



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union



# EURO HEART II PROJECT

*Dieta, Actividad Física y Prevención de la Enfermedad  
Cardiovascular en Europa*

Madrid, 26.09.2013

**Organiza:**





Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union



## Resumen de la Jornada

El pasado día 27 de septiembre de 2013, se celebró en la Casa del Corazón de Madrid y organizado por la Fundación Española del Corazón, un simposium internacional dentro de las actividades que periódicamente se programan para dar cauce a lo establecido en el Proyecto EuroHeart II, promovido por la European Heart Network (EHN)

El Proyecto y sus actividades primordiales están básicamente encaminadas a la prevención y reducción de las enfermedades cardiovasculares y, fundamentalmente, a la prevención y disminución de las actuales elevadas tasas de cardiopatía isquémica e ictus que, al día de hoy, constituyen la primera causa de muerte e incapacidad en el ámbito de la Unión Europea. Para ello, el Proyecto analiza el estado actual de la enfermedad cardiovascular en los diversos países de la UE y promueve la puesta en práctica de actividades tendentes a la mejoría global de la salud cardiovascular de los europeos.

El Proyecto, que se inició en Marzo de 2011 para finalizar en febrero de 2014, se desarrolla gracias a la cooperación de treinta socios de la UE, bajo los auspicios de la EHN y un presupuesto de 1,9 millones de euros, de los cuales la UE aporta el 60% del total.

En el Proyecto, expertos en salud pública junto a las asociaciones de pacientes y otras entidades afines intercambien ideas y experiencias con el objetivo común de reducir las actuales tasas de inaceptable prevalencia de la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular.

El Proyecto focaliza sus actividades en dos aspectos principales: a.) una dieta saludable que disminuya los contenidos en grasas saturadas, azúcares refinados y sal, y b.) una actividad física adaptada a las posibilidades individuales de forma que con la suma de estos dos factores no farmacológicos se consiga, aunque sea parcialmente, una reducción significativa en la morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares que anualmente se cobran la vida de cientos de miles de ciudadanos en la Unión Europea.

Como reza el lema básico de este Proyecto EuroHeart II de la EHN **“Todo ciudadano europeo tiene el derecho indiscutible a una vida protegida contra la enfermedad cardiovascular que puede ser evitable”**.

Dr. Leandro Plaza Celemín  
Presidente

Dr. José Luis Palma-Gámiz  
Vicepresidente



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union



## Resumen de las ponencias

### EuroHeart II. Estado actual del proyecto

*Marleen Kestens. Network Coordinator of European Heart Network*

### Normativa española en la prevención cardiovascular basado en la dieta y el ejercicio físico. ¿Cómo conseguir mejores cotas de salud nutricional y más implicación social en la práctica del ejercicio físico?

*¿Cómo conseguir mejores cotas de salud nutricional en la población?*

*Dra. María Elisa Calle Purón, Delegada del Decano para Nutrición Humana y Dietética Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad Complutense Madrid*

**Objetivo:** Modificar y/o establecer nuevos patrones sociales, económicos y culturales (mejorar la calidad de vida). Disminuir los FR que contribuyan a la presencia de la enfermedad y sus riesgos específicos (causas contribuyentes, suficientes y necesarias). Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J epidemiol 2001;30:427-32.

**Introducción:** En España, las enfermedades cardiovasculares suponen la tercera causa de carga de enfermedad (12,5% del total de Años de vida perdidos por discapacidad). De los casi 602.000 años AVAD que se perdieron en 2006 por enfermedades cardiovasculares, el 84% lo son por años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVP) y el 16%, 96.320, años perdidos por años vividos con discapacidad o mala salud (AVD).

**Población diana:** En cuanto a la relación coste-beneficio de la estrategia poblacional, los grupos de máxima eficiencia son: 1. Infancia; 2. Adolescencia; 3. Jóvenes <45.

**Acciones:** Los nutrientes sobre los que intervenir serán, por un lado las grasas saturadas y trans y, por otro lado, los azúcares y harinas refinadas, junto con la sal.

