



ISSN: 1561-319
Rev. Ciencias Médicas. Mayo.-jun, 2013; 17(3):49-58

ARTÍCULO ORIGINAL

Fibrilación auricular en la Unidad de Vigilancia Coronaria

Atrial fibrillation in the Unit of Coronary Care

Sergio Luis Montes de Oca¹, Ariagna Albert Victorero²

¹Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Correo electrónico: sluis011171@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Residente de Primer año en Anestesiología y Reanimación. Asistente. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: dibu04@princesa.pri.sld.cu

Aprobado: 3 de abril del 2013.

RESUMEN

Introducción: la fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica, calificada como una epidemia con importantes repercusiones sociales.

Objetivo: caracterizar la fibrilación auricular en la Unidad de Vigilancia Coronaria del Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio" de Pinar del Río.

Material y método: se realizó una investigación descriptiva y retrospectiva desde el 1 de julio de 2011 hasta el 1 de julio de 2012, la muestra estuvo constituida por los pacientes ingresados con el diagnóstico de fibrilación auricular.

Resultados: predominó el grupo de 70 y más años y el sexo femenino con el 63,3 % y 61,2 % respectivamente. El patrón clínico persistente fue el más frecuente con el 38,7 %, seguido de la forma paroxística con el 30,6%; la hipertensión arterial, fue la co-morbilidad más frecuente en más del 50%. La amiodarona fue la opción terapéutica más utilizada en los patrones de primer episodio, paroxística y persistente, con el 46,9 %, se clasificaron con riesgo moderado el 59,2 %, seguido del riesgo elevado con el 24,5 %, el 100 % de los pacientes con riesgo elevado recibió anticoagulación oral, así como el 96,5 % de los pacientes clasificados con

riesgo moderado.

Conclusiones: predominó el grupo 70 y más años y el sexo femenino. El patrón clínico persistente fue el más frecuente así como la hipertensión arterial, como comorbilidad asociada. La amiodarona fue la opción más utilizada. Predominó el riesgo moderado y se utilizó anticoagulación oral en la mayoría de los pacientes con riesgo moderado y elevado.

DeCS: Fibrilación atrial, Accidente cerebrovascular, Administración oral.

ABSTRACT

Introduction: atrial fibrillation is the most frequent heart arrhythmia in the clinical practice; which is qualified as an epidemic that has important social repercussions.

Objective: to characterize the atrial fibrillation in the Unit of Coronary Care at "Dr. Leon Cuervo Rubio" General Hospital in Pinar del Rio.

Material and Method: a descriptive and retrospective research was carried out from July 1, 2011 to July 1, 2012. The sample was comprised of the patients admitted suffering from atrial fibrillation.

Results: 70 year-old patients and older along with female sex prevailed with 63,3% and 61,2% respectively. Persistent clinical pattern was the most frequent found 38,7%, followed by paroxysmal type 30,6%; hypertension was the most frequent co-morbidity in more than 50%. Amiodarone was the most used therapeutic option in the patterns of the first episode, paroxysmal and persistent with 46,9%, classifying them as moderate risk (59,2%), followed by 24,5% of high risk; 100% of the patients presented high risk and underwent oral administration of anticoagulants, 96,5% of the patients were also classified as moderate risk.

Conclusions: ages from 70 and more and female sex prevailed; persistent clinical pattern was the most frequent along with hypertension as an associated morbidity. Amiodarone was the most used therapeutic option. Moderate risk prevailed and oral administration of anticoagulants was used in the majority of patients presenting moderate and/or high risks.

DeCS: Atrial fibrillation, Stroke, Oral administration.

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca sostenida que se observa con mayor frecuencia en la práctica clínica, y puesto que su prevalencia depende en gran medida de la edad, las repercusiones, costos hospitalarios y afectación del estado de salud en muchos países con personas de la tercera edad, como Cuba, son cada vez mayores.¹

Esta entidad constituye un problema socio-sanitario, hasta el punto de que ha sido calificada por la *Organización Mundial de la Salud* como una epidemia con importantes repercusiones sociales a la que hay que prestar especial atención, no solo por parte de los cardiólogos sino también por los médicos del nivel primario de salud, emergencistas y clínicos que son, muchas veces, los que atienden por primera vez a estos casos.²

Esta arritmia no siempre se presenta de forma permanente y, por tanto, constituye un cuadro clínico heterogéneo con patrones de presentación bien diferenciados, así se ha reconocido desde hace años y se ha recogido en las guías de Práctica Clínica elaboradas por la Sociedad Europea de Cardiología y las principales sociedades de cardiología de Estados Unidos y Canadá,³ y que son acatadas en Cuba.

