Artículo Original

Consentimiento informado en anestesiología: Un análisis bioético

Informed consent in anesthesiology: A bioethical analysis

Lanz-Martínez, Carlos; Padrón Nieves, Maritza

Carlos Alberto Lanz Martínez
carlosalanz@gmail.com
Médico Anestesiólogo. Fundación Hospital Ortopédico Infantil, Caracas

Maritza Padrón Nieves
mapadron43@gmail.com
Dra. en Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Centro Nacional de Bioética (CENABI). Caracas, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 15, núm. 3, e479, 2026
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 22 de junio de 2026
Aprobación: 02 de noviembre de 2026

DOI: https://doi.org/10.37910/RDP.2026.15.3.e479

Cómo citar: Lanz-Martínez C, Padrón M. Consentimiento informado en anestesiología: Un análisis bioético. Rev. Digit Postgrado 2026; 15(3): e479.doi.10.37910/RDP.2026. 15.3. e479

Resumen: Introducción: el consentimiento informado (CI) en anestesiología debe conciliar la autonomía del paciente con la construcción de confianza en una relación médico-paciente habitualmente breve. Se evaluó el proceso de CI en anestesiología en la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI), Caracas. Métodos: Es estudio cualitativo y análisis documental desde un enfoque fenomenológico en el que se realizaron entrevistas a profundidad a siete anestesiólogos adscritos al servicio (año 2022) y se analizó el formato estándar de CI utilizado. Las transcripciones se analizaron mediante codificación temática con apoyo del software Atlas.ti, complementada con análisis de frecuencia de términos. Resultados: se evidenció consenso en priorizar la construcción de confianza mediante comunicación empática y lenguaje sencillo, por encima de un enfoque puramente informativo o legalista. Los entrevistados valoraron la confianza como elemento a veces más relevante que el documento firmado, aunque reconocieron dificultad para comunicar riesgos sin generar ansiedad. El formato de CI utilizado fue criticado por ser genérico (centrado casi exclusivamente en anestesia general), omitir riesgos fisiopatológicos relevantes y tener un diseño percibido como ansiógeno. La dimensión medicolegal se reconoció como relevante, particularmente ante la negativa a transfusiones, pero quedó subordinada a la preocupación por la comprensión genuina del paciente. Conclusiones: la práctica del CI en la FHOI mostró mayor afinidad con paradigmas bioéticos relacionales, en los que la confianza opera como principio junto a la autonomía, que con un modelo informativo clásico. Se recomienda revisar y diversificar el formato documental y fortalecer la formación en comunicación de riesgos.

Palabras clave: Consentimiento informado, Anestesia, Autonomía relacional, Confianza, Análisis cualitativo.

Abstract: Introduction: informed consent (IC) in anesthesiology must reconcile patient autonomy with the construction of trust within a typically brief physician-patient relationship. This study evaluated the IC process in anesthesiology at the Fundación Hospital

Ortopédico Infantil (FHOI), Caracas. Methods: qualitative study from a phenomenological framework and documental analysis. In-depth interviews were conducted with seven anesthesiologists on staff (2022), and the standard IC form in use was analyzed. Transcripts were examined through thematic coding supported by Atlas.ti software, complemented by term-frequency analysis. Results: there was consensus on prioritizing trust-building through empathetic communication and plain language over a purely informative or legalistic approach. Participants valued trust as sometimes more significant than the signed document, though they acknowledged difficulty explaining risks without inducing anxiety. The IC form in use was criticized as generic (focused almost exclusively on general anesthesia), omitting relevant pathophysiological risks, and having a format perceived as anxiety-inducing. The médico-legal dimension was acknowledged, particularly regarding refusal of transfusions, but remained secondary to concern for genuine patient understanding. Conclusions: IC practice at FHOI showed greater alignment with relational bioethical paradigms, in which trust operates as a co-principle alongside autonomy, than with a classic informative model. Revision and diversification of the documentary format and strengthened training in risk communication are recommended.

Keywords: Informed consent, Anesthesia, Relational autonomy, Trust, Qualitative analysis.

INTRODUCCIÓN

Previo al acto quirúrgico, el paciente recibe orientación del anestesiólogo durante la consulta preanestésica, encuentro que culmina con la lectura y aceptación escrita del consentimiento informado (CI) [1,2]. Esta consulta busca, además, ampliar el breve y a menudo anónimo contacto que el paciente tiene con el anestesiólogo durante el acto quirúrgico, dado que permanece sedado o inconsciente durante el mismo [3]. Existe evidencia consistente sobre el valor de la consulta preanestésica para reducir la ansiedad prequirúrgica [4–6], pero las deficiencias en la comunicación de los procedimientos y sus riesgos dificultan que el paciente alcance una comprensión completa, lo que puede inducir ansiedad en sentido contrario al propósito de la consulta. La conversión progresiva del CI en un requisito medicolegal, asociada al incremento de la medicina defensiva, puede además deteriorar la confianza del paciente en su médico [7].

La literatura reconoce las limitaciones de un modelo de CI puramente informativo, que presupone un paciente racional capaz de procesar exhaustivamente la información recibida (8). Investigaciones previas en distintos contextos muestran comprensión variable de los pacientes sobre los riesgos anestésicos [8-10], formación insuficiente de los profesionales en el proceso de obtención del CI [11-15] y formatos documentales que no siempre reflejan adecuadamente la práctica dialógica.

La normativa venezolana —las normas de la Sociedad Venezolana de Anestesiología y la Ley del Ejercicio de la Medicina [1,16]— exige el cumplimiento del proceso de información y su documentación escrita en concordancia con la literatura internacional que respalda el consentimiento informado como práctica estándar [2,16-20].

Cabe entonces preguntarse cómo han experimentado los anestesiólogos de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI) el proceso de CI durante la consulta preanestésica, y si consideran posible

conciliar la autonomía del paciente con la construcción de una relación de confianza, sin que ello comprometa la solidez medicolegal del proceso.

El objetivo general de este estudio fue evaluar el proceso de consentimiento informado que realizan los anestesiólogos de la FHOI en Caracas, Venezuela (año 2022). Como objetivos específicos se planteó: analizar la opinión de los anestesiólogos sobre la posibilidad de explicar los riesgos anestésicos de modo que sean aceptados con conocimiento pleno; examinar su apreciación sobre el logro de una relación de confianza con los pacientes; contrastar sus puntos de vista sobre la importancia del aspecto medicolegal del CI; y determinar los aspectos bioéticos del procedimiento utilizado en el servicio para obtener el consentimiento.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo basado en entrevistas a profundidad y análisis documental, en el Servicio de Anestesiología de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI), Caracas, Venezuela, desde un enfoque fenomenológico. La población estuvo constituida por la casi totalidad de los siete médicos anestesiólogos adscritos al servicio, exceptuando al autor, durante el período de estudio (año 2022), quienes fueron invitados a participar en su totalidad. Se emplearon dos fuentes de datos. La primera fueron entrevistas a profundidad individuales, realizadas a cada uno de los siete participantes según un guion predefinido orientado a explorar sus percepciones, experiencias y prácticas en torno al proceso de CI hasta lograr la saturación de dichas entrevistas (Figura 1). Las entrevistas fueron registradas en audio y video, y transcritas textualmente para su análisis, la segunda fuente fue el análisis documental del formato estándar de CI para anestesia general utilizado por el servicio.

1	¿Usted cree que se puede comunicar en lenguaje fácilmente comprensible los procedimientos a ser realizados durante el perioperatorio?
2	¿Estima Ud. posible la comunicación en lenguaje sencillo los riesgos inherentes a la anestesia de modo claro y completo?
3	¿Cree Ud. posible que el paciente pueda expresar una retroalimentación cierta sobre la información suministrada durante la entrevista con el paciente?
4	¿Estima Ud. posible comprender las causas de la resistencia de un paciente a no consentir?
5	Durante la entrevista ¿Cree que pueda percibir si hay empatía del paciente hacia Ud.?
6	¿Cree posible el establecimiento de una relación de confianza del paciente hacia Ud.?
7	¿Estima Ud. que es importante una relación de confianza entre el paciente y el anestesiólogo?
8	¿Cómo podría mejorarse la relación médico-paciente para lograr un nivel de confianza adecuado?
9	¿El hecho que Ud. no sea el anestesiólogo que acompañará al paciente en la cirugía influye en el nivel de confianza conveniente para el acto anestésico?
10	¿Cuáles cree Ud. que son los aspectos médico-legales más relevantes del consentimiento informado?
11	¿Podría expresar cuáles son los aspectos médico-legales del consentimiento informado que más le preocupan?
12	¿Cuáles son las situaciones más complejas desde el punto de vista médico-legal para lograr el consentimiento informado de un paciente?
13	¿Estima Ud. que la autonomía del paciente influye en su consentimiento del acto anestésico?
14	¿Considera Ud. que debe realizarse el proceso de consentimiento informado de manera de no producir un daño en el paciente por el modo de comunicar los riesgos de la anestesia?
15	¿Cómo considera Ud. que el paciente debe ser tratado durante la entrevista, de un modo educado y paciente, o debe informarse fríamente los datos pertinentes para que el paciente esté informado sobre el acto anestésico?

FIGURA 1. Guión de entrevista a los anestesiólogos del Servicio de Anestesiología de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil (FHOI)

Se aplicó análisis de contenido cualitativo a las transcripciones, mediante lecturas repetidas, identificación de temas emergentes, codificación de segmentos relevantes y agrupación de los códigos en categorías temáticas (comunicación, confianza, riesgos, aspectos legales, entre otras), con apoyo del software Atlas.ti. De manera complementaria, se realizó un análisis de frecuencia de términos clave, visualizado mediante

mapa de árbol de conceptos (Figura 2) y nube de conceptos (Figura 3), con el fin de corroborar cuantitativamente la prominencia de los temas identificados cualitativamente.

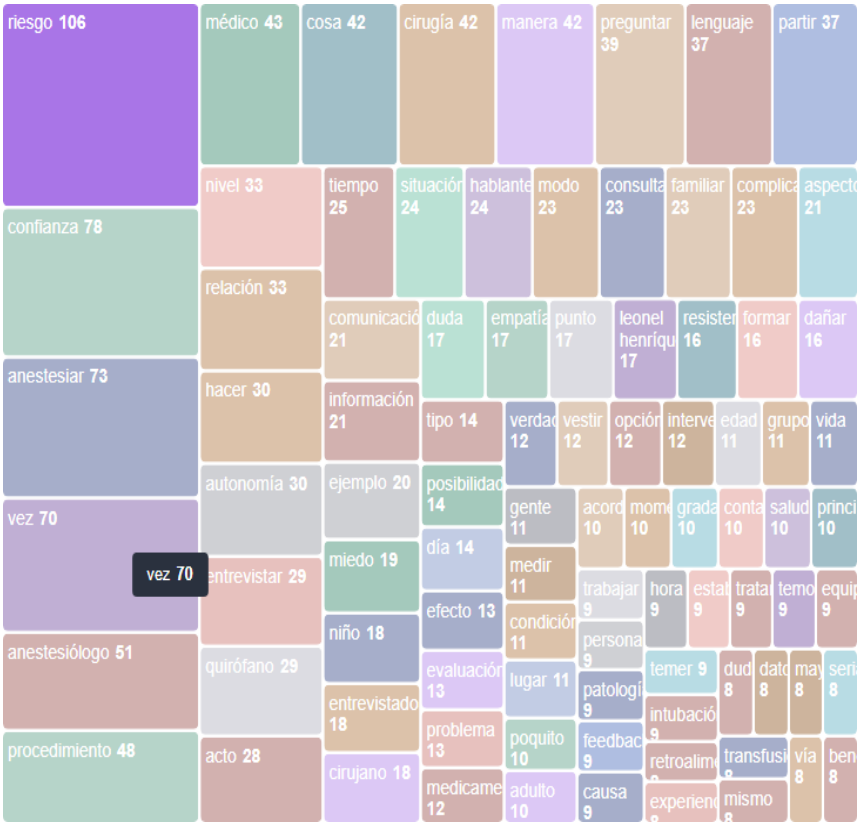


FIGURA 2. Mapa de árbol de conceptos



FIGURA 3. nube de conceptos del análisis de frecuencia de términos (Atlas.ti)

El estudio fue sometido a consideración y aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Ortopédico Infantil. Se garantizó la confidencialidad de la información y se obtuvo el consentimiento informado de cada participante para participar y para el registro de las entrevistas, respetándose en todo momento su autonomía.

Este es un texto asistido por IA (Atlas.ti) para la transcripción de las entrevistas y la codificación y categorización de la transcripción. Se utilizó Gemini para la revisión gramatical del manuscrito.

RESULTADOS

El análisis de las entrevistas mostró una práctica del CI en la FHOI caracterizada por un marcado énfasis en la dimensión humana y relacional, no exenta de desafíos y de aparentes contradicciones. El análisis de frecuencia de términos corroboró la centralidad de ciertos temas: "riesgo" (106 menciones), "confianza" (78 menciones), términos asociados a "anestesiar" (73 menciones) y "anestesiólogo" (51 menciones), entre los más frecuentes.

Comunicación como eje del proceso. Hubo consenso en la necesidad y viabilidad de transmitir información mediante lenguaje sencillo, adaptado al nivel de comprensión del paciente. Sin embargo, la exposición de los riesgos se percibió como particularmente complejo: aunque considerado un deber, lograr una comunicación clara y exhaustiva sin alarmar al paciente se estimó "prácticamente imposible" por uno de los entrevistados. Se reportó el uso de analogías y la tentativa de minimizar el impacto adverso de la información, así como la importancia de disponer de tiempo suficiente durante la consulta.

Confianza como fundamento de la relación terapéutica. La confianza fue el elemento más valorado en la interacción médico-paciente, considerada fundamental por la totalidad de los entrevistados; uno de ellos afirmó que la confianza depositada en el equipo médico tiene, a su juicio, mayor peso que la firma del documento de consentimiento. Esta confianza se describió como objeto de construcción activa mediante un trato empático, cordial y respetuoso, con rechazo unánime hacia abordajes fríos o impersonales. El cambio de anestesiólogo entre la consulta y el acto quirúrgico se reconoció como un factor que puede menoscabar la confianza establecida; la estrategia comunicacional para mitigarlo se centró en enfatizar la cohesión y consistencia del equipo profesional del servicio.

El proceso y el instrumento documental del CI. La resistencia del paciente a consentir se interpretó como derivada del miedo, la desinformación o la percepción del CI como un formalismo legal defensivo, siendo la objeción a transfusiones por motivos religiosos la excepción más conspicua. Se reconoció la autonomía del paciente, ofreciéndole alternativas cuando era posible, aunque en la práctica se prioriza la confianza y el bienestar integral sobre una información exhaustiva que pudiera resultar perjudicial (no maleficencia). El formato documental específico de la FHOI fue objeto de críticas relevantes, coincidentes con el análisis directo del documento: se centra casi exclusivamente en "anestesia general", omitiendo otras técnicas (regional, sedación); enfatiza riesgos anatómicos o instrumentales y omite complicaciones fisiopatológicas relevantes (hipotensión, broncoespasmo); su enumeración taxativa de riesgos se consideró potencialmente ansiógena; y se identificó la necesidad de formatos más personalizables según el procedimiento y el paciente.

Dimensiones bioéticas y médico legales. Los anestesiólogos mostraron sensibilidad hacia los principios bioéticos: se procuraba la beneficencia (mitigación de la ansiedad, aseguramiento de resultados óptimos), se respetaba la autonomía, se intentaba observar la no maleficencia y se aplicaba la justicia en el trato. No obstante, fue palpable la tensión entre informar (autonomía) y no causar angustia (no maleficencia), gestionando la confianza como un principio bioético operativo. La dimensión medicolegal se reconoció como relevante y fuente de preocupación, vinculada a la posibilidad de que una comprensión deficiente derive en reclamaciones, e incluso se plantearon cuestionamientos sobre la validez jurídica final del documento firmado ante una complicación severa.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que la práctica del CI en el servicio de anestesiología de la FHOI, aun siendo sensible a los principios bioéticos fundamentales, muestra mayor afinidad con un paradigma relacional en el que la confianza opera como componente esencial, como principio primario junto a la autonomía. Esto contrasta con abordajes más contractualistas o centrados exclusivamente en la autonomía individual,

predominantes en ciertos discursos teóricos sobre el CI[8]. La priorización observada de la confianza podría interpretarse como una adaptación pragmática a las complejidades propias de la especialidad y, posiblemente, al contexto cultural venezolano, donde los vínculos interpersonales tienen marcada relevancia. Onora O'Neill ha planteado la confianza como un componente obviado en la valoración del CI [21-23]. Reconocer la confianza como principio implica reevaluar los indicadores de éxito del CI, trascendiendo la mera verificación de la transmisión de información para incluir la calidad de la relación construida.

La toma de decisiones compartida (TDC) [24-26] se entrelaza estrechamente con la confianza: el profesional aporta su experiencia y conocimiento, mientras el paciente o sus representantes, en el caso de menores, aportan sus valores y preferencias, sin que estas sean aceptadas sin cuestionamiento si resultan irrazonables. La confianza permite que el paciente se sienta seguro al compartir información personal y participar activamente en la deliberación; sin ella, la relación médico-paciente se debilita y el consentimiento corre el riesgo de percibirse como un mero trámite administrativo. En población pediátrica, esta dinámica se complejiza porque la capacidad de decisión autónoma del niño evoluciona con su desarrollo, de modo que el proceso involucra el permiso de los padres y, en proporción a la edad del menor, su asentimiento [27].

Frente a las limitaciones de un modelo de CI puramente informativo —sobrecarga de información, burocratización del proceso y desatención de los valores individuales y del rol de la confianza— han emergido modelos alternativos pertinentes para interpretar los hallazgos de este estudio: el CI como proceso continuo de diálogo evolutivo, antes que un evento puntual; la toma de decisiones compartida como colaboración activa entre profesional y paciente; el CI basado en la confianza, que legitima la confianza merecida como base válida de la decisión sin excluir el derecho a más información; el enfoque centrado en la comprensión, que privilegia la inteligibilidad mediante lenguaje claro y apoyos visuales; y el CI personalizado, que adapta la cantidad de información a las necesidades de cada paciente. La práctica observada en la FHOI parece incorporar elementos de varios de estos modelos, particularmente el énfasis en la confianza y la comunicación adaptada de manera intuitiva más que sistemáticamente formalizada.

La estrategia de enfatizar la cohesión del equipo ante el cambio de anestesiólogo entre la consulta y la cirugía refuerza la noción, planteada por O'Neill [21], de que la confianza en entornos institucionales complejos puede depositarse no solo en el profesional individual sino también en la estructura organizacional y su competencia colectiva percibida; para que esta confianza institucional sea legítima se requieren estándares de práctica consistentes y una cultura organizacional que promueva la seguridad del paciente.

Las críticas formuladas al documento de CI de la FHOI: su carácter genérico, sus limitaciones en la descripción de riesgos y su potencial efecto ansiógeno, evidencian una brecha entre la herramienta documental disponible y las necesidades de un proceso de CI éticamente robusto y adaptado a la diversidad de la práctica anestesiológica. Esta discrepancia entre el esfuerzo relacional de los profesionales y las limitaciones del formato constituye, en sí misma, un hallazgo bioéticamente relevante.

CONCLUSIONES

El objetivo general de evaluación del proceso de consentimiento informado reveló un enfoque pragmático centrado en la construcción de confianza mediante comunicación empática, que trasciende la concepción del CI como acto meramente informativo o formalismo legal. En la posibilidad de explicación exhaustiva de los riesgos inherentes se evidenció la dificultad de comunicación efectiva de los riesgos. Los informantes valoran positivamente las competencias comunicacionales orientadas a la relación terapéutica, aunque enfrentaron dificultades sustanciales para comunicar riesgos sin generar ansiedad indebida.

Los participantes manifestaron la importancia de crear una relación de confianza entre los miembros de grupo de anestesiólogos con los pacientes y sus familiares, de modo que puede plantearse un principio bioético de confianza en la construcción del proceso de consentir por parte del paciente y su familia, complementario al principio de autonomía que tradicionalmente ha sustentado al proceso de consentir.

La relevancia del aspecto médico legal del CI fue manifestada por los informantes, en particular en relación a la posibilidad de una complicación posible y la comprensión por parte del paciente de esta eventualidad. También los participantes revelaron la posible discordancia entre los imperativos éticos de la profesión y las convicciones religiosas de los pacientes.

El análisis bioético constató una tensión entre el deber de informar (autonomía) y el imperativo de no causar daño o angustia (no maleficencia), tensión que los profesionales resolvieron habitualmente priorizando la relación de confianza y el bienestar integral del paciente, por lo que sugerimos el reconocimiento de un principio de confianza como base del proceso de informar al paciente y a la familia. Esto puede constituir un procedimiento de decisión compartida en que las resoluciones terapéuticas sean elegidas mediante un diálogo en el que estén incluidos los valores de ambas partes de la díada médico-paciente (familia).

El instrumento documental estandarizado utilizado en la institución fue percibido como inadecuado por su carácter genérico, sus limitaciones en la descripción de riesgos y técnicas, y su potencial efecto ansiógeno. Aunque se reconoció la relevancia medicolegal del CI, la preocupación ética primordial en la práctica clínica radicó en la comprensión genuina del paciente y en el mantenimiento de una relación terapéutica sólida.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece a los anestesiólogos del Servicio de Anestesiología de la Fundación Hospital Ortopédico Infantil por su participación voluntaria en este estudio.

REFERENCIAS

1. Sociedad Venezolana de Anestesiología. Normas de seguridad para el ejercicio profesional de la Anestesiología en Instituciones públicas y privadas de la República Bolivariana de Venezuela [Internet]. Caracas: 2014 [citado 22 de junio de 2026]. Disponible en: https://mjgtsimnzqpj57qf.public.blob.vercel-storage.com/documents/safety-standards.pdf
2. Mc Leod A, Bogod D, Brooks J, Devlin M, Joseph-Williams N, Rehana Iqbal, *et al*. Consent for anaesthesia: guidelines from the Association of Anaesthetists - McLeod - Anaesthesia - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2026 Sep 15]. Available from: https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.70283
3. Alfaro-Victoria DF. El consentimiento informado en la práctica anestésica. Rev Mex Anestesiol. 2006 Jun;29(Supl 1):S106-108.
4. Davidson S, McKendrick D, French T. Preassessment clinic interview and patient anxiety. Saudi J Anaesth. 2016 Dec;10(4):402-408.
5. Mathew A, Koshy P, Mariyam S, Ipe S, Ramasami P. The role of demystifying anaesthesia in allaying anxiety and improving post-operative patient satisfaction in a tertiary care centre: a randomised control trial. Indian J Clin Anaesth. 2020 Jun 28;7(2):272-278.
6. Porcar E, Peral D. Utilidad de la consulta preanestésica para disminuir el grado de ansiedad en pacientes programados para intervención quirúrgica. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2020 Dec 1;67(10):545-550.
7. Bromwich D. Plenty to worry about: consent, control, and anxiety. Am J Bioeth. 2012 Mar;12(3):35-36.
8. Beauchamp TL. Informed consent: its history, meaning, and present challenges. Camb Q Healthc Ethics. 2011 Oct;20(4):515-523.
9. Chrimes, N. and Marshall, S.D. (2018), The illusion of informed consent. Anaesthesia, 73: 9-14.
10. Chrimes, N.C., Marshall, S.D. and Turner, M.C. (2025), The paradox of informed consent. Anaesthesia, 80: 1441-1445.
11. Zarnegar R, Brown MRD, Henley M, Tidman V, Pathmanathan A. Patient perceptions and recall of consent for regional anaesthesia compared with consent for surgery. J R Soc Med. 2015 Nov;108(11):451-456.
12. Sherlock A, Brownie S. Patients' recollection and understanding of informed consent: a literature review. ANZ J Surg. 2014 Apr;84(4):207-210.
13. Waisel DB, Lamiani G, Sandrock NJ, Pascucci R, Truog RD, Meyer EC. Anesthesiology trainees face ethical, practical, and relational challenges in obtaining informed consent. Anesthesiology. 2009 Mar 1;110(3):480-486.
14. Jukić M, Kvolik S, Kardum G, Kozina S, Tomić A, Juraga D. Knowledge and practices of obtaining informed consent for medical procedures among specialist physicians: questionnaire study in 6 Croatian hospitals. Croat Med J. 2009 Dec;50(6):567-574.

15. Weise A, Lühnen J, Bühn S, Steffen F, Zacher S, Lauberger J, *et al.* Development, piloting, and evaluation of an evidence-based informed consent form for total knee arthroplasty (EvAb-Pilot): a protocol for a mixed methods study. Pilot Feasibility Stud. 2021 May 13;7(1):107.
16. República Bolivariana de Venezuela, Asamblea Nacional. Ley de Reforma de la Ley de Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N.° 39.823, (19 dic 2011).
17. International Bioethics Committee (IBC) of UNESCO. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on consent. Jahrb Wiss Ethik. 2009 Dec 24;14(1):227-232.
18. American Society of Anesthesiologists, Committee on Ethics. Informed consent in anesthesia [Internet]. Schaumburg (IL): ASA; 2016 [citado 22 de jun 2026]. Disponible en: https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters
19. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. PS26(A) Position statement on informed consent for anaesthesia or sedation [Internet]. Melbourne: ANZCA; 2021 [citado jun 2026]. Disponible en: https://www.anzca.edu.au/getattachment/8b5fc230-32a2-41c8-a0c7-3c76e8853f73/PS26-Position-statement-on-informed-consent-for-anaesthesia-or-sedation
20. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Guía de consentimiento informado en anestesiología y reanimación [Internet]. Madrid: SEDAR; 2018 [citado jun 2026]. Disponible en: https://www.sedar.es
21. Jaramillo CAL, Lew JCH. Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O'Neill. Rev Colomb Psiquiatr. 2013 Mar;42(1):120-135.
22. O'Neill O. Autonomy and trust in bioethics. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
23. Ausín T. Autonomía, consentimiento y bioética: la construcción de la confianza en la práctica sanitaria. Ludus Vitalis. 2007;15(28):141-156.
24. Kirkscey R. Bioethical communication: shared decision-making and relational empathy. J Commun Healthc. 2018 Jul 3;11(3):164-174.
25. King JS, Moulton BW. Rethinking informed consent: the case for shared medical decision-making. Am J Law Med. 2006 Dec;32(4):429-501.
26. Palmer Kelly E, Rush LJ, Melnyk HL, Eramo JL, McAlearney AS, Pawlik TM. Which factors influence the approach to shared decision-making among surgeons performing complex operations? J Commun Healthc. 2024 Jan 2;17(1):77-83.
27. Feinstein MM, Pannunzio AE, Lobell S, Kodish E. Informed consent in pediatric anesthesia: a narrative review. Anesth Analg. 2018 Dec;127(6):1398-1405.