

Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: un desafío para Latinoamérica

VALENTINA SERRANO^{1,2a}, LAURA LARREA-MANTILLA¹, RENÉ RODRÍGUEZ-GUTIÉRREZ^{1,3a}, GABRIELA SPENCER-BONILLA^{1,4b}, GERMÁN MÁLAGA^{5,a}, IAN HARGRAVES^{1,c}, VÍCTOR M. MONTORI^{1,a}

Shared decision making in patients with diabetes mellitus

Patients with diabetes mellitus often have several medical problems and carry a burden imposed by their illness and treatment. Health care often ignores the values, preferences and context of patients, leading to treatments that do not fit into patients' overwhelmed lives. Shared Decision Making (SDM) emerges as a way to answer the question: "What's best for the patient?". SDM promotes an empathic conversation between patients and clinicians that integrates the best evidence available with their values, preferences and context. We discuss three SDM approaches for patients with diabetes: one focused on sharing information, another on making choices, and a third one on helping patients and clinicians to talk about how to address the problems of living with diabetes and its comorbidities. Despite the benefits demonstrated in studies conducted in the U.S. and Europe, the implementation of SDM continues to be a challenge. In Latin America, healthcare and socio-economic conditions render the implementation of SDM more challenging. Research aimed to respond to this challenge is necessary. Meanwhile, clinicians can practice SDM by sharing evidence-based information, giving voice to patients' values and preferences in making choices, and creating empathic conversations aimed at decisions aligned with patients' context, dreams, goals, and life expectations.

(Rev Med Chile 2017; 145: 641-649)

Key words: Decision Making; Decision Support Techniques; Diabetes Mellitus; Evidence-Based Medicine.

En Latinoamérica (México, Centroamérica y América del Sur) 40 millones de adultos padecen diabetes mellitus (DM), la mayoría tipo 2. A pesar de todos los esfuerzos de prevención y tratamiento, esta epidemia es cada vez mayor¹. Tanto la DM, como sus complicaciones y tratamientos de uso habitual representan una carga significativa para el paciente y su familia

y pueden impactar negativamente su calidad de vida y situación económica². Por su parte, el trabajo de ser paciente trae consigo una serie de responsabilidades tales como realizar visitas a diferentes profesionales de la salud e implementar múltiples, y muchas veces complejos, esquemas de tratamiento.

Más de 80% de los pacientes con DM presenta

¹Knowledge and Evaluation Research Unit, Division of Endocrinology, Diabetes, Metabolism and Nutrition, Department of Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA.

²Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³División de Endocrinología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

⁴Mayo Graduate School, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA.

⁵Unidad de Conocimiento y Evidencia (CONEVID), Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

^aMSc.

^bEstudiante de la carrera de Medicina.

^cDiseñador.

Financiamiento: Gabriela Spencer-Bonilla recibe apoyo de Grant CTSA número TL1 TR000137 de National Center for Advancing Translational Science (NCATS), parte del National Institutes of Health (NIH). El contenido de este trabajo es únicamente responsabilidad de los autores y no necesariamente representa la opinión oficial de NIH.

Recibido el 12 de febrero de 2016, aceptado el 12 de julio de 2016.

Correspondencia:

Víctor M. Montori, MSc.

Knowledge, Evaluation and Research Unit, Division of Endocrinology, Diabetes, Metabolism and Nutrition, Department of Medicine, Mayo Clinic, 200 1st Street SW, Rochester, MN 55905.

Teléfono: (507)-293-0175 / (507)-284-2511

montori.victor@mayo.edu

una o más comorbilidades³ y cada una de ellas trae consigo su propio impacto sobre la salud y el trabajo terapéutico del paciente. Paradójicamente, la multimorbilidad es prácticamente ignorada en la mayoría de las guías clínicas para el manejo de pacientes con enfermedades crónicas⁴. Con el objetivo de prevenir y reducir las complicaciones asociadas a diabetes mellitus, las guías recomiendan cómo controlar la glicemia y otros factores de riesgo cardiovasculares^{5,6}. Sin embargo, estas recomendaciones casi nunca consideran la multimorbilidad, el contexto psico-social, o los valores y preferencias de los pacientes^{3,4}. En consecuencia, uno de los principales retos que médicos y pacientes encuentran en la consulta es el de determinar cuál es la mejor respuesta a la situación que enfrenta el paciente en ese momento. En ese contexto, la toma de decisiones compartidas (TDC o *shared decision making*) busca respuestas que reflejen¹ la evidencia que existe sobre las maneras más eficaces de manejar la situación del paciente y² los valores, preferencias y el contexto del paciente.