La FA se clasifica en 4 grandes grupos: primer episodio, paroxística, persistente y permanente, considerándose como primer episodio a los pacientes que presentan la arritmia por primera vez y en cuya historia clínica no se recojan datos que sugirieran episodios previos, si el paciente ha presentado más de un episodio documentado de la arritmia y se produce la reversión con o sin la intervención de procedimientos eléctricos o fármacos antiarrítmicos y una duración inferior a los 7 días se incluye dentro del grupo de FA paroxística, se considera FA persistente cuando el episodio dura más de 7 días y se revierte la arritmia con procedimientos eléctricos o fármacos, y por último, es permanente cuando se deduce que la arritmia está siempre presente y no está indicado revertirla a ritmo sinusal; no está del todo definido la frecuencia de cada una de estas formas de presentación ni las diferencias en el perfil clínico.

En estos pacientes coexisten con mucha frecuencia otras enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad cardíaca estructural (definida por la presencia de disfunción sistólica, valvulopatías o prótesis valvular), y fenómenos tromboembólicos previos (por el antecedente de accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio o embolia periférica). Las pautas terapéuticas varían y están condicionadas por los patrones de presentación, así como el compromiso hemodinámico en ese momento.⁴

Por otra parte, el riesgo de fenómenos tromboembólicos en pacientes con esta arritmia y las recomendaciones terapéuticas para su prevención están bien definidas desde la aparición de la clasificación de riesgo CHA₂DS₂-VASc, que es el acrónimo de insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, edad mayor de 75 años, diabetes mellitus, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular (infarto de miocardio, placa aórtica compleja y enfermedad arterial periférica, incluida revascularización previa, amputación debida a enfermedad arterial periférica), edad entre 65-74 años y sexo femenino, que le asigna 2 puntos a accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio y edad mayor de 75 años y 1 punto al resto de las variables, teniendo en cuenta la puntuación se clasifica el riesgo como bajo (0 puntos), moderado (1 a 2 puntos) y elevado (más de 2 puntos).^{5,6}

El objetivo de este trabajo es caracterizar la fibrilación auricular según los patrones clínicos de presentación, co-morbilidades asociadas, las opciones terapéuticas utilizadas, riesgo de fenómenos tromboembólicos según la clasificación de CHA₂DS₂-VASc así como el uso o no de anticoagulación oral en dependencia de estas categorías de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva y retrospectiva en la Unidad de Vigilancia Coronaria del Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio", de Pinar del Río, desde el 1 de julio del 2011 hasta el 1 de julio del 2012. El universo estuvo constituido por los 535 pacientes ingresados en la sala durante el periodo señalado y la muestra por los 49 pacientes ingresados con el diagnóstico de fibrilación auricular independientemente de que el motivo de la hospitalización estuviera relacionado con la arritmia o de que el diagnóstico de ésta se realizara durante su

estancia hospitalaria, se excluyó a los ingresados por otra causa diferente a la arritmia como motivo de ingreso.

Se revisaron la historias clínicas de estos pacientes recogiendo variables como edad, sexo, patrones clínicos de presentación de la arritmia, además se determinó el riesgo de accidente cerebrovascular mediante la aplicación de la escala CHA₂DS₂-VASc, y por último, si se usó o no anticoagulación oral teniendo en cuenta esta clasificación.

La información se procesó mediante el paquete de programa de Microsoft Excel, los resultados fueron sometidos a análisis utilizando el método porcentual aritmético y los resultados se muestran en tablas estadísticas, además de ser comparados con los descritos en la literatura por otros autores, llegando a conclusiones.

Ética: se garantizó la confidencialidad de la información recogida y se tuvo en cuenta el principio de la no maleficencia por el hecho de que esa información influiría en el futuro en el beneficio de los pacientes tratados con esta enfermedad.

RESULTADOS

Durante el periodo analizado ingresaron con el diagnóstico de fibrilación auricular 49 pacientes de un total de 535 ingresos, para una prevalencia del 9,1 %. Hubo predominio del grupo de edades de 70 y más años y del sexo femenino con el 63,3% y 61,2% respectivamente. El patrón clínico de presentación persistente fue la más frecuente con el 38,7%, seguido de la paroxística con el 30,6 (tabla 1).