Esto nos indica un conjunto de situaciones dietéticas modificables, fundamentalmente reducir el consumo de platos preparados y precocinados, aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres y cereales y mejorar los conocimientos y actitudes de la población respecto de la elección de alimentos. La clave es que el consumidor comprenda correctamente el mensaje.

**Propuesta:** Para ello es necesario implementar medidas para mejorar el etiquetado de los productos y al mismo tiempo proponer a productores, comerciantes y restauradores la necesidad de adherirse a estos programas de promoción a través de la puesta en marcha de medidas concretas que faciliten al consumidor una buena elección dietética. Para ello se proponen medidas tales como: Mejorar y clarificar el etiquetado de los productos y facilitar la adherencia de los mismos a los estándares de la FEC y de la organización europea, mejorar la visibilidad de estos productos en los comercios, favorecer una política de bajo precio para frutas y verduras, así como promover la inclusión en los "menús del día" de productos cardiosaludables, evitando los alimentos con grasas trans y ricos en grasas saturadas y ofreciendo en todos ellos verduras, frutas y legumbres.

A estas propuestas se añade el cambio de los alimentos y productos alimenticios ofrecidos en las máquinas expendedoras de productos ricos en azúcares y grasas saturadas, por otros tales como frutos secos, fruta fresca, galletería y bollería realizadas con harinas integrales y sin azúcar añadido, así como bebidas no azucaradas, zumos, leche baja en grasa y lácteos bajos en grasa y azúcar, en todos los centros de enseñanza, al mismo tiempo que se insiste en políticas de educación para la salud.



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union



## **Actividad física y Prevención de la enfermedad c-v**

*Dra. Araceli Boraita, Cardióloga del Centro Superior de Deportes (CSD)*

El efecto beneficioso del ejercicio regular sobre el organismo, en especial sobre el aparato cardiovascular, ha motivado su utilización en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

El cuerpo humano ha sido diseñado para moverse y necesita realizar ejercicio de forma regular para mantenerse funcional y evitar enfermar. Disponemos de la suficiente información científica basada en datos epidemiológicos como para poder afirmar que el ejercicio físico, cuando forma parte de las actividades laborales y recreativas, tiene un efecto beneficioso en la prevención de la enfermedad cardiovascular, en la disminución de la mortalidad global y en la mejora de la calidad de vida.

Los efectos del ejercicio físico sobre el sistema cardiovascular se producen por el propio ejercicio, a través de las modificaciones de los factores de riesgo coronario (hipertensión, dislipemia, diabetes tipo 2) o por los cambios en el estilo de vida al abandonar el sedentarismo, el tabaquismo o realizar una buena dieta. El beneficio cardiovascular que se obtiene incrementando la actividad física es superior al del control de la dieta para reducir peso. En los últimos años la obesidad afecta a una población cada vez mayor de niños y adolescentes contribuyendo al desarrollo precoz de aterosclerosis. En los niños y adolescentes obesos el ejercicio debe formar parte del manejo de la obesidad como prevención primaria desde la infancia, ya que no debemos olvidar que los niños obesos poco activos serán los adultos obesos sedentarios.

En la prescripción de ejercicio físico para la mejora y mantenimiento de la salud, el tipo de ejercicio recomendado es el dinámico y aeróbico que implica a grandes grupos musculares. Por tanto, se aconsejan actividades como caminar a ritmo vigoroso, la carrera, la natación, montar en bicicleta, juegos deportivos y trabajo de tonificación muscular y flexibilidad.

En el momento de prescribir un ejercicio debemos tener en cuenta los gustos o preferencias de cada persona, ya que la actividad a realizar debe ser placentera. Si la ocupación del tiempo de ocio se acompaña de una sensación de bienestar se facilita el seguimiento del programa de entrenamiento, y se reducirán los abandonos. La frecuencia de sesiones semanales varía entre 3-5 días a la semana, según la duración e intensidad de las mismas, la capacidad funcional de cada persona y su disponibilidad de tiempo. La duración de la sesión de ejercicio puede variar entre 30 y 60 minutos, dependiendo del nivel inicial y los objetivos. Al inicio del programa se aconsejan sesiones entre 20-30 minutos, a moderada intensidad, para ir aumentando de forma gradual la duración hasta los 60 minutos, siempre en función del estado de salud, respuesta al entrenamiento y objetivos buscados. En general, son más recomendables sesiones a menor intensidad y más prolongadas, ya que permiten asegurar un gasto calórico suficiente y ayudan a prevenir lesiones.

