solicitaría en este paciente para confirmar el diagnóstico?

Electrocardiograma: FA con frecuencia ventricular promedio de 100 cpm. HVI por criterios de voltaje.

PREGUNTA 6

¿Solicitaría estudios adicionales para valoración CV?

- a. ProBNP
- b. ProBNP, RxTx, EcocardioTT

- c. Pro BNP, RxTx, Centellograma cardíaco
- d. Pro BNP, Rxtx, Cardioresonancia

Los resultados de los análisis solicitados son los siguientes:

- Pro-BNP 670 pg/ml.
- RxTX: aumento de silueta cardiaca, no derrame pleural, sin infiltrados.
- ETT: ventrículo izquierdo de dimensiones normales con hipertrofia concéntrica leve, FEVI conservada 57%. Auriculomegalia izquierda. Patrón de relajación prolongada, disfunción diastólica. Insuficiencia tricúspide leve que permite calcular presión sistólica pulmonar de 39 mmHg.

PREGUNTA 7

Con respecto a la FA, en este paciente, ¿qué tratamiento propone?

- a. Control de ritmo con digoxina y anticoagulación
- b. Control del ritmo con beta bloqueantes y anticoagulación
- c. Control de frecuencia sin iniciar anticoagulación
- d. Solo anticoagulación

PREGUNTA 8

Con respecto a la anticoagulación en este paciente, ¿iniciaría tratamiento? ¿Con qué fármaco?

PREGUNTA 9

¿Tiene este paciente ICCFEp? En caso afirmativo, ¿cómo la trataría?

Caso Clínico 3

Paciente de 81 años, sexo femenino. Vive sola. Limitada, ayuda familiar.

AP: ansiedad ocasional, prótesis de cadera derecha hace 2 años, artrosis.

FRCV: HTA, dislipemia mixta.

Medicación habitual: enalapril 5 mg cada 12 horas, hidroclorotiazida 12.5 mg día, amlodipina 2.5 mg día, bisoprolol 2.5 mg, atorvastatina 10 mg días alternos, omega 3 un comprimido día, piacledine 1 comprimido día, colágeno, vitamina D 1000 UI día, omeprazol 20 mg día, alprazolam 0.5 mg noche, paracetamol 500 mg a demanda.

MC: repetición mediación cardiovascular.

Paciente conocida, que acude a control y repetición de medicación habitual. Refiere en el último tiempo cansancio y desánimo, caída por tropiezo en vía pública se recupera con asistencia. Incontinencia de esfuerzo de reciente aparición por lo que abandona gimnasia de adulto mayor que realizaba 2 veces por semana. Dieta balanceada, aunque nota que ha perdido algo de peso. Refiere buen control de PA, trae monitoreo promedio 120/60 mmHg. Niega ángor, no palpitaciones, no síncope, disnea de esfuerzo leve CF II habitual.

Ex físico: lúcida, normocoloreada, marcha lenta al ingresar al consultorio y dificultad para levantarse de la silla. Masas musculares reducidas. IMC 21 kg/m². PA 130/80 mmHg. CV: RR 68 cpm, sin soplos, no elementos de hipervolemia. PP: MAV +/- sin estertores.

ECG: ritmo sinusal 65 cpm, P normal, PR 180 ms, EEM -30, QRS estrecho con repolarización en límites normales, QT 430 ms.

De la paraclínica de 2024 se destaca: Hb 13 g/dl, GB 6.500/μL, PLT 141.000/μL, Creatininemia 1.2 mg/dl, Azoemia 44 mg/dl, Na 133 mEq/l, K 4.0 mEq/l, CT 160 mg/dl, HDL 35 mg/dl, TG 90 mg/dl, LDL 107 mg/dl. No se cuenta con PC en 2025.

PREGUNTA 1

Identifique los factores de fragilidad en esta paciente

PREGUNTA 2

Respecto a la medicación actual, ¿cuál sería la mayor preocupación de la polifarmacia en este contexto?

- a. Riesgo de hipotensión y caídas por múltiples antihipertensivos más alprazolam
- b. El riesgo de rabdomiolisis en el adulto mayor me limita el uso de estatinas
- c. Bisoprolol aumenta el riesgo de BAV en el adulto mayor
- d. El omeprazol reduce la eficacia de las estatinas
- e. Riesgo de disonías secundaria al uso de diuréticos

PREGUNTA 3

¿Cuál sería la mejor estrategia para la desprescripción y optimización farmacológica?

- a. Suspender alprazolam y mantener resto tratamiento dado que cumple objetivos terapéuticos
- b. Evaluar la necesidad de cada antihipertensivo y cambiar el plan de tratamiento
- c. Repensar el tratamiento para la dislipemia
- d. Solicitar PC completa y ajustar tratamiento con los resultados

PREGUNTA 4

¿Qué plan terapéutico preferiría? ¿Qué recomendaciones haría sobre estilo de vida y el ejercicio físico?

EVALUACIÓN

PREGUNTA 1

Paciente de 88 años con FA no valvular, CHA₂DS₂-VA 4, antecedentes de caída con TEC leve hace 6 meses. ¿Cuál es la mejor conducta?