Tabla 1. Patrones clínicos de presentación de la fibrilación auricular. Sala de Vigilancia Coronaria. Hospital clínico quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio". Julio 2011 a julio de 2012.

Patrones clínicos de la fibrilación auricular	Pacientes	%
Primer episodio	6	12,4
Paroxística	15	30,6
Persistente	19	38,7
Permanente	9	18,3
Total	49	100

Fuente: Historias clínicas de los pacientes ingresados en la sala de vigilancia coronaria del Hospital "Dr. León Cuervo Rubio". Julio de 2011 a julio de 2012.

La hipertensión arterial casi duplicó al resto de las otras co-morbilidades (51 %), seguido de la presencia de enfermedad cardíaca estructural y tromboembolias previas, con el 26,5 y 20,4 % respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Co-morbilidades asociadas. Sala de Vigilancia Coronaria. Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio". Julio 2011 a julio de 2012.

Co-morbilidades asociadas	Pacientes	%
Hipertensión arterial	23	51,0
Enfermedad cardiaca estructural	13	26,5
Fenómenos tromboembólicos previos	10	20,4
Diabetes mellitus	8	16,3
Dislipidemias	8	16,3

Fuente: Historias clínicas de los pacientes ingresados en la sala de vigilancia coronaria del Hospital "Dr. León Cuervo Rubio" julio de 2011 de 2012.

El uso de amiodarona fue la opción más utilizada en los patrones clínicos de primer episodio, paroxística y persistente, que representó el 46,9 % del total, seguido del uso de digital con el 40,8 %, esta última se usó en el 100 % de los pacientes con FA permanente, solo el 4,1 % de los pacientes recibieron terapia eléctrica (tabla 3).

Tabla 3. Tratamiento antiarrítmico empleado en función del patrón clínico de presentación. Sala de Vigilancia Coronaria. Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio". Julio 2011 a julio de 2012.

Tratamiento	Patrón clínico de presentación				Total	%
	Primer episodio	Paroxística	Persistente	Permanente		
Amiodarona	3	10	10	0	23	46,9
Digital	1	2	8	9	20	40,8
Bloqueador Beta	2	1	1	0	4	8,2
Terapia eléctrica	0	2	0	0	2	4,1

Fuente: Historias clínicas de los pacientes ingresados en la sala de vigilancia coronaria del Hospital "Dr. León Cuervo Rubio. Julio de 2011 a julio de 2012.

Se determinó el riesgo de accidente cerebrovascular mediante la aplicación de la escala CHA₂DS₂-VASC, predominando el riesgo intermedio con el 59,2 %, así como el uso o no de anticoagulación oral con warfarina en relación con estas categorías, encontrándose que el 100 % de los pacientes con riesgo elevado recibió anticoagulación oral, así como el 96,5 % de los pacientes clasificados con riesgo intermedio (tabla 4 y tabla 5).

Tabla 4. Riesgo de accidente cerebrovascular. Sala de Vigilancia Coronaria. Hospital clínico quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio". Julio 2011 a julio de 2012.

Clasificación de riesgo (CHA2DS2-VASc)	Pacientes	%
Riesgo bajo	8	16,3
Riesgo moderado	29	59,2
Riesgo elevado	12	24,5
Total	49	100

Fuente: Historias clínicas de los pacientes ingresados en la sala de vigilancia coronaria del Hospital "Dr. León Cuervo Rubio. Julio de 2011 a julio de 2012.

Tabla 5. Uso de anticoagulación oral según riesgo de accidente cerebrovascular.

Anticoagulación	Riesgo bajo		Riesgo moderado		Riesgo elevado	
	Si	No	Si	No	Si	No
	1	7	28	1	12	0
%	12,5	87,5	96,5	3,5	100	0

Fuente: Historias clínicas de los pacientes ingresados en la sala de vigilancia coronaria del Hospital León Cuervo Rubio. julio-2011-2012

DISCUSIÓN

La mayoría de las estadísticas sobre prevalencia de FA provienen de poblaciones americanas, especialmente del estudio de Framingham (considerado el estudio observacional más completo hasta la fecha) aunque en Europa se han publicado resultados similares^{7, 8}, los datos publicados sitúan estas cifras entre el 2 y el 17 % de la población, dependiendo de varios factores, la prevalencia de este trabajo se enmarca en estas cifras, así como el predominio en los grupos de edades más avanzadas, que se describe en muchas series por encima del 10 % en edades mayores de 60 años⁹ pero no coincide con el Framingham y el estudio REGICOR¹⁰ con el predominio del sexo masculino reportado por estos, aunque un estudio en un área de salud de Toledo reportó una prevalencia en mujeres del 6,4%.¹¹