En resumen, el balance entre los riesgos y beneficios de la práctica de actividad física es claramente favorable a los beneficios sobre todo cuando esta se practica de forma regular. Los beneficios del ejercicio se obtienen a cualquier edad, y aunque nunca es tarde para comenzar lo mejor es empezar cuanto antes, ya desde la infancia educando a la población infantil en hábitos de vida cardiosaludable.

## **Iniciativas en el sector privado. Adecuación de los mensajes al consumidor en el ámbito de la alimentación y propuestas globales contra el sedentarismo**

*Dra. Petra Sanz Mayordomo, Cardióloga, Hospital Rey Juan Carlos Madrid*

Las enfermedades cardiovasculares provocan el 38% de mortalidad en España. En la Unión Europea, el coste económico de la ECV representa un gasto anual de unos 192.000 millones de euros en costes sanitarios directos e indirectos.

Con respecto a la Productividad y absentismo laboral: La enfermedad cardiovascular se encuentra entre las principales causas de baja laboral en nuestro país. Supone el 17% de las bajas laborales por enfermedad en España (se registran anualmente 23.000 bajas laborales por motivo de enfermedades cardiovasculares).

En el trabajo, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares supone un 39,8% del total.



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union



Todo esto supone un Impacto económico de las Enfermedades Cardiovasculares:

- Gastos por absentismo laboral
- Gastos por pérdida de productividad
- Gastos en asistencia sanitaria.
- Gastos en formación de empleados de sustitución

Se explican los objetivos del PECS (Programa de empresas cardiosaludables de la Fundación Española del corazón)

- Contribuir a disminuir la incidencia de las enf. CV en los trabajadores mediante evaluación, información, educación, impulsar actividades y difundir la salud cardiovascular en el puesto de trabajo.
- Intentar disminuir el absentismo laboral provocado por estas enfermedades y colaborar al incremento de la productividad de los empleados a través de la mejora de su salud cardiovascular.

### *Edouard Legendre – Sponsorship and Strategic Partnerships Director, Ogilvy Spain*

Desde la perspectiva de la comunicación, la prevención puede abordarse de la misma forma que se hace con campañas de productos y servicios tradicionales, a saber buscando generar un impacto no en ventas sino en alcance y en movilización. Vivimos unos momentos en los que nos encontramos “saturados” de ruido mediático, que hace que para las personas es cada día más complicado escuchar y poder centrarse en mensajes concretos. En el paradigma comunicacional actual, las redes sociales presentan grandes oportunidades también en el contexto específico de la prevención, ya que a través de estos canales el ciudadano puede ser un difusor y distribuidor de contenidos informativos, a la vez que presenta un reto importante ya que el público se fragmenta en nichos más herméticos y segmentados. Además vivimos en un mundo global y eminentemente digital en el que la información y las opiniones fluyen sin barreras ni fronteras, pasando de una sociedad “desinformada” (falta de información) a una sociedad “sobreinformada” (con demasiada información para poder procesarla óptimamente). De esta forma, el ciudadano “sobre informado”, que está expuesto a una media de 3.800 mensajes al día, empieza a construir sus propios escudos que hacen que a pesar de la multiplicidad de canales existentes, sea cada vez más difícil acceder a él con mensajes.

Por eso, para intentar superar esos “escudos personales”, desde el punto de vista comunicacional la tendencia actual es la de apostar por el establecimiento de un diálogo constructivo y participativo con los ciudadanos / consumidores. A través de este diálogo, en términos concretos de prevención lo que pretendemos es que haya una mayor alineación entre las aspiraciones de las personas a nivel de calidad de vida y sus hábitos reales. De acuerdo a este contexto, desde la Fundación Española del Corazón nos hemos marcado 3 territorios de actuación y comunicación prioritarios.

En definitiva, 3 ámbitos de actuación que permiten a la Fundación Española del Corazón estar presente en los principales ámbitos de la vida de las personas a través de 3 programas específicos: PECS, PASFEC, PACS.