¿Cómo determinar el mejor tratamiento para cada paciente?

Tres enfoques de TDC

La pregunta “¿Qué es lo mejor para el paciente y su familia?” parece sencilla, sin embargo, desde un punto de vista práctico, para médicos y pacientes, encontrar una buena respuesta puede ser difícil.

Existen al menos dos factores que complican la respuesta a esta pregunta: 1) incertidumbre en la evidencia con respecto a cuál es el mejor tratamiento disponible^{7,8} y 2) los valores y preferencias del paciente respecto a cómo vivir y manejar su diabetes no se pueden saber *a priori* y reconocerlos requiere de una conversación transparente entre médico y paciente^{9,10}.

Desafortunadamente, durante muchos años, la investigación clínica no ha estado centrada en los desenlaces importantes para los pacientes, es decir, en el impacto de las intervenciones sobre los síntomas, calidad y duración de vida, y experiencia del paciente. Más bien, por diversos motivos, se han seleccionado marcadores intermedios como HbA1c, lípidos y microalbuminuria que, si bien es cierto ayudan a cuantificar el control de la enfermedad, no reflejan el efecto del tratamiento sobre los desenlaces de importancia

que deben justificarlos^{7,8}. El uso exclusivo de estos marcadores intermedios y el escaso número de estudios clínicos con distribución aleatoria de la población a estudiar que comparan las alternativas terapéuticas disponibles directamente^{11,12} devienen en evidencia incierta acerca de cuál es el mejor tratamiento disponible para enfrentar los aspectos que son importantes para el paciente que vive con DM y otras condiciones. Por lo tanto, considerando únicamente la evidencia, no es posible concluir con un alto nivel de certeza cuál es la mejor opción terapéutica para cada paciente, ya que para esto debemos considerar aspectos que sólo el paciente conoce con precisión, tales como los valores, las preferencias y su contexto personal y familiar.

Consideremos el tratamiento de la hiperglicemia. Dado que la mayoría de los tratamientos para la diabetes mellitus tiene eficacia similar, decidir cuál es la mejor opción terapéutica para el paciente dependerá de aspectos prácticos, tales como riesgo de efectos adversos, frecuencia, vía de administración y el costo para el paciente. Estos aspectos son valorados de manera distinta por pacientes que se desenvuelven en diferentes contextos y que tienen una vida personal y social distinta. Decidir “¿Qué es lo mejor?” para cada paciente se encuentra íntimamente relacionado a la particularidad de su vida, lo cual va mucho más allá de los niveles de HbA1c, lípidos y presión arterial. De tal manera, prescribir un tratamiento sin considerar los valores, preferencias y el contexto del paciente aumenta la probabilidad de cometer el error de prescribir una terapia que no responde a la situación del paciente, que no produce los beneficios que él valora en su condición, o que no podrá implementarse, dada la situación en la que vive. En suma, configura una práctica médica ineficaz.

Como herramienta facilitadora del tratamiento de diabetes mellitus, la TDC abre la posibilidad de ofrecer un control de la DM basado en evidencia y acorde a la situación del paciente. La TDC promueve una decisión conjunta entre médico y paciente para determinar cuál es la mejor alternativa de tratamiento, entendiéndose que el paciente no sólo padece de la condición, sino que vive con ella¹³.

Cabe reconocer que existen varias maneras de implementar la TDC, cada una de ellas se centra en un desafío específico en el manejo del paciente con DM.

a. El desafío es la información

El primero de los enfoques considera que el principal problema para determinar cuál es el mejor tratamiento para el paciente es la falta de información. Este enfoque plantea que los pacientes que estén mejor informados acerca de su enfermedad y de las opciones de tratamiento disponibles estarán en mejores condiciones para decidir qué es lo mejor para ellos. Asimismo, considera que el clínico será más eficaz en la medida en que logre conocer mejor las preferencias y el contexto de su paciente. Un ejemplo de TDC con énfasis en la información es el movimiento de toma de decisiones informadas, que busca entregar a los pacientes información médica relevante sobre las opciones de tratamiento disponibles mediante folletos y videos, y espera que su utilización antes de la consulta ayude al paciente a tomar decisiones con su médico durante la misma¹⁴.

b. El desafío es la elección

En contraste con el enfoque de TDC, que enfatiza el acceso de los pacientes a la información, este se centra en que el paciente tenga la capacidad de elegir entre varias alternativas. Este planteamiento reconoce que ambos, paciente y médico, toman decisiones desde diferentes perspectivas y que cada uno tiene su propio conocimiento, contexto y experiencia. Este enfoque busca ayudar a ambos participantes a coincidir, por mutuo acuerdo, en cuanto a cuál es el mejor tratamiento dentro de las opciones disponibles, con énfasis en facilitar que los pacientes consideren lo que es importante para ellos al momento de elegir¹³.