Se han observado diferencias en las co-morbilidades que acompañan a esta arritmia, se describe una mayor presencia de diabetes mellitus y tromboembolias previas, con una menor frecuencia cardiopatías estructurales,^{12,13} lo que no coincide con esta investigación, donde hubo un predominio de la hipertensión arterial y la enfermedad cardíaca estructural.

El patrón clínico persistente ha representado más del 30 % de la muestra de este trabajo, que no concuerda con datos publicados en el 2005 por la *Sociedad Europea de Cardiología* sobre las características de 5333 pacientes con FA correspondientes a 35 países europeos, que arrojó que en el 20 % de los pacientes es la primera vez que se diagnostica la arritmia, en el 18 % son FA paroxísticas ya diagnosticadas,

otro 20 % persistentes y el 42 % permanentes,¹⁴ ni con un estudio del año 2010 donde predominó la forma clínica de primer episodio,¹⁵ no obstante, autores reconocen que existen diferencias en los patrones clínicos de presentación de esta arritmia, y que no se ha definido completamente la frecuencia de los diferentes tipos.¹⁶

Durante los últimos años han aparecido numerosos estudios donde se establecen comparaciones entre las pautas terapéuticas utilizadas, las diferencias en el tratamiento se atribuyen al distinto grado de conocimiento, de disponibilidad de medicamentos, cardiovertores eléctricos, de la actitud ante el problema, y por tanto, pueden requerir recomendaciones y aproximaciones terapéuticas diferenciadas.¹⁷

La publicación inicial del índice CHADS₂, validada en una muestra de 1733 pacientes en Estados Unidos¹⁸ que posteriormente fue sustituida por la escala de riesgo CHA₂DS₂-VASc⁶ ha demostrado ser de gran valor predictivo de fenómenos tromboembólicos, definiendo que la tasa de ictus o embolia periférica para índices entre 0-2 puntos es de 2,55 por cada 100 pacientes al año, se eleva hasta 11,54 con puntuaciones de 3 o más puntos, por lo que en este grupo el riesgo puede ser lo bastante alto como para justificar la anticoagulación oral, ampliamente aceptada y basada en un elevado número de estudios y ensayos clínicos realizados durante la década de los noventa.^{19, 20}

En estos pacientes se han seguido estas recomendaciones al egresarse con tratamiento anticoagulante el 100 % de los que tenían riesgo elevado y más del 96 % de los pacientes con riesgo moderado. En esta investigación predominó el grupo de edades de 70 y más años, así como el sexo femenino, la forma clínica de presentación persistente, el uso de amiodarona como tratamiento antiarrítmico, el riesgo intermedio de eventos cerebrovasculares y el uso de anticoagulación oral en el 100 % de los pacientes con riesgo elevado, así como el 96,5 % de los pacientes clasificados con riesgo moderado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gersh BJ, Freedman JE, Granger ChG. Tratamiento antiagregante plaquetario y anticoagulante para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular: nuevos avances basados en la evidencia. Rev Esp Cardiol. [Internet] 2011 [Citado 20 de enero de 2012]; 64(4): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/tratamiento-antiagregante-plaquetario-anticoagulante-prevencion/articulo/90002075/>
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010. OMS; 2010. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2010/es/index.html [Citado 10 de julio de 2011]
3. Healey JS, Parkash R, Pollak T, Tsang T, Dorian P. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: etiology and initial investigations. Can J Cardiol. [Internet] 2011 [Citado 10 de julio de 2011]; 27(1): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X10000164>

4. Wilber DJ, Pappone C, Neuzil P, De Paola A, Marchlinski F, et al. Comparison of antiarrhythmic drug therapy and radiofrequency catheter ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation: a randomized controlled trial. JAMA. [Internet] 2010 [Citado 10 de julio de 2011]; 303(4): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185277>
5. Banerjee A, Marín F, Lip GY. The improved but unfinished business of stroke risk stratification in atrial fibrillation. Rev Esp Cardiol. [Internet] 2011 [Citado 10 de julio de 2011]; 64(8): [Aprox. 2p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/avances-incompletos-estratificacion-riesgo-ictus-fibrilacion-auricular-90024415-editoriales-2011>
6. Camm AJ. Guías de práctica clínica para el manejo de la fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. [Internet] 2010 [Citado 10 de julio de 2011]; 63(12): [Aprox. 16p.]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13188310&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=106&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v63n12a13188310pdf001.pdf
7. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation. Chest. [Internet] 2010 [Citado 10 de julio de 2011]; 137(2): [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19762550>
8. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, Levy D, Vasan RS, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation. The Framingham Heart Study. Circulation. [Internet]. 2004 [Citado 10 de julio de 2011]; 110(9): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313941>
9. Pérez de Isla L, Avanzas P, Bayes-Genis A, Sanchis J, Heras M. Enfermedades sistémicas y corazón: introducción. Rev Esp Cardiol. [Internet]. 2011 [Citado 10 de julio de 2011]; 64(1): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/enfermedades-sistemicas-corazon-introduccion/articulo/13190100/>
10. Royo MA, Lobos JM, Millán J, Villar F, Brotons C, Camafort M, et al. En nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Med Clin (Barc). 2011; 137:30.e1-e13.
11. Masia R, Sala J, Marrugat J, Pena A. Prevalencia de fibrilación auricular en la provincia de Girona. El estudio REGICOR. Rev Esp Cardiol. [Internet]. 2001 [Citado 10 de julio de 2011]; 54(10): [Aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/prevalencia-fibrilacion-auricular-provincia-girona/articulo/13019378/>
12. Gillis AM, Skanes AC. Comparing the 2010 North American and European atrial fibrillation guidelines. Can J Cardiol. [Internet]. 2011 [Citado 10 de julio de 2011]; 27(1): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21329856>
13. Candel FJ, Matesanz M, Cogolludo F, Candel I, Mora C, Bescos T, et al. Prevalencia de fibrilación auricular y factores relacionados en una población del centro de Madrid. An Med Interna. [Internet]. 2004 [Citado 10 de julio de 2011];

21(10): [Aprox. 5p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992004001000003&script=sci_arttext

14. Benet M, Morejón A, Espinosa AD, Orlando O, Peraza D, Orduñez PO. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Medisur. [Internet]. 2010 [Citado 10 de julio de 2011]; 8(2): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1166>

15. Nieuwlaat R, Capucci A, Camm J, Olsson B, Andresen D, Davies W, et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC Member Countries. The EuroHeart Survey on Atrial Fibrillation. Eur Heart J. [Internet]. 2005 [Citado 10 de julio de 2011]; 26(22): [Aprox.12p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16204266>

16. Peinado R, Arribas F, Ormaetxe JM, Badia X. Diferencias en la calidad de vida según el tipo de fibrilación auricular. Rev Esp Cardiol. [Internet]. 2010 [Citado 10 de julio de 2011]; 63(12): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/diferencias-calidad-vida-segun-el/articulo/13188301/>

17. Stiell IG, Macle L. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: management of recent-onset atrial fibrillation and flutter in the emergency department. Can J Cardiol. [Internet]. 2011 [Citado 10 de julio de 2011]; 27(1): [Aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21329861>

18. Benito L, Hoyo J, Montroig A, Fornés B, Fluxá G, Martí D, et al. Estudio sobre los efectos adversos de los fármacos antiarrítmicos en pacientes con fibrilación auricular atendidos en un Centro de Atención Primaria. Med Clin (Barc). [Internet]. 2010 [Citado 10 de julio de 2011]; 137(6): [Aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311003204>

19. Ruiz M, Romo E, Mesa D, Delgado M, Anguita M, López A, et al. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: prevention of stroke and systemic thromboembolism in atrial fibrillation and flutter. Can J Cardiol. [Internet]. 2011 [Citado 10 de julio de 2011]; 27(1): [Aprox. 16p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21329865>

20. Ho LY, Siu CW, Yue WS, Lau CP, Lip GY, Tse HF. Safety and efficacy of oral anticoagulation therapy in Chinese patients with concomitant atrial fibrillation and hypertension. J Hum Hypertens. [Internet]. 2011 [Citado 10 de julio de 2011]; 25(5): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20596062>

Dr. Sergio Luis Montes de Oca. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico «Dr. León Cuervo Rubio». Pinar Del Río. Correo electrónico: sluis011171@princesa.pri.sld.cu
