

# Valores y preferencias de los pacientes

(PARTE 1)

## Patients values and preferences

Grand B E

*Médica Hematóloga. Hospital "Juan A Fernández". CABA.  
Facultad de Medicina de la UBA.*

*bgrand@arnet.com.ar*

*Fecha de recepción: 10/03/2014  
Fecha de aprobación: 21/04/2014*



ARTÍCULO  
ESPECIAL

HEMATOLOGÍA, Vol. 18 N° 2: 126-132  
Mayo - Agosto 2014

### Resumen

Durante siglos, el principio de beneficencia permaneció inalterable como el primer principio de la práctica médica. Recién a partir del último cuarto de siglo la autonomía del paciente aparece como un principio moral *prima facie*, de igual o mayor importancia que el de beneficencia. El principio más importante de la ética médica es el bien del paciente. Sin embargo este bien que aporta la medicina debe aplicarse en relación con los bienes propios del paciente: sus deseos, valores, necesidades y tipo de vida que está dispuesto a vivir. Estos valores propios del paciente son únicos para él, no los puede definir el médico, el familiar u otra persona. Los valores y preferencias del paciente son reconocidos como un elemento esencial en la decisión de tratamientos.

En el caso particular de la hematología los valores y preferencias del paciente son fundamentales al momento de decidir la terapéutica anticoagulante para prevenir el accidente cerebrovascular isquémico. Es el objetivo de este artículo desarrollar este tema y resaltar su importancia en decisiones terapéuticas.

**Palabras claves:** Valores y preferencias de los pacientes; autonomía de los pacientes

### Abstract

For centuries, physician beneficence went unchallenged as the first principle of medical ethics. It was not until a quarter of a century ago when patient's autonomy was asserted as a *prima facie* moral principle of equal or greater weight than beneficence. The first principle of medical ethics, the end to which it is directed is the good of the patient. The medical good must be brought into proper relationship with the other levels of the patient's good. These qualities, preferences, values and the kind of life he wants to live are unique for each patient and cannot be defined by the physician, the family or anyone else. Patient's values and preferences are recognized to be essential in deciding treatments.

In particular in hematology patient's values regarding the relative importance of preventing stroke and avoiding bleeding are now recognized to be of great importance in deciding on therapy prevention of stroke. We intend with this article highlight the importance of considering patients values and preferences when deciding therapy.

**Key words:** Patients values and preferences; patients autonomy;

## Introducción:

En la antigüedad clásica se decía a propósito del buen médico: *herba, non verba*: remedios no palabras. El verdadero saber médico está en las manos no en la boca. De ahí que Virgilio denominara a la medicina *muta ars*, arte muda. No siempre se ha informado a los pacientes, ni siempre se ha creído que se les debiera informar. Si recordamos el Juramento Hipocrático la veracidad no está considerada y aún menos la opinión del paciente en la toma de decisiones.<sup>(1)</sup> La confidencialidad está claramente explícita, al igual que la postura frente a algunas prácticas como el aborto y la eutanasia.

La palabra no se utiliza en la medicina griega para comunicar al paciente su estado de enfermedad y respetar sus decisiones. El enfermo no debe saber lo que le sucede. Ni él ni sus familiares deben tomar decisión sobre su presente y futuro. Esta actitud paternalista podría entenderse o no ser cuestionable en tiempos donde la posibilidad de ofrecer alternativas diagnósticas o terapéuticas frente a la enfermedad eran mínimas.<sup>(2,3)</sup> Sin embargo persistió hasta tiempos muy cercanos. Hace 2000 años la autonomía del paciente no tenía un papel protagónico.<sup>(4)</sup> Esto explica también porqué el consentimiento informado no ha tenido un sitio en la práctica tradicional de la medicina. Es a partir del siglo XX que se introduce a la autonomía como un principio en el análisis bioético.<sup>(5)</sup> Los temas relacionados con la salud van más allá de la decisión médica.<sup>(6)</sup> Para muchos médicos este enfoque es difícil de entender y aún más de incorporarlo a la práctica médica. En nuestro país fue necesario reforzar estos conceptos con la ley de derechos de los pacientes y más recientemente con la de muerte digna y directivas anticipadas.

Es así como este tema entra en vigencia y la mayor parte de las publicaciones médicas actuales lo introducen al final de los consensos y recomendaciones sobre las prácticas médicas.<sup>(7)</sup> Es el objetivo de este artículo presentar el tema en forma global y luego relacionarlo con situaciones de nuestra especialidad, la hematología.

## Aspectos históricos de impacto bioético referido a los deseos del paciente en nuestro país:

Para empezar el desarrollo y posterior discusión del tema es interesante recordar el debate que planteó

la negación a recibir transfusiones de sangre por parte de los testigos de Jehová. La negativa a aceptar la indicación médica de una transfusión sanguínea por parte de los testigos de Jehová constituye un ejemplo clásico del conflicto entre los principios de beneficencia y autonomía. En 1975 en Argentina se planteó el primer caso referente a transfusiones sanguíneas y el citado culto. Se presentó ante el juez el padre de una mujer mayor de edad que, habiendo dado a luz, presentaba un estado séptico que hacía imprescindible una transfusión sanguínea. Ella y su esposo, ambos testigos de Jehová, se negaron a recibirla. El padre invocó sus intereses y apeló al estado de incapacidad temporaria de la hija a causa de la gravedad del cuadro clínico así como a la necesidad de preservar la salud y resguardar la vida. Frente a ello, el tribunal ordenó realizar todos los tratamientos necesarios para preservar la salud y resguardar la vida. Esta conducta fue luego modificada en el ámbito de la Corte Suprema de Justicia en el llamado Caso Bahamondez. En este caso un paciente debía ser transfundido por hemorragia digestiva y se negaba por ser testigo de Jehová. En primera y segunda instancia se resolvió autorizar a los médicos a realizar el tratamiento, aún en contra de la voluntad del paciente. La Corte Suprema recibió el recurso extraordinario y resolvió el caso en abstracto dado que el paciente ya se había ido de alta. Concluyó por mayoría que se debe respetar la autonomía cuando la conducta del paciente no causa daños a terceros y no busca el suicidio, pretendiendo sólo mantener las ideas religiosas que profesa.

A su vez es importante revisar qué dice la Constitución Nacional sobre el tema. El artículo 19 dice que: "... las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y la moral pública ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de magistrados". Los hombres pueden disponer de sus actos, de su obrar, de su propio cuerpo, de su propia vida de cuanto les es propio. Por lo tanto en consecuencia, más allá de si Bahamondez sea o no creyente de un determinado culto posee incuestionable poder jurídico para rehusar ser transfundido sin su consentimiento.

Por otra parte revisando la ley 17.132 del ejercicio de la medicina esta dispone en su artículo 19 en forma clara y categórica que "... los profesionales que ejercen la medicina deberán entre otras obligaciones, respetar la voluntad del paciente en cuanto sea ne-

gativa a internarse o no tratarse”, con excepción a los supuestos que allí expresamente se contemplan.<sup>(3)</sup> La medicina ha ido cambiando en los últimos años de un paradigma clásico a uno moderno. En el paradigma clásico por tener en sus manos lo más preciado de la vida de las personas, por lo general su vida y su muerte, los profesionales médicos son responsables de los bienes primarios. La consecuencia es que son ellos los que tienen el poder y la autoridad de definir lo que es bueno para los demás. El médico es el que dice lo que es beneficioso para las personas, busca el beneficio para el paciente. Pero no tiene en cuenta el interés del paciente al decidir su beneficio. De ahí que la ética del paradigma clásico niegue de una parte, la autonomía del paciente para definir lo que quiere y atribuye al profesional la obligación de definir el beneficio. Eso es lo que conocemos como paternalismo.<sup>(4)</sup> La ética del paradigma clásico ha sido siempre paternalista. Los profesionales tenían que guardar el secreto de lo que veían, tal como lo dice el Juramento Hipocrático.<sup>(1)</sup> Es un deber moral del profesional, no un derecho del paciente.<sup>(3)</sup> En las últimas décadas se ha producido un cambio fundamental en la percepción social y la reflexión teórica sobre las profesiones. La toma de decisiones es ahora un proceso conjunto, en el que nadie manda todo y tampoco nadie obedece del todo. Hay una responsabilidad compartida. Hoy en día el secreto profesional es un derecho del paciente, derivado de los derechos de la intimidad, la privacidad y la libertad de conciencia. El primer código de los derechos del paciente data de 1972. El principal derecho de los pacientes es el del consentimiento informado. Si el paciente puede gestionar sobre su cuerpo y por lo tanto su vida y su muerte, es lógico que deba ser informado por el médico de lo que se vaya a hacer en su cuerpo y que tenga poder y libertad de consentirlo o rechazarlo. El derecho al consentimiento informado es el símbolo del paso del absolutismo médico clásico a la teoría liberal del ejercicio de la profesión. Toda la tesis liberal está basada en la definición de unos derechos. Son los llamados derechos humanos. En la teoría clásica los profesionales eran los que tenían deberes profesionales específicos, pero esos deberes no eran correlativos a los derechos de los pacientes. Son los derechos de los ciudadanos los que definen los deberes de los profesionales. El profesional ya no tiene el poder absoluto sino el poder conferido. El derecho se impone al deber, se requiere de profesio-

nales justos. Se pone énfasis en la justicia.<sup>(8)</sup>

El modelo de relación médico paciente está sufriendo en los últimos años un cambio cualitativo que ha ido parejo a los cambios sociales.<sup>(6)</sup> La demanda de más información ha pasado a ser algo habitual y se puede entender desde la perspectiva de las nuevas tendencias (sociales, bioética) que incluyen, entre otros aspectos, un mayor deseo de los pacientes de participar en su atención, sobre todo en enfermedades crónicas. Este enfoque se contempla hoy en día como un derecho que se reclama de forma casi unánime por la mayoría de los pacientes. El principio de autonomía del paciente considera la relación médico-paciente como un acto de deliberación y colaboración entre ambos. Como consecuencia de este cambio cultural se ha producido una evolución a otro modelo de relación más participativo que concede mayor autonomía y capacidad de cooperación a los pacientes en la toma de decisiones.<sup>(8,9)</sup>

Es importante poder entender lo anteriormente expuesto. Sin embargo en la práctica esto no parece haberse incorporado con facilidad en la mentalidad de los médicos al momento de tener que relacionarse con el paciente.<sup>(10)</sup> En medicina ya tenemos varias décadas de experiencia en este tipo de modelo y los resultados no son tan buenos como cabría esperarse.

### Situaciones de la práctica diaria

Pasemos entonces a analizar dos situaciones médicas que puedan ilustrar este tema:

Un hombre de 85 años con una fibrilación auricular (FA) crónica se encuentra anticoagulado hace 4 años. Inició el tratamiento después de un accidente cerebrovascular (ACV) del cual se recuperó casi completamente. Durante el último año se agregó como complicación episodios de anemia recurrente con diagnóstico de angiodisplasia intestinal. Requiere tratamiento con hierro en forma permanente y ha sido transfundido en dos oportunidades. Se descompensa en su domicilio y es llevado a la guardia. El equipo médico que lo recibe en la guardia de urgencia con la anemia por el episodio de sangrado intestinal lo transfunde. En base a los criterios de contraindicación de anticoagulación se le suspende la anticoagulación y es dado de alta con esta indicación. El médico de seguimiento domiciliario que le asigna su cobertura sigue con estas indicaciones. El hematólogo de cabecera es consultado por el paciente quien es acompañado por la familia.

**Aspectos médicos:** La anticoagulación es el tratamiento de elección para pacientes con FA. La presencia de factores de riesgo previos como el ACV incrementa el riesgo de nuevo ACV si el paciente no se anticoagula. La hemorragia es una complicación que se presenta en pacientes anticoagulados. El riesgo aumenta si tiene alguna lesión que predispone al sangrado.

**Se plantean dos alternativas:** seguir con anticoagulación con riesgo de hemorragia digestiva y mayor anemia o suspender la misma con riesgo de ACV.

**Deliberación:** El paciente y sus hijas plantean las dudas que les surgen luego de las indicaciones dadas de suspender el tratamiento anticoagulante. Tienen presente el episodio de ACV que motivó la indicación de anticoagulación y no quieren que vuelva a repetirse o tratar de prevenirlo.

Este ejemplo muestra la deliberación y toma de decisiones del médico en conjunto con las preferencias y valores del paciente y su familia, quien es su representante dado que por la edad y dificultades de movilización no siempre puede concurrir a la consulta. Podríamos decir que el aporte de la ética aristotélica a este caso es un ejemplo claro de la importancia de la misma en la búsqueda del justo medio, la incorporación de los valores y preferencias y otros aspectos que nos permiten manejar el caso como es el conocimiento previo del paciente y el entorno familiar.

Otro escenario es el de una mujer de 34 años con un reemplazo valvular mitral mecánico (RVM) efectuado 12 años atrás, se encuentra anticoagulada en forma crónica con anticoagulantes orales (AO) en este caso acenocumarol. Concorre al servicio de obstetricia embarazada de 8 semanas habiendo suspendido por su cuenta los AO porque al leer el inserto de esta droga el mismo, refiere que prefiere cambiar a tratamiento con heparina.

**Aspectos médicos** Los AO pueden atravesar la placenta con riesgo de malformaciones fetales sobre todo en primer trimestre y sangrado al final del mismo. Una opción es reemplazarlos por heparinas de bajo peso molecular (HBPM) durante el primer trimestre y luego volver a los AO porque en esta situación clínica de RVM protegen más a la madre de una trombosis valvular. Luego al final del embarazo se vuelve a indicar HBPM para evitar riesgo hemorrágico cercano al parto. Este tratamiento con HBPM es menos efectivo que los AO para cubrir la posibilidad de una

trombosis de la válvula, en particular con válvulas antiguas u otros factores de riesgo asociados.

**Se plantean dos alternativas:** Pasar a anticoagulantes orales pasado el período de mayor riesgo de malformaciones como sugiere el equipo médico o seguir con heparina todo el embarazo como prefiere la paciente. La elección se divide entre beneficiar por un lado a la madre con el mejor tratamiento antitrombótico sin riesgo de malformación fetal o por el otro beneficiar al feto dado que las HBPM no le pasan al feto pero se incrementaría el riesgo de trombosis valvular.

**Deliberación:** En la revisión reciente del año 2012 sobre el manejo de anticoagulación se introduce un párrafo dedicado a las preferencias y valores de los pacientes en estas situaciones. En el mismo plantean las diferentes opciones y refuerzan la importancia de los valores y preferencias del paciente en la elección de las opciones. En este caso se explicó adecuadamente cada una de las opciones. Comprendió su riesgo y aceptó recibir el tratamiento combinado de heparina al inicio seguido de AO y HBPM al final de la gestación. Para mujeres embarazadas con válvulas cardíacas mecánicas la decisión relacionada con la elección del anticoagulante es tan dependiente de sus valores y preferencias (riesgo de trombosis vs. anomalías fetales) que el consenso del ACCP 2012 sugiere un abordaje individualizado.<sup>(12)</sup> Las mujeres con estas situaciones deben ser adecuadamente informadas y sus valores y preferencias ser considerados. Si a juicio médico la evidencia en forma fuerte indica un alto riesgo trombótico para la mujer la recomendación debe inclinarse a favor del uso de anticoagulación oral. Los valores en caso de muy alto riesgo trombótico para la madre superan aquellos relacionados con evitar los riesgos para el feto. Sin embargo aquella mujer que considera priorizar el riesgo fetal, elegirá el uso de heparina sobre los anticoagulantes orales. Se concluye que debido a la falta de certeza clara sobre los riesgos basales en estas situaciones, el conocimiento de los valores y preferencias de tratamiento de la mujer son cruciales al momento de tomar la decisión. No hay estudios efectuados sobre este tema en embarazo.

## Discusión

En los últimos años los valores y preferencias de los pacientes se mencionan cada vez más como un ele-

mento básico en la toma de decisiones. Pero sólo en raras ocasiones se cumple y por lo general no pasa de ser una declaración de interés.

No siempre los deseos del médico coinciden con las preferencias y valores de los pacientes. En el caso particular de la anticoagulación algunas revisiones destacan que el médico tiene más miedo a las hemorragias que a las isquemias cerebrales como vimos en el primer caso.<sup>(12,13)</sup> Otro estudio cualitativo muestra las diferentes percepciones que tienen los médicos de la información sobre la anticoagulación, la cual según refiere el autor está influenciada por la experiencia del profesional, las actitudes y un conocimiento variable de la literatura. En el primer caso se priorizó en primera instancia el riesgo hemorrágico, pero no se tuvieron en cuenta los valores y preferencias del paciente. La vuelta al médico hematólogo que lo atendía desde hacía varios años modificó esta decisión. Luego de deliberar sobre los riesgos y beneficios de ambas opciones en conjunto con el paciente y la familia, decidieron aceptar el riesgo hemorrágico en beneficio de disminuir la posibilidad de nueva isquemia cerebral.

Volviendo al tema de las guías y consensos, tema muy frecuente entre los médicos y sociedades científicas. Las mismas asumen que quienes las escriben representan adecuadamente los intereses de los pacientes cuando elaboraron sus recomendaciones.<sup>(12,13)</sup>

Sin embargo, no disponemos de trabajos con pacientes adecuadamente diseñados que nos permitan afirmar realmente cuáles son los valores o preferencias de ellos.

En la Guía de Recomendaciones de Tratamiento Antitrombótico que se publica cada 4 años, en su última edición del año 2012 (ACCP-2012) hay un capítulo entero de Mac Lean y col.<sup>(7)</sup> referido a este tema: "Valores y preferencias en la toma de decisiones de terapéutica antitrombótica". Los autores comentan que tienen una limitación en consensuar sobre este tema dado el relativo bajo número de estudios pequeños que disponemos, con limitaciones metodológicas y gran variabilidad en los hallazgos. Esto los limita a tomar una conducta de opinión confiable. Exponen las siguientes conclusiones: los valores y preferencias del tratamiento antitrombótico varían en forma apreciable entre los individuos. Los estudios hasta el momento disponibles nos dejan con una incertidumbre apreciable sobre cuál es el valor promedio de estos valores entre los pacientes bajo

tratamiento o que requieren iniciar tratamiento antitrombótico. Para la mayoría de los pacientes el uso de anticoagulantes anti vitamina K no presentan efectos negativos sobre la calidad de vida. Algunos refieren preocupación por el efecto secundario de las drogas que revierten el anticoagulante. Si bien la bibliografía y la búsqueda de datos sobre este tema pueden estar sesgadas, el autor resalta la importancia de los valores y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones. Recomienda que dado que hay situaciones médicas en las cuales la indicación del tratamiento antitrombótico no es de fuerte evidencia científica, sólo en el caso de una fuerte evidencia que avale que el tratamiento antitrombótico supera los efectos indeseables, debemos los profesionales dar la recomendación cuando se diseñan las guías.

Con el segundo paciente se introduce un tema interesante que excede los objetivos de este artículo que es el uso de medicamentos en el embarazo. Suele suceder que los intereses de la madre se inclinan hacia su hijo y los del médico hacia la madre. La postura médica es razonable si se piensa que si la madre se muere por una complicación de trombosis de la válvula mecánica, puede morir el hijo. Pero no por ello puede el médico tomar la decisión en forma unilateral. Se plantea de esta forma, un tema que probablemente sea objeto de un debate mayor en los próximos años: ¿Qué conducta tiene que tomar el médico frente a situaciones médicas que no comparte con las preferencias del paciente?

Para desarrollar este tema es interesante el planteo que hace del mismo Edmund Pellegrino bajo el título de los desafíos de la autonomía del médico.<sup>(8,9)</sup> Una faceta abandonada del crecimiento dominante de la autonomía del paciente es el impacto de esta sobre la autonomía del médico. La relación médico paciente es una relación recíproca. En la búsqueda de los aspectos relacionados con la autonomía del paciente con frecuencia se olvida que el médico es un agente moral al igual que el paciente y merece respeto. Parecería paradójico preocuparse por la autonomía del médico cuando es el paciente quien es vulnerable. El médico no puede imponer sus valores al paciente, de la misma forma tampoco lo puede hacer el paciente al médico. La relación médico paciente es una ecuación moral recíproca con reglas y obligaciones. En los EEUU estos desafíos a la autonomía y conciencia del profesional deriva de la evolución de la autonomía del paciente de ser un derecho negativo a uno



positivo. Los derechos del paciente para tomar decisiones relacionadas con sus propios intereses se observaron por primera vez en relación con el rechazo al tratamiento no deseado en 1914; en 1978 se sumó la decisión subrogada y en 1983 se agregó el derecho a participar en las órdenes de no resucitar. Esto llevó al médico a tener que ofrecer tratamientos que el paciente puede querer aun cuando el mismo esté por encima de lo que el médico considera el mejor juicio para este paciente. Estas decisiones desafían el juicio médico sobre lo que él puede considerar una buena medicina. En el caso de los pacientes los deseos de solicitar todo lo que quieran desafían la integridad profesional, desprecia su experiencia y reduce su papel en la toma de decisiones.<sup>(14)</sup> Lo importante a considerar es que esta decisión puede poner, en algunas situaciones, en riesgo al paciente. Lo que demanda puede no estar indicado, ser efectivo o beneficioso. Este desafío es un tema actual de debate. A este debate se suma también el desafío a la autonomía del médico por los deseos y/o demandas al cual se ve enfrentado por presiones políticas y económicas de las instituciones donde desarrolla su profesión.<sup>(8)</sup>

### Comentarios y conclusiones

Durante siglos, la beneficencia por parte del médico permaneció inalterable como el primer principio de la ética médica. Si bien algunos médicos violaron este principio, no hubo una franca oposición hasta hace un cuarto de siglo cuando la autonomía del paciente paso a ser el principio moral *prima facie* de igual o mayor peso que la beneficencia.

Diferentes estudios demuestran que cuando los pacientes están adecuadamente informados, es más fácil que participen activamente en sus cuidados, tomen decisiones acertadas y tengan mayor adherencia a los tratamientos. Este enfoque de la relación médico-paciente supone un cambio cualitativo hacia un mayor protagonismo de los pacientes.

En forma progresiva la autonomía del paciente pasó a ser el principio dominante que define la relación médico paciente. Edmund Pellegrino hace referencia a este tema y dice que como resultado de esta situación surgieron tres conflictos morales serios:

1. La beneficencia y la autonomía se polarizaron uno contra otro cuando deberían complementarse;

2. El reclamo por la autonomía del médico no tuvo lugar.
3. La autonomía ética del médico cayó bajo amenaza por las presiones políticas y socio-económicas que éste debe enfrentar.

Se observa que hay iguales situaciones médicas pero con diferentes opciones diagnósticas o terapéuticas. El médico sólo no puede resolver dado que la opinión del paciente tiene un papel muy importante. Esto se debe a que en la toma de decisiones se resuelven situaciones para el resto de su vida o aún más, las mismas incluyen un riesgo de vida diferente o complicaciones futuras de acuerdo con la elección que se tome.<sup>(8,9)</sup>

El paciente con la información obtenida podrá valorar que riesgos está dispuesto a aceptar o no en base con la elección que haga.

Aunque la intención actual es de contar con documentación que refuerce la importancia de la autonomía del paciente en la toma de decisiones queda aún mucho por resolver en relación con la formación médica para poder entender cómo manejar estas situaciones. En la práctica hay poca difusión y con frecuencia muchos pacientes no han sido adecuadamente informados sobre las diferentes opciones terapéuticas o diagnósticas en relación con su enfermedad. Es importante incorporar en forma práctica la discusión de este punto entre los médicos tanto a nivel asistencial como docente.

Por último al médico se le plantea un conflicto entre los principios de beneficencia y el de autonomía cuando no comparte la decisión del paciente.

Queda esta pregunta abierta a futuros debates en el campo de la bioética.

### Declaración de conflictos de interés

La autora declara no tener conflictos de interés.

### Bibliografía

1. Gracia, D. El juramento Hipocrático. Como arquetipos al blanco, Gracia, D 2004, Cap 10 p 245-264. Triacastela, Madrid
2. Gracia, D. La medicina en el cambio de siglo. Como arquetipos al blanco, Gracia, D 2004, Cap 1 p 17-93. Triacastela, Madrid

3. Outomuro, D. Principio de no-maleficencia. Manual de Fundamentos de Bioética, Outomuro D, 2004, p 83-124. Magister, Buenos Aires
4. Gracia, D. La tradición médica y el criterio del bien del enfermo: El paternalismo médico. Fundamentos de Bioética. Gracia D, 1989, Cap 1 p 23-121. Eudema Universidad, Madrid
5. Beauchamp T. y Childress J F. El respeto por la autonomía. Principios de ética biomédica. Beauchamp T. y Childress J F 1999, p113-178, 4ª Ed. Masson, Barcelona.
6. Salles, A. L. F, La relación médico paciente. Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos, Luna, F. y Salles, A. L. F, 2008, Cap 3 p 137-164. FCE, Buenos Aires.
7. Mac Lean, S. Patient Values and Preferences in Decision Making for Antithrombotic Therapy: A Systematic Review. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, CHEST 2012; 141(2) (Suppl):e1S–e23S
8. Pellegrino E. The four principles and the doctor-patient relationship. The philosophy of medicine reborn. Engelhardt T Jotterand F, 2008 cap 9 p 187-203. University of Notre Dame Press, Indiana.
9. Pellegrino E. Patient and Physician autonomy. The philosophy of medicine reborn. Engelhardt T Jotterand F, 2008 cap 10 p 204-227. University of Notre Dame Press, Indiana.
10. Alonso-Cohello, Solá I, García JM. Valores y preferencias de los pacientes: una asignatura pendiente. J. Aten Primaria, 2005; 35:7-10
11. Aristóteles, Libro I y II. Ética a Nicómaco. Aristóteles, 2001, p 47-93. Alianza, Madrid.
12. Bates S, Greer I, Middeldorp S, Veenstra D, Prabulos A, Vandvik P O. VTE, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9<sup>th</sup> ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141; e691S-e736S
13. LaHaye S, Reggala S, Lacombe S; Sharma M, Gibbens S, Ball D, Francis K Evaluation of patients' attitudes towards stroke prevention and bleeding risk in atrial fibrillation Thromb Haemost 2014; 111: 465–473
14. Lane D and Gregory L. Patient's values and preferences for stroke prevention in atrial fibrillation: balancing stroke and bleeding risk with oral anticoagulation. Thromb Haemost 2014; 111: 381–383