Un ejemplo de este modelo de TDC es la deliberación colaborativa, que invita a los pacientes y sus médicos a considerar críticamente cada opción, a la luz de la mejor evidencia disponible, hasta encontrar el curso de acción preferible¹⁵. En contraste con la propuesta previa, que sugiere que una mejor decisión es el resultado de mejor información, esta visión considera que es el resultado de una mejor comunicación e interacción médico-paciente.

c. El desafío es la situación

El tercer enfoque de TDC propone que el desafío en la toma de decisión no es la falta de información, de opciones o de favorecer una relación médico-paciente donde éstos se sientan

libres de elegir. En este enfoque se toma en cuenta que vivir con una enfermedad que tiene efectos directos en la vida del paciente es un factor que hace que la toma de decisiones médicas sea todo un reto. Esta propuesta sostiene que la incertidumbre, las dificultades prácticas, y el estrés emocional de vivir con DM y otras enfermedades crónicas y sus tratamientos es de tal magnitud, que rara vez existe una sola respuesta óptima para resolver una determinada situación. Tomando esta incertidumbre en cuenta, el paciente y el clínico deben trabajar juntos para crear un plan de acción para cada una de las situaciones que enfrenta el paciente.

Para abordar la diabetes mellitus, su multimorbilidad y las distintas exigencias de la vida, los pacientes y médicos deben definir cuál es la situación particular que merece atención en el momento del encuentro médico-paciente, y cuáles herramientas de tratamiento responden mejor a esa situación. Como en muchos casos, esto no tiene una respuesta única, sino que emerge de la discusión en la medida en que las distintas alternativas y escenarios se analizan en diálogo.

En ese sentido, este enfoque se centra en la conversación, ya que es a través de ella que pacientes y médicos logran comprender la situación y cómo mejor responder a ella. Durante esta conversación se van analizando las respuestas hipotéticas que podrían satisfacer las necesidades propias de la situación (p. ej. la adición de un nuevo medicamento para optimizar el control glicémico como estrategia para disminuir la fatiga del paciente). El objetivo es desarrollar un plan de acción que tenga coherencia intelectual, emocional y práctica. Para ello, la información disponible en todas sus formas es fundamental, así como la relación médico-paciente¹⁶. En consecuencia, la evidencia y la manera de compartirla con el paciente, se unen en una conversación empática en la cual se aborda el reto de cómo impulsar al paciente a alcanzar sus objetivos no sólo en relación a la DM, sino en su salud en general, y por ende, en su vida.

Conseguir una conversación empática es probablemente uno de los principales desafíos en la cultura latinoamericana, donde se practica una medicina paternalista, en la que muchas veces los pacientes reciben tratamientos desconociendo aspectos importantes de su enfermedad (como diagnóstico y pronóstico)¹⁷, en atenciones apre-



Figura 1. Herramienta elección de medicamento para diabetes (versión online).

suradas, y en encuentros donde no se les da la posibilidad de expresar sus preferencias, contexto ni experiencia de enfermedad¹⁸.

¿Cómo tener una conversación empática en la práctica clínica diaria?

Las herramientas de ayuda en la toma de decisiones (HATD) son páginas *web*, folletos, videos o tarjetas basadas en evidencia que favorecen TDC mediante la presentación de información pertinente sobre las opciones disponibles^{19,20} y favorecen que los pacientes y clínicos establezcan conversaciones significativas (Figuras 1 y 2). Una reciente revisión sistemática de la Colaboración Cochrane sintetizó la evidencia de 115 estudios clínicos aleatorios (ECA) que evaluaron HATD en diferentes poblaciones y escenarios clínicos²¹. Este análisis encontró que el uso de HATD mejoró el conocimiento en los pacientes, la congruencia entre sus valores y la decisión tomada, la proporción de pacientes que entendieron su riesgo de complicaciones y la probabilidad de beneficio con el tratamiento con más exactitud, y disminuyó el conflicto decisional y la proporción de pacientes pasivos e indecisos después de la intervención. Esta revisión también encontró que la TDC prolongó la duración de la consulta en promedio 2,5 min.

Luego de realizar una búsqueda sistemática de la literatura, encontramos seis ECA que evaluaron HATD en pacientes con diabetes mellitus²²⁻²⁷ (Tabla 1). En general, estos estudios confirmaron los resultados de la revisión Cochrane. Además, los estudios no mostraron diferencias significativas en resultados clínicos, como adherencia, HbA1c y colesterol. Esto se podría explicar no sólo por falta de impacto en estos resultados, sino también por un alto porcentaje de adherencia (80-90%) entre los participantes, y por el tamaño y duración insuficientes de los estudios.

Nuestro grupo de investigación ha desarrollado dos HATD específicamente para los pacientes con diabetes mellitus^{22,24-27} las que están disponibles online con libre acceso (<http://shareddecisions.mayoclinic.org/>).

La tarjeta de “Elección de Medicamento para Diabetes” facilita que paciente y médico participen de una conversación deliberativa sobre los diferentes medicamentos disponibles para el control glucémico^{22,25} (Figura 1). Se focaliza en los aspectos que son relevantes para el paciente, facilitando una construcción cuidadosa de sus preferencias y valores, y la posibilidad de evaluar diferentes alternativas razonables a través de la conversación. La herramienta “Elección de Estatina” facilita el desarrollo de conversaciones acerca de la conveniencia de usar estatinas en prevención cardiovascular

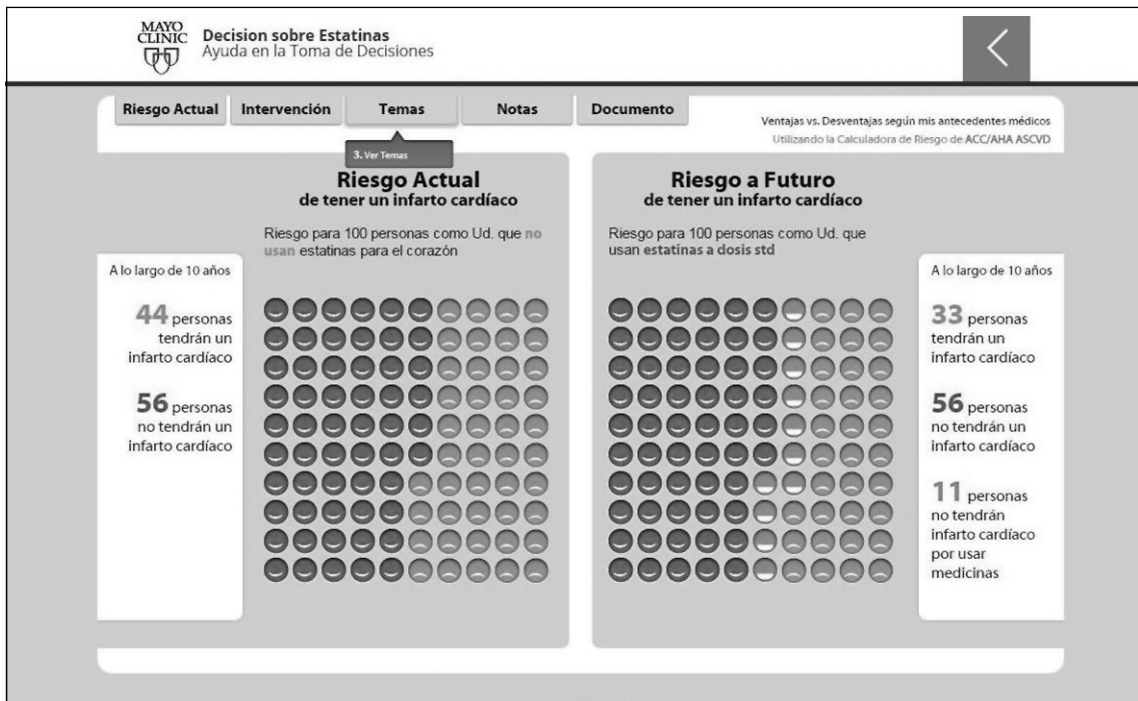


Figura 2. Herramienta elección de estatina y riesgo cardiovascular a 10 años en prevención primaria (versión online). Ejemplo: Hombre caucásico, 62 años, fumador, diabético tipo 2, hipertenso (tratado con enalapril - Presión arterial sistólica 145 mmHg) y dislipidémico (colesterol total 213 mg/dl y colesterol HDL 40 mg/dl), con y sin uso de Estatina (dosis estándar).

primaria para un paciente diabético^{22,24,26,27}. La tarjeta presenta el riesgo cardiovascular a 10 años del paciente según sus características y la reducción de riesgo asociado al tomar una estatina (Figura 2). Además, presenta aspectos importantes para el paciente, como posibles efectos adversos, rutina diaria y costo. Ambas herramientas han demostrado beneficios en diversos ECA en Estados Unidos de Norteamérica^{22,24-26} y España²⁷, aumentando el grado de conocimiento en los pacientes, la proporción de pacientes que entendieron su riesgo de complicaciones y la probabilidad de beneficio con el tratamiento, y la proporción de pacientes que participaron activamente en la toma de decisión.

Rol de los sistemas de atención de salud, las políticas y guías clínicas

Para la implementación de TDC como una práctica general se necesita el esfuerzo de todas las partes involucradas, como los líderes de salud,

legisladores, autoridades de salud, desarrolladores de guías clínicas, comunidad médica y desde luego, los pacientes. En países como Estados Unidos de Norteamérica, Reino Unido y Canadá²⁸⁻³⁰, existen varias iniciativas para implementar TDC a nivel de políticas públicas y en los sistemas de salud. Sin embargo, en estos países, su aplicación en la práctica clínica no ha sido fácil y no forma parte de la rutina en la mayoría de los casos³¹.

En países latinoamericanos, el desafío es aun mayor, ya que cuentan con sistemas de salud que son, en general, más desordenados y fragmentados, además de tener agendas con otro tipo de necesidades a nivel de salud pública³²⁻³⁴. A nivel clínico, los médicos presentan una sobrecarga de trabajo que obliga a reducir el tiempo de atención a los pacientes debido a que la demanda excede la oferta de profesionales y la organización del servicio, sobre todo en zonas que atienden a poblaciones vulnerables. El desarrollo de políticas que mejoren la oferta de servicios y proteja la duración de la consulta ayudaría a aliviar, al menos

Tabla 1. HATD evaluadas en estudios clínicos aleatorios en pacientes con diabetes

Autor País Año (Ref)	Población	Escenario	Decisión	Tipo de intervención	n de pacientes	Conocimiento	Percepción de riesgo	Confort con el proceso de decisión	Rol en toma de decisión	Aceptación	Adherencia	Exámenes de laboratorio
Branda y cols. US. 2013 ^{*22}	Adultos con ≥ 1 año de DM2	10 hospitales rurales y de atención primaria	Decisión sobre iniciar estatina o medicamento para diabetes	Tarjeta "elección medicamento diabetes/estatina" vs MH	HATD = 53 MH = 50	Mejor ↑	Similar (NS) ↔	Similar (NS) ↔	Mejor ↑	Similar (NS) ↔	Similar (NS) ↔	Similar (NS) HbA1c y LDL-C ↔
Mathers y cols. UK. 2012 ²³	Adultos DM2 con mal control metabólico ≥ 2 fármacos y sin insulina	49 centros de práctica general	Decisión sobre iniciar insulina u otras opciones terapéuticas para diabetes	Herramienta "PANDA" vs MH	HATD = 95 MH = 80	Mejor ↑	Mejor ↑	Mejor ↑	Mejor ↑	N/E	N/E	Similar (NS) HbA1c ↔
Mann y cols. US. 2010 ^{*24}	Adultos con DM2	Un centro de atención primaria urbana	Decisión sobre iniciar estatina	Tarjeta "elección estatina" vs MH	HATD = 80 MH = 70	Similar (NS) ↔	Mejor ↑	Mejor ↑	N/E	N/E	Similar (NS) ↔	NE
Mullan y cols. US. 2009 ^{*25}	Adultos con ≥ 1 año de DM2	11 centros de atención primaria	Decisión sobre elección medicamento para diabetes	Tarjeta "elección medicamento diabetes" vs MH	HATD = 48 MH = 37	Mejor ↑	N/E	Similar (NS) ↔	Mejor ↑	Mejor ↑	Similar (NS) ↔	