Las claves del Programa de Empresas Cardiosaludables desarrollado por la Fundación Española del Corazón. El factor tiempo es primordial en el PECS. Con este programa disponemos de un plazo de 7 años para desarrollar un programa sólido y efectivo capaz de generar un impacto positivo en la salud de los empleados de las empresas adheridas. El PECS cuenta con la participación de cardiólogos de reconocida experiencia, colaboradores habituales de la Fundación Española del Corazón, que hacen del PECS un programa diferente que cuenta con el aval científico y médico requerido. El PECS está compartimentado en 6 grandes áreas relativas al entorno laboral y su vinculación con la salud cardiovascular. Para cada una de estas 6 áreas, el PECS cuenta con un experto, específicamente especializado en el área en cuestión (Factores de Riesgo Cardiovascular, Actividad Física, Nutrición, Estrés laboral y Gestión de las emociones, Tabaquismo y Mujer). La primera acción realizada por las empresas adheridas al PECS es la cumplimentación de un cuestionario diseñado específicamente por el Consejo de Expertos y que permitirá realizar un primer diagnóstico y obtener una “fotografía” del estado actual de los empleados desde la perspectiva cardiovascular. Seguidamente, y de acuerdo a la respuestas proporcionadas por las empresas adheridas tras la cumplimentación del cuestionario, el Consejo de Expertos de la FEC realiza un Informe de Evaluación sobre la situación de la empresa en términos de salud cardiovascular de sus empleados, indicando recomendaciones operativas y de sencilla aplicación que una vez implementadas por la empresa permitirán mejorar la salud de sus empleados.



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union



Igualmente, los empleados de las empresas adheridas al PECS, a través de la Microsite del programa tienen acceso a un servicio de atención continua por el que pueden formular sus preguntas relativas a salud cardiovascular que son atendidas y respondidas por parte del Consejo de Expertos de la FEC. En definitiva, el objetivo prioritario del Programa PECS es que a través de todo el proceso, las empresas adheridas mediante la implementación de las recomendaciones y propuestas de mejora consigan mejorar la salud de sus empleados y que esto redunde en un beneficio global para la empresa por mejorar la productividad laboral, reducir el absentismo, etc. En este sentido, la FEC publica anualmente un Informe de Legado en el que se especifican las medidas implementadas por las empresas adheridas y se demuestran los resultados obtenidos, destacando cualquier elemento de mejora en la salud de los empleados, que después se podrá difundir a través de los Medios de Comunicación y los canales digitales, como una recomendación que desde la Fundación Española del Corazón se quiere transmitir al conjunto de las empresas españolas.

*David Pérez de Ciriza Eslava, Director de Relaciones Institucionales y Sostenibilidad de Sanitas.*

Planteo que muchas de las enfermedades y muertes causadas por las enfermedades cardiovasculares en Europa se podrían evitar, tan solo con que la población pudiera gestionar mejor algunos sencillos factores de riesgo relacionados con su estilo de vida, como por ejemplo, no fumar, comer bien, y sobre todo, realizar más actividad física. Por eso y dado que el leitmotiv de Sanitas es que cada vez más personas disfruten de una vida más larga, más sana y más feliz, hemos lanzado de forma gratuita junto con la Fundación Española del Corazón una app para promover que, al menos, las personas realicen 150 minutos semanales de ejercicio.

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad mundial (por detrás de la hipertensión, el tabaquismo y la glucosa elevada en sangre) y es un factor de riesgo calve en el caso de las enfermedades cardiovasculares.

En la ponencia expliqué el funcionamiento de la app y los motivos para unirse al reto de Sanitas que lanzamos con la app:

- Caminar es un ejercicio físico sencillo, fácil de incorporar a la rutina diaria.
- Andar dos horas a la semana reduce a la mitad la incidencia de muertes prematuras por enfermedad cardiovascular, contribuye a reducir los niveles de triglicéridos, el IMC, y el porcentaje de grasa, permite disminuir el sobrepeso y controlar la tensión arterial.

## **Factores asociados a la dieta y a la actividad física en la prevención de las enfermedades cardiovasculares**

*Dra. Regina Dalmau González-Gallarza, Cardióloga, Hospital Universitario La Paz*

La aterosclerosis es un proceso que se desarrolla a lo largo de muchos años, y puede iniciarse de forma silente desde edades tempranas. El estilo de vida es el determinante principal de la enfermedad cardiovascular, cambios en el estilo de vida podrían prevenir más del 40% de la enfermedad coronaria prematura, y esto pasa por implementar una dieta saludable, realizar ejercicio de forma regular y abandonar el tabaco.

El término genérico "Dieta Mediterránea" se usa, en la práctica, para referirse a patrones dietarios similares a los de Grecia y el sur de Italia a principios de los años 60. Los resultados del "Estudio de 7 países" realizado por Keys mostraron una clara relación entre las características de la dieta y la salud de su población en Estados Unidos, Japón, Finlandia, Holanda, Yugoslavia, Italia y Grecia (1). Así, en Grecia y en el sur de Italia tenían la menor tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular y la mayor expectativa de vida en comparación con Finlandia que estaba en el otro extremo, y Estados Unidos que estaba en una posición intermedia; a pesar de contar estos últimos con mejores condiciones de vida y servicios médicos. Distintos estudios han demostrado los beneficios cardiovasculares de las dietas de perfil mediterráneo.

En el Lyon Heart Study la dieta mediterránea redujo los eventos cardiovasculares respecto a la dieta estándar, en una cohorte de pacientes con infarto reciente (2). En el estudio multicéntrico Predimed, dos tipos de dieta mediterránea redujeron los eventos cardiovasculares en el marco de la prevención primaria (3).

No obstante, aunque tengamos claro cuál es el patrón de dieta cardiosaludable, basado en la dieta mediterránea, existe una dificultad creciente a la hora de implementar este patrón. Asistimos aun alarmante alejamiento, sobre todo en las edades más jóvenes, de la tradicional dieta mediterránea hacia patrones más occidentales, con una creciente presencia de las dietas rápidas o los alimentos basura. Por ello debemos esforzarnos en mejorar la adherencia a patrones dietéticos saludables desde la infancia, para poder aprovechar el potencial de la dieta en mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida de la población.

(1) Am. J. Epidemiol. 1986;124 (6):903-915

(2) Circulation 1999;99:779-775

(3) N Engl J Med 2013;368:1279-90

## **Actividad Física en la Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares**

*Dr. Manuel Abeytua, Cardiólogo, Hospital Gregorio Marañón*

Según exponen las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular en su versión de 2012, cuando la actividad física o el ejercicio se realizan de forma habitual varias veces en semana con una intensidad entre el 40 y 85% del consumo máximo de oxígeno ( $O_2$ ) o entre el 40 y 85% de la Frecuencia Cardíaca de Reserva, se obtienen beneficios de disminución de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial, del riesgo de diabetes, disminución del peso corporal y mejoran el perfil lipídico, que se traducen en menor consumo de  $O_2$ . Además aumenta el diámetro de las arterias coronarias del corazón, mejoran la microcirculación y la función endotelial, con disminución de la agregación plaquetaria y la actividad simpática. Respecto la supervivencia, la actividad física disminuye de un 20 a 30% la mortalidad cardiovascular y por todas las causas.

Los beneficios de la actividad física comenzaron a conocerse tras estudio en 1953 donde los cobradores de autobuses de 2 pisos en Londres, activos, presentaban menos enfermedad coronaria que los conductores sedentarios.

Desde entonces se han mostrado múltiples beneficios en la prevención cardiovascular derivados de la práctica de actividad física, realizada de distintas formas. Por ejemplo, en personas mayores de 70 años al caminar distancias cortas, como 3 Km al día, disminuye la incidencia de enfermedad coronaria, aumentando los beneficios cada 800 metros más de caminata diarios, o aumentando su intensidad.

A partir de subir 5 pisos al día, sin otro entrenamiento, aumenta el consumo de  $O_2$ , disminuye el peso y perímetro abdominal, la tensión arterial y mejora el perfil lipídico. Cuantos más pisos, mejor.

Así mismo, la ruptura del sedentarismo, como levantarse mientras se ve la TV o viajar en transportes públicos disminuye el peso, el índice de masa corporal, la tensión arterial y mejora el metabolismo de la glucosa.

Surge así un nuevo concepto: diferenciar entre sedentarismo y actividad física, y dentro de ésta, el tiempo de actividad y su intensidad, siendo más favorable en la prevención el mayor tiempo y mayor intensidad, pero siempre teniendo en cuenta las características individuales de cada persona.

Como conclusión: Los beneficios de la actividad física se producen sin diferencia de sexo ni edad.



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union



## Sumario y Conclusiones

La Reunión para el desarrollo del Proyecto EuroHeart II llevada a cabo en Madrid, durante la jornada del 27 de septiembre de 2013 contó con la participación de los siguientes ponentes y moderadores:

Dr. Leandro Plaza Celemín, Presidente de la FEC, Dr. José Luis Palma Gámiz, Vicepresidente de la FEC, Mrs. Marleen Kesten, Coordinadora General de la EHN, Dra. Marisa Calle, Delegada del Decano para Nutrición Humana y Dietética Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad Complutense Madrid, Dr. Manuel Abeytua, cardiólogo del Hospital Universitario “Gregorio Marañón” de Madrid y responsable de la Unidad de Rehabilitación Cardiovascular, Dra. Regina Dalmau, cardióloga del Hospital Universitario La Paz y vicepresidenta de la Comisión Nacional para la Lucha Contra el Tabaquismo, Dra. Petra Sanz Mayordomo, cardióloga, Hospital Rey Juan Carlos Madrid, Dra. Araceli Boraita, cardióloga del Centro Superior de Deportes (CSD), D. David Pérez de Ciriza Eslava, Director de Relaciones Institucionales y Sostenibilidad de Sanitas, y D. Edouard Legendre – Sponsorship and Strategic Partnerships Director, Ogilvy Spain

Los expertos, en el curso de sus intervenciones, hicieron detallados análisis de las actuales circunstancias y sus causas de la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en España enjuiciándola, comparativamente, con el resto de los países de la Unión Europea. Quedó patente la inadmisiblemente alta prevalencia de factores predisponentes a padecimientos cardiovasculares como, por ejemplo, una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad, particularmente preocupante en la población infantil, así como inadmisibles tasas de tabaquismo, donde la mujer ha superado en número a los varones fumadores.

Los ponentes alertaron sobre la baja proporción de españoles que practican ejercicio físico regular, estando este porcentaje en consonancia con las estadísticas proporcionadas por otros países de la cuenca mediterránea, pero siendo notablemente inferiores a los datos que, en este sentido, aportan los países nórdicos de la UE.

Se hicieron detalladas valoraciones de las actuales tendencias en la dieta señalándose una significativa incorporación de costumbres gastronómicas que no son propias de nuestra cultura culinaria, de forma que la tradicional cocina española, basada en una dieta típicamente mediterránea, ha sido reemplazada, en parte, por una alimentación en la que predominan las grasas saturadas e hidrogenadas así como un consumo excesivo de hidratos de carbono de absorción rápida. En consumo alcohólico, España se sitúa en un nivel intermedio.

Todos los ponentes establecieron conclusiones para promover cambios drásticos en los usos y costumbres de nuestro país de forma que, en el futuro, las actuales tasas de mortalidad por causas cardiovasculares puedan ser reducidas desde un actual 31% a valores próximos al 25%. Los expertos indicaron que con una dieta adecuada en la que se reduzcan las grasas saturadas, los azúcares refinados y la sal, junto a un ejercicio físico regular, aeróbico y vigoroso, un consumo alcohólico mínimo y una abstención absoluta en el uso del tabaco, estos objetivos podrán ser alcanzados.

Desde el Comité Ejecutivo de la Fundación Española del Corazón nos sentimos muy satisfechos por el desarrollo de la Reunión Española del Proyecto EuroHeart II al tiempo que queremos agradecer las facilidades otorgadas desde la Coordinación General de la EHN, haciendo extensiva esta gratitud a todos los ponentes y asistentes que han participado en este evento.

Dr. Leandro Plaza Celemín  
Presidente

Dr. José Luis Palma-Gámiz  
Vicepresidente