- a. Suspender anticoagulación y usar AAS
- b. Iniciar warfarina con INR objetivo 1.5–2
- c. Iniciar apixabán (a dosis reducida si cumple criterios)
- d. No anticoagular por riesgo hemorrágico

PREGUNTA 2

Paciente de 81 años con infarto previo, FEVI 38%, angina clase III, enfermedad de tronco + 2 vasos, sin fragilidad severa. ¿Qué opción tiene mayor impacto pronóstico?

- a. Tratamiento médico optimizado
- b. Revascularización quirúrgica
- c. Angioplastia del vaso culpable
- d. TAVI + revascularización percutánea

PREGUNTA 3

¿Cuál de los siguientes factores predice de forma más potente la mortalidad a 1 año post-TAVI en adultos mayores?

- a. EuroSCORE II
- b. Edad >85 años
- c. Fragilidad y sarcopenia
- d. Estenosis aórtica crítica

PREGUNTA 4

Paciente geriátrico con cardiopatía isquémica estable, polifarmacia (12 fármacos), fatiga, hipotensión y mareos. ¿Cuál es el paso más razonable?

- a. Suspender estatinas por sus efectos adversos
- b. Desprescribir medicamentos sin beneficio claro y reevaluar objetivos
- c. Suspender todos los fármacos antihipertensivos
- d. Reducir anticoagulante a la mitad

PREGUNTA 5

85 años, SM, insuficiencia cardíaca con FEVIr, en tratamiento con Enalapril 10 mg cada 12 h, carvedilol 12,5 cada 12 h, Espironolactona 25 mg día. Lo asiste en policlínica; en relación a la indicación de Empagliflozina en este paciente

- a. Por la edad no estaría indicado, ya que son más frecuentes los efectos adversos en este grupo etario
- b. Iniciaría una dosis de 12,5 mg día para disminuir el riesgo de efectos adversos
- c. Iniciaría una dosis de 10 mg día
- d. Solo lo indicaría si es diabético

PREGUNTA 6

87 años, HTA, IC con tratamiento médico óptimo. Consulta en policlínica por disnea de esfuerzo CF III, no DD, no DPN, no edemas de MMII. De la PC: Hb 13,6 mg/dl (tendencia a la hipocromía). PLT y GB normales. Azoemia, creatininemia: normales.

- a. Con respecto a la disnea, es habitual que los pacientes de este grupo etario la presenten, no avanzando en etiologías diagnósticas
- b. La presencia de ferropenia podría explicar los síntomas del paciente, aún sin anemia
- c. La presencia de ferropenia podría explicar los síntomas del paciente, pero si no presenta anemia, no lo explicaría
- d. Tiene indicación de suspender IECA por riesgo de injuria renal en este grupo de pacientes

PREGUNTA 7

Respecto al uso de fármacos antihipertensivos en el adulto mayor, ¿cuál es la afirmación más adecuada?

- a. Los IECAs deben evitarse completamente en mayores de 80 años
- b. Los bloqueantes de los canales de calcio son ineficaces en este grupo etario
- c. Los diuréticos pueden ser útiles, pero requieren control de electrolitos y función renal
- d. Los betabloqueantes son de primera elección en todos los pacientes hipertensos mayores

PREGUNTA 8

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores frágiles (≥ 80 años)?

- a. La presión arterial objetivo debe ser $<120/80$ mmHg en todos los pacientes
- b. El tratamiento siempre debe incluir un diurético tiazídico como primera línea
- c. El inicio del tratamiento debe ser agresivo para prevenir rápidamente eventos cardiovasculares
- d. El tratamiento debe iniciarse de forma gradual, considerando el riesgo de hipotensión ortostática y comorbilidades

PREGUNTA 9

Respecto al tratamiento crónico de la cardiopatía isquémica estable en adultos mayores, ¿cuál es la afirmación más apropiada?

- a. El control sintomático es prioritario, y la revascularización solo se indica por angina refractaria o disfunción ventricular
- b. Todos los pacientes deben recibir doble antiagregación de por vida

- c. Los betabloqueantes deben evitarse completamente por riesgo de bradicardia
- d. Las estatinas están contraindicadas en mayores de 75 años por falta de evidencia

PREGUNTA 10

Respecto a la valoración cardiovascular en el adulto mayor, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más adecuada?

- a. La presencia de síntomas típicos como dolor torácico siempre es necesaria para sospechar cardiopatía isquémica
- b. El electrocardiograma basal no aporta información útil en mayores de 80 años
- c. Las escalas de riesgo tradicionales (como SCORE o Framingham) tienen limitaciones en adultos mayores y deben complementarse con juicio clínico o aplicando scores exclusivos para esta población
- d. Las pruebas de esfuerzo deben evitarse por completo en mayores de 75 años por su bajo rendimiento

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600 - Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy

Horario: de 14 a 21 horas

NOTAS

[illegible]

NOTAS

[illegible]

NOTAS

[illegible]



EMC en Cardiología SUC 2025 SEMINARIO TALLER



Sociedad Uruguaya de Cardiología

Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600

Montevideo, Uruguay

Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65

Whatsapp: +598 92 684 779

suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy