

## ARTÍCULO ORIGINAL

Vol. 31. No. 2 Abril-Junio 2008  
pp 101-107

## Consentimiento informado para la anestesia

Acad. Dra. Juana Peñuelas y Acuña,\* Dra. Salomé Alejandra Oriol-López.\*  
Dra. Xóchitl Popoca-Mondragón.\* Dra. Isabel Aguilar-Juárez\*\* Servicio de Anestesiología del Hospital Juárez  
de México.*Solicitud de sobretiros:*Dra. Juana Peñuelas y Acuña  
Martín Mendalde Núm. 935-b, Casa 2, Col. Del  
Valle 03100, Del. Benito Juárez, México, D.F.  
Tel. Cel. 044 5513203610  
E-mail penuelasa@prodigy.net.mx*Recibido para publicación:* 09-01-07*Aceptado para publicación:* 24-05-07

### RESUMEN

El consentimiento informado se ha visto como una justificación ética de las acciones que afectan a otros incluyendo los tratamientos médicos, la investigación clínica y el uso de tejidos humanos. Se ha definido como un concepto ético – legal que refleja el respeto que la sociedad brinda a la autonomía de las personas que la conforman. Un individuo para ejercer su autonomía requiere tener un conocimiento previo del tema. ¿Cuánta información necesita un paciente para aceptar autónomamente la anestesia y la cirugía? La respuesta es el objetivo principal de nuestro trabajo. Se encuestaron 450 pacientes programados para cirugía. Los datos encuestados fueron: edad, género, experiencias anestésico-quirúrgicas previas y se incluyó la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam para detectar principalmente las necesidades de información. Los resultados mostraron un deseo elevado de los pacientes por ser informados pero la intensidad del deseo no siempre fue alta en el caso de la anestesia. El nivel de ansiedad y el requerimiento de información fueron mayores para la cirugía. Todos estos factores dificultan la estructuración del consentimiento informado, sobre todo en instituciones de salud donde el tiempo de atención por paciente es mínimo. Así mismo, surgen cuestionamientos sobre el grado de autonomía que puede ejercer un paciente cuando su necesidad física merma su voluntad.

**Palabras clave:** Consentimiento informado, autonomía, necesidad de información, anestesia.

### SUMMARY

*Informed consent has been seen as an ethic disclaimer of those actions that affect others, including medical treatments, clinical research and the use of human tissues. It has been defined as a legal-ethical concept that reflects the respect of Society towards the autonomy of the individuals that are part of it. To exercise his autonomy, it is necessary for an individual to have a previous knowledge of the topic. How much information does a patient need to autonomously accept anesthesia and surgery? The answer is the main purpose of this study. A survey was conducted on 450 patients with a scheduled surgery. The gathered data included: age, gender, and previous anesthetics and surgery experiences, as well as the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale in order to detect information needs. The outcome showed a high desire for being informed, however this level of desire was not always high for anesthesia. The level of anxiety and information requirement related to surgery was higher. All these factors make it more difficult to establish an informed consent, moreover in the health institutions where the time of attention to the patient is minimal. Additionally, some other questions arise related to the degree of autonomy that a patient can exercise when his physical needs overpass his will.*

**Key words:** Informed consent, autonomy, information needs anesthesia.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 25 años, el consentimiento informado ha sido la discusión central de la práctica médica éticamente aceptable. Se ha visto como una justificación ética de las acciones que afectan a otros incluyendo el tratamiento médico, la investigación y el uso de tejidos humanos<sup>(1)</sup>. Hasta años recientes, el consentimiento se ha visto como una cara de la relación médico-paciente la cual ha evolucionado con base en las ideas del liberalismo individual y la libre elección<sup>(2)</sup>. Polani<sup>(3)</sup> relaciona la evolución del consentimiento en medicina con varios fenómenos: 1. Con los cambios sociales dirigidos a los derechos humanos y los códigos de conducta diseñados para regir las interacciones personales; 2. Con el desarrollo de tratamientos médicos sofisticados y 3. Con el rompimiento de la relación uno a uno (médico – paciente) a partir del desarrollo de la medicina multidisciplinaria.

El consentimiento se ha definido de diferentes maneras, en general se dice que el consentimiento es un concepto ético-legal que refleja el respeto que la sociedad brinda a la autonomía de las personas que la conforman. En la práctica médica la autonomía se refiere a la toma de decisiones de un individuo en su rol de paciente. En este sentido, una dimensión concomitante a evaluar en los estudios sobre la autonomía, es el deseo de información. Los pacientes que buscan información de manera activa, generalmente se consideran con mayor autonomía, dado que la información es una condición necesaria para elegir libre y conscientemente<sup>(4)</sup>. Considerando lo antes dicho, debemos esperar que un paciente que va a someterse a un proceso anestésico – quirúrgico debe aceptar libremente y por separado los beneficios y riesgos que implica tanto la intervención quirúrgica como el procedimiento anestésico.

No obstante, tradicionalmente se cree que al aceptar el paciente la cirugía está aceptando la anestesia y esto es un error, dado que la anestesia tiene sus propios riesgos y consecuencias. Desafortunadamente, en nuestro medio, la consulta de valoración preanestésica no es lo común y frecuentemente se confunde con la visita preanestésica efectuada

por los médicos residentes unas horas antes de la cirugía, por tanto, en la mayoría de los casos, el primer contacto del anestesiólogo con el paciente se efectúa en el quirófano, lugar donde las condiciones para que el paciente ejerza su autonomía son sumamente críticas.

Más aún, las discusiones sobre la obtención del consentimiento informado, a menudo se centran sobre cuánta información necesita el paciente para tomar una decisión, o bien cuánto en realidad desea saber el paciente de los procedimientos a los que se va a someter. Puede desear saber todo, algo o nada. Los estudios publicados sobre la necesidad de informar a los pacientes se refieren más al alivio de la ansiedad que al ejercicio de la autonomía<sup>(5-8)</sup>. Nosotros consideramos necesario conocer cuánto quiere saber el paciente sobre el procedimiento anestésico y sobre el procedimiento quirúrgico a los que va a ser sometido, ya que estos son datos importantes para la estructuración y aceptación del consentimiento informado escrito. Con lo anterior en mente, diseñamos un estudio prospectivo tipo encuesta en pacientes programados para cirugía con objeto de medir cuántos pacientes quieren tener información sobre la anestesia, la cirugía y sobre todo, qué tanta información desean; y compararla con el grado de preocupación o ansiedad que refieran en el cuestionario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Previo autorización del Comité de Ética del hospital, se encuestaron 450 pacientes mayores de 18 años en el período preoperatorio inmediato. Para la encuesta se utilizó un cuestionario integrado por: a) datos de identificación del paciente: nombre, género y edad; b) número de experiencias anestésicas previas y c) el tipo de cirugía a practicar. Se agregó el cuadro de la Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (EAIPA) o (APAIS siglas en inglés). La escala da una opción categórica de respuesta *sí* o *no* sobre cada una de las seis preguntas que la integran (Cuadro I) cuando la respuesta es *sí* se califica la intensidad del *sí* en una escala visual análoga (EVA) del 1 al 5, donde el uno es lo mínimo y 5 lo máximo. La

**Cuadro I.** Escala de Ansiedad e Información Preoperatoria de Amsterdam (EAIPA).

Pregunta	Respuesta		Escala visual análoga				
1. Estoy preocupado(a) por la anestesia	No	Sí	1	2	3	4	5
2. Todo el día pienso en la anestesia	No	Sí	1	2	3	4	5
3. Me gustaría saber lo más posible de la anestesia que me van a dar	No	Sí	1	2	3	4	5
4. Estoy preocupado(a) por la cirugía	No	Sí	1	2	3	4	5
5. Todo el día pienso en la cirugía	No	Sí	1	2	3	4	5
6. Me gustaría saber lo más posible de la cirugía que me van a hacer	No	Sí	1	2	3	4	5

interpretación de la escala la definimos como sigue: Las preguntas 1 y 4 reflejaron la preocupación del paciente por la anestesia y por la cirugía respectivamente. Las preguntas 2 y 5 refirieron ansiedad y las preguntas 3 y 6 refirieron necesidad de información. La intensidad de la respuesta en la EVA se consideró como mínima para el nivel 1, moderada para los niveles 2 y 3 y alta para los niveles 4 y 5. Los pacientes se encuestaron el día de su cirugía y sólo participaron aquéllos programados después de las 10 de la mañana.

Los resultados de la encuesta se analizaron en cinco grupos: El grupo 1 incluyó todos los pacientes, el grupo 2, a los pacientes sin experiencias anestésicas previas, el grupo 3 estuvo formado por los pacientes mayores de 60 años, el grupo 4 se formó con pacientes del sexo femenino y el grupo 5 lo integraron sólo pacientes del sexo masculino.

El análisis se hizo midiendo las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables nominales *sí* y *no*. Cuando la respuesta fue *sí* se midieron las frecuencias de la intensidad de la respuesta señalada en el EVA de cada una de las preguntas. La frecuencia del número de experiencias anteriores se presenta en cuadros.

Aunque el tipo de cirugía no se consideró en esta encuesta como una variable del estudio se decidió mencionar los procedimientos dividiéndolos en tres categorías: a) mínima (resección de pterigión, de mamas supernumerarias, etc.), b) moderada (hernioplastias inguinales, colecistectomías laparoscópicas, salpingoclasias, etc.) y c) mayor (procedimientos oncológicos, resección de tumores cerebrales, colocación de prótesis de cadera, etc.).

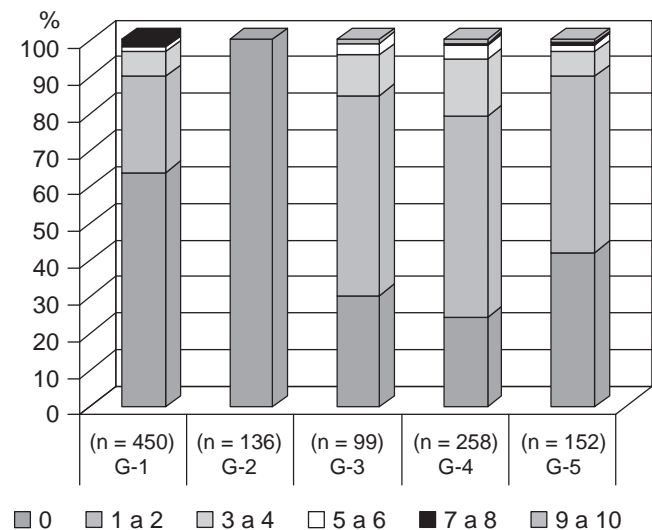
## RESULTADOS

Grupo 1: (Cuadro II) La muestra estuvo integrada por 450 pacientes, de los cuales 298 fueron mujeres y 152 hombres. La edad varió de 18 a 91 años con una mediana de 47. Las experiencias anestésicas previas más frecuentes (239 pacientes) estuvieron en un rango de 1 a 2 (Figura 1). Respecto a la frecuencia de respuesta *sí* o *no* de la EAIPA, hubo una variación importante en cada una de las preguntas, la frecuencia

mayor del *sí* fue para la pregunta 6 (77%) seguido de la pregunta 3 (68 %) y la pregunta 4 (61%). La respuesta *no* fue más frecuente en las preguntas 2 (89%) la 5 (68%) y la 1 (63%). La diferencia entre ambas fue significativa en las seis preguntas con una  $p < 0.001$  (Figura 2).

Para el análisis de la intensidad del *sí*, varios pacientes no fueron capaces de calificar su necesidad. La frecuencia de la intensidad 5 fue mayor en las preguntas 3 (87 pacientes) y en la 6 (157 pacientes) (Figura 3).

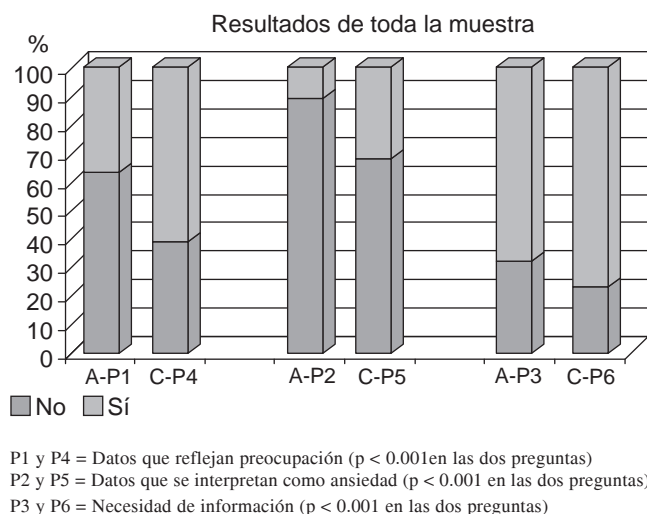
Grupo 2: Estuvo integrado por 136 pacientes, de los cuales 72 fueron mujeres y 64 hombres. La edad del grupo varió de 18 a 91 años con una mediana de 38 (Cuadro II). Las respuestas *sí* fueron más frecuentes para las preguntas 3 (70%) y 6 (78%). La respuesta *no* tuvo su frecuencia más alta en la pregunta 2 (87.5%) seguida por las preguntas 5 (66%) y 1 (63%). La diferencia entre las dos respuestas fue significativa, variando de  $p < 0.01$  a  $p < 0.001$ . El nivel de intensidad 5 fue mayor en las preguntas 3 (32 pacientes) y 6 (48 pacientes) (Figura 4).



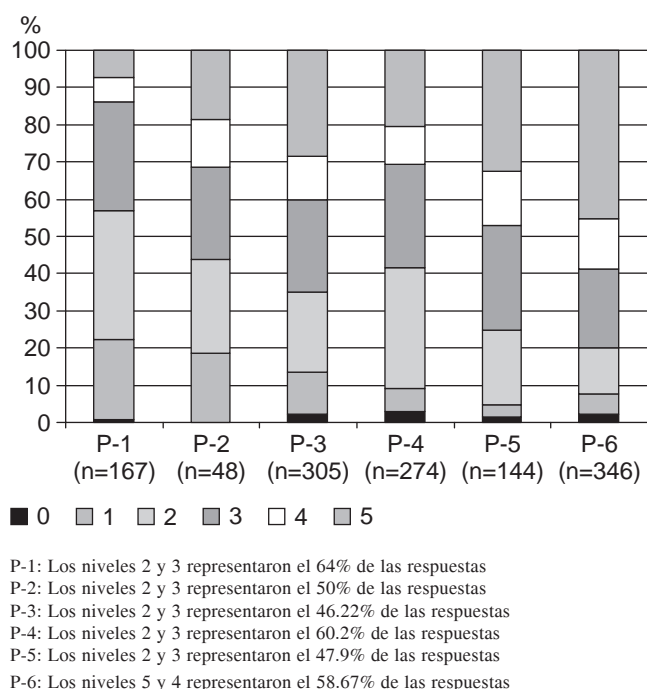
**Figura 1.** Experiencias anestésicas previas referidas por los pacientes.

**Cuadro II.** Datos generales de cada uno de los grupos.

		G - 1 (n = 450)	G - 2 (n = 136)	G - 3 (n = 99)	G - 4 (n = 258)	G - 5 (n = 152)
Género	Femenino	298	72	59	258	
	Masculino	152	64	40		152
Edad	Máxima	91	91	91	91	85
	Mínima	18	18	60	18	18
	Mediana	47	38	70	48	47

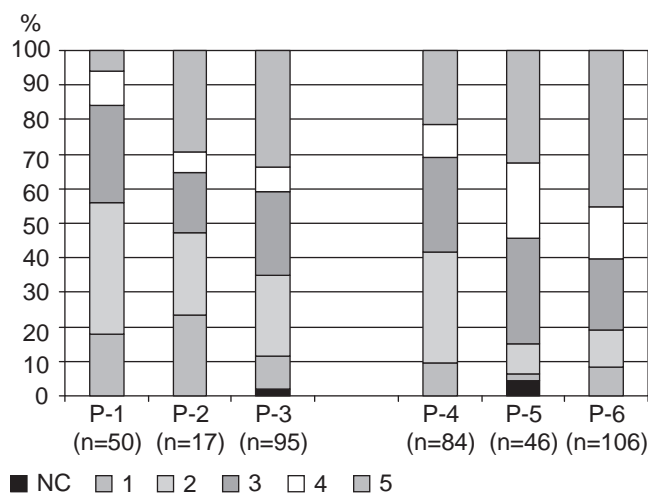


**Figura 2.** Frecuencias de respuesta *sí* o *no* del G1 ( $n = 450$ ).



**Figura 3.** EVA, intensidad de la respuesta *sí* en toda la muestra (G-1,  $n = 450$ ).

Grupo 3: Estuvo integrado por 99 pacientes, 59 mujeres y 40 hombres. La edad varió entre 60 y 91 años con una mediana de 70. De este grupo 30 pacientes no habían tenido experiencias anteriores y la mayor frecuencia de eventos anestésicos previos estuvo en el rango de 1 a 2 (Cuadro II). La respuesta *sí* fue mayor en la pregunta 6 (63.6%), 4 (52.5%) y 3 (50.5%). La frecuencia de la respuesta *no* fue más alta en la pregunta 2 (86%) en la 1 (67%) y en la 5 (62.6%). La

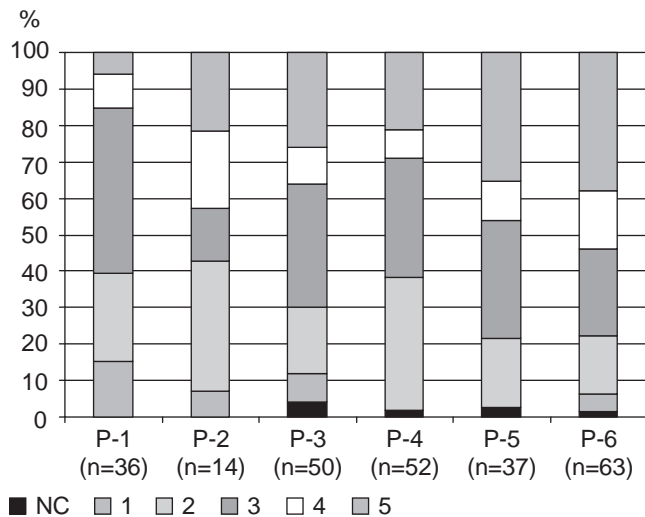


**Figura 4.** EVA, intensidad de la respuesta *sí* en los pacientes sin experiencias previas (G-2,  $n = 136$ ).

diferencia entre las dos respuestas fue significativa, excepto para la P-4 en la que la  $p > 0.05$ . La intensidad calificada como 5 tuvo una frecuencia de 24 en la pregunta 6, y de 13 en la pregunta 3 (Figura 5).

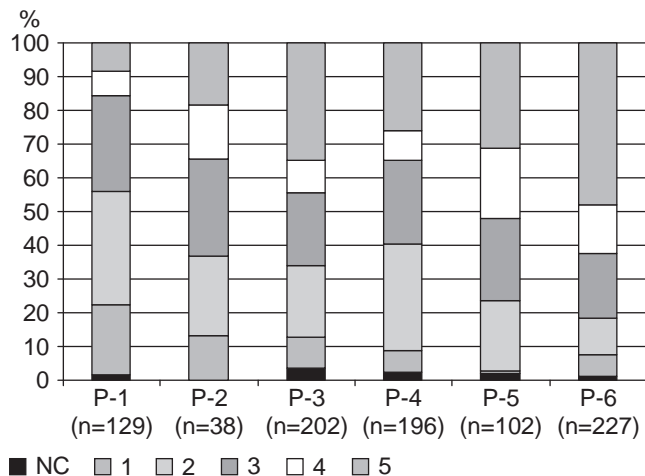
Grupo 4: Estuvo integrado por 298 mujeres de 18 a 91 años con una mediana de 48. Respecto a experiencias anteriores: 72 no habían sido anestesiadas antes y 164 pacientes habían recibido de 1 a 2 anestesiadas previamente (Cuadro II). Las frecuencias más altas del *sí* se encontraron en las preguntas 6 (76.7%), 3 (67.7%) y 4 (65.7%). Las frecuencias de la respuesta *no* fueron más altas en las preguntas 2 (87.2%) y en la 5 (65.5%). La diferencia entre las dos respuestas fue significativa en todas las preguntas con  $p < 0.05$  a  $p < 0.001$ . La intensidad 5 fue más frecuente en las preguntas 6 (109 pacientes) en la 3 (70 pacientes) y en la 4 (51 pacientes) (Figura 6).

Grupo 5: Estuvo integrado por 152 hombres de edades entre 18 y 85 años. De ellos 64 no habían sido anestesiados antes y la mayor frecuencia de experiencias anestésicas fue de 1 a 2 (73 pacientes) (Cuadro II). Las frecuencias más altas de *sí* se encontraron en las preguntas 6 (75.6%), en la 3 (65.7%) y en la 4 (50.6%). La frecuencia de la respuesta *no* tuvo su mayor frecuencia en la pregunta 2 (93.4%), en la 1 (76.3%) y en la 5 (73.6%). La diferencia entre ambas respuestas fue significativa, excepto en la P-4 donde  $p > 0.05$ . La intensidad de las respuestas *sí* se muestra en la figura 7.



P-1: Los niveles 2 y 3 representaron el 64% de las respuestas  
 P-2: Los niveles 3, 4 y 5 representaron el 57% de las respuestas  
 P-3: Los niveles 3 y 5 representaron el 60% de las respuestas  
 P-4: Los niveles 2 y 3 representaron el 69% de las respuestas  
 P-5: Los niveles 3 y 5 representaron el 67% de las respuestas  
 P-6: Los niveles 3 y 5 representaron el 62% de las respuestas

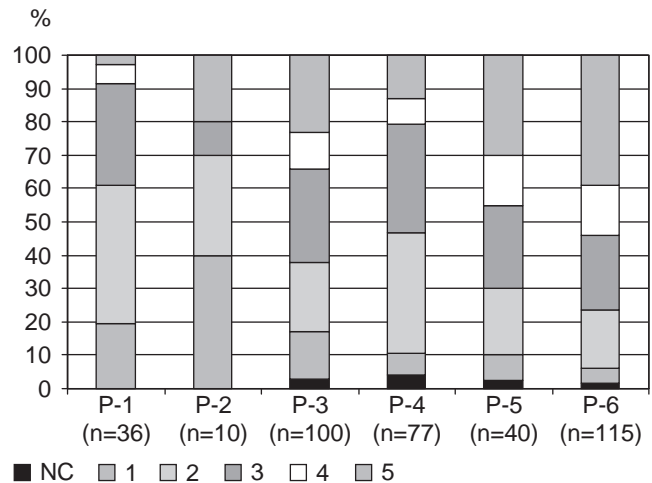
**Figura 5.** EVA, intensidad de la respuesta sí en los pacientes mayores de 60 años (G-3, n = 99).



P-1: Los niveles 2 y 3 representaron el 62% de las respuestas  
 P-2: Los niveles 2 y 3 representaron el 52% de las respuestas  
 P-3: Los niveles 2 y 3 representaron el 42% y los niveles 4 y 5 el 44% de las respuestas  
 P-4: Los niveles 2 y 3 representaron el 56% de las respuestas  
 P-5: Los niveles 4 y 5 representaron el 52% de las respuestas  
 P-6: Los niveles 3, 4 y 5 representaron el 81.5% de las respuestas

**Figura 6.** EVA, intensidad de la respuesta sí en los pacientes del sexo femenino (G-4, n = 298).

Las frecuencias de los procedimientos quirúrgicos fue más alta para la cirugía mayor (246 = 54.6%).



P-1: Los niveles 2 y 3 representaron el 72% de las respuestas  
 P-2: Los niveles 1 y 2 representaron el 70% de las respuestas  
 P-3: Los niveles 2 y 3 representaron el 49% de las respuestas  
 P-4: Los niveles 2 y 3 representaron el 68% de las respuestas  
 P-5: Los niveles 2, 3 y 4 representaron el 60% de las respuestas  
 P-6: Los niveles 2 y 3 representaron el 40% y el nivel 5 el 39% de las respuestas

**Figura 7.** EVA, intensidad de la respuesta sí en los pacientes del sexo masculino (G-5, n = 298).

## DISCUSIÓN

La estructuración del consentimiento informado para investigación en humanos contiene toda la información necesaria para que una persona con determinadas características acepte o no participar en un experimento controlado en un ejercicio pleno de su autonomía. De acuerdo con la Carta de los Derechos de los Pacientes, en la clínica, el médico debe dar información completa y veraz, usando un lenguaje que entienda el paciente, información que constituye la base para que el sujeto tome una decisión sobre las opciones de tratamiento que se le ofrecen y en un ejercicio de autonomía el paciente acepte una de las propuestas, pero puede no aceptar ninguna. El paciente puede decir no, y exponerse a complicaciones graves de su enfermedad. ¿Debemos respetar la decisión del paciente aunque sea errónea para no mermar su autonomía? O debemos regresar un poco al criticado paternalismo con el fin de evitar que el paciente rechace lo que puede ser la mejor o la única oportunidad de sanar.

Los resultados de nuestra encuesta muestran claramente que en materia de información el paciente quiere saber pero a veces no sabe cuánto. Del 68% de los pacientes del grupo 1 que dijeron *sí* quiero saber sobre la anestesia, sólo el 28% deseó saberlo todo, el 46.2% de los pacientes se interesaron por una información moderada (niveles 2 y 3). Un tercio del total de los pacientes dijo *no*, no quiero saber nada. Más aún el 23% tampoco quiso saber nada de su cirugía.



Para consternación (o alegría) de los anestesiólogos, los pacientes están más preocupados, ansiosos y con mayor necesidad de información respecto a su cirugía, que con relación a la anestesia. ¿Por qué? Lo investigaremos en el futuro, por ahora podemos inferir que la anestesia genera en el paciente una expectativa de bienestar durante la cirugía, en tanto que la expectativa quirúrgica es una exploración a su intimidad, en una posible, probable o segura mutilación que ya no le va a permitir ser el mismo. Como sea que lo entienda el paciente, la encuesta muestra en todos los grupos una mayor preocupación por la cirugía (50 al 66%) y menor por la anestesia (23 al 43%). En las preguntas relacionadas con el grado de ansiedad generada por la expectativa de la anestesia, sólo 48 (11%) pacientes dijeron sentirse angustiados y de éstos el 50% refirió un nivel moderado de ansiedad (niveles 2 y 3). Es importante señalar que tanto en la necesidad de información sobre la anestesia como en la existencia de preocupación y de ansiedad, la mayor frecuencia se acumuló en los niveles 2 y 3 de la EVA. Respecto a la cirugía la mayor frecuencia se acumuló en los niveles 3 y 4 de la EVA de ansiedad y de necesidad de información. Gardén<sup>(9)</sup> en un estudio sobre la necesidad de información, sometió a prueba tres documentos que contenían diferentes grados de información sobre los riesgos de la anestesia, de los pacientes que sólo leyeron un documento el 64 a 73% pensaron que el contenido era «correcto y justo», pero cuando leyeron los tres documentos, el 63% de los pacientes opinó que el documento con menos descripción ocultaba información. La pregunta es ¿Nuestros pacientes quieren niveles moderados de información respecto al proceso anestésico-quirúrgico porque no tienen ninguna información? Si la respuesta es sí, estamos en un serio problema de carácter ético y legal.

Moerman<sup>(8)</sup> apunta que de acuerdo a la literatura, los pacientes sin experiencia previa de la anestesia y cirugía tienen requerimientos más altos de información que aquellos que tienen experiencias previas. En nuestro estudio los sujetos del grupo 2 mostraron el mismo patrón de necesidad de información que el resto de los grupos. El mismo autor menciona que las mujeres muestran una frecuencia de ansiedad más alta que los hombres y que los pacientes con mayor nivel de ansiedad demandan más información, de lo que concluimos que si las mujeres están más ansiosas van a demandar mayor información. En nuestro estudio, respecto a la anestesia, sólo 38 de 298 mujeres refirieron ansiedad y de ellas 20 se clasificaron con ansiedad moderada, coincidentemente, su necesidad de información fue más frecuente en el mismo nivel. En cambio para la cirugía, 102 de 298 refirió ansiedad, 46 mostraron ansiedad moderada y 53 ansiedad alta. La necesidad de información

la refirieron 227 de 298 mujeres, 68 requirieron información moderada y 142 información extensa. Los hombres en cambio, sólo 10 de 152 refirieron estar ligeramente ansiosos por la anestesia. Por la cirugía mostraron un poco más de ansiedad pero su demanda de información fue más alta (115 de 150), el nivel de información requerida fue moderada para 46 pacientes y alta para 62. Como señala Inglis<sup>(10)</sup> tenemos pacientes poco ansiosos que quieren estar muy bien informados.

Farnill D<sup>(11)</sup> y Lonsdale M<sup>(12)</sup> refieren en sus estudios, que los pacientes mayores de 50 años tienen un menor deseo de información que los más jóvenes. En nuestro grupo los pacientes mayores de 60 años, tuvieron una disminución de aproximadamente el 10% en su necesidad de información que los demás grupos tanto para la anestesia como para la cirugía (Figura 5) ¿Cuestión de actitudes o de expectativas?

Lo cierto es que la manera de informar a los pacientes debe basarse en las necesidades de cada uno de ellos, lo que requiere, aparte de experiencia, tiempo. Y tiempo y espacio físico es lo que nos falta a los anestesiólogos para conocer al paciente y obtener un consentimiento informado. La falta de una consulta de valoración preanestésica o de un servicio de medicina perioperatoria, nos conduce a un conflicto ético y legal. Será por eso que en Japón el Ministerio de Salud ha implementado la política de pagarle a los médicos por explicarle al paciente la naturaleza de su enfermedad, el plan de tratamiento y la obtención del consentimiento informado, política que tiene sus riesgos pero que como señala Akabayashi A<sup>(13)</sup> hay una lección por aprender de este programa.

Sabemos que el consentimiento informado como ejercicio de autonomía tiene sus propias limitaciones, ya que no todos los pacientes son totalmente autónomos. White SM<sup>(14)</sup> dice que la enfermedad en sí misma limita la verdadera autonomía en diversos grados. El paciente con dolor crónico es un buen ejemplo, o un paciente en condiciones de urgencia. Por tanto, argumenta White, «si los pacientes son siempre parcialmente autónomos, entonces debe haber un umbral, un nivel de capacidad por arriba del cual la autonomía del paciente deba ser respetada y por debajo de ella, el paciente se considere con autonomía insuficiente para decidir por sí mismo su tratamiento». Tal vez si encontramos dónde poner el umbral, podamos entender porqué unos pacientes requieren más información que otros y porqué otros no quieren saber nada.

En conclusión, el consentimiento informado en medicina, como ejercicio de autonomía, tiene muchas aristas que pulir porque involucra una necesidad física que controla la voluntad del hombre.

## REFERENCIAS

1. O'Neill O. Some limits of informed consent. *J Med Ethics* 2003;29:4-7.
2. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative, forging a new model of the patient – physician relationship. *JAMA* 1996;275:887-91.
3. Marwan AH. Examining consent within the patient-doctor relationship. *J Med Ethics* 2000;26:183-187.
4. Stiggelbout AM, Molewijk AC, Timmermans DR, van Bockel JH, Kietiv J. Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of the scale to assess patients' and physicians' views. *J Med Ethics* 2004;30:268-274.
5. Kain ZN. Perioperative information and parenteral anxiety: the next generation. *Anesth Analg* 1999;88:237-239.
6. Kain ZN, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter M, Mayes LC. Parenteral desire for perioperative information and informed consent: a two-phase study. *Anesth Analg* 1997;84:299-306.
7. Kerrigan DD, Thevasagayam RS, Woods TO, Mc Welch I, Thomas WE, Shorthouse AJ, Dennison AR. Who's afraid of informed consent. *BMJ* 1993;300:298-300.
8. Moerman N, van Dam F, Muller M, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996;82:445-51.
9. Garden AL, Merry AF, Holland RL, Petrie KJ. Anaesthesia information-what patients want to know. *Anaesth Intensive Care* 1996;24:594-598.
10. Inglis S, Farnill D. The effects of providing preoperative statistical anesthetic-risk information. *Anaesth Intensive Care* 1993;21:799-805.
11. Farnill D, Inglis S. Patients' desire for information about anesthesia: Australian attitudes. *Anaesthesia* 1994;49:162-164.
12. Lonsdale M, Hutchinson GL. Patients' desire for information about anaesthesia. Scottish and Canadian attitudes. *Anaesthesia* 1991;46:410-412.
13. Akabayashi A, Fetters MD. Paying for informed consent. *J Med Ethics* 2000;26:212-213.
14. White SM. Consent for anesthesia. *J Med Ethics* 2004;30:286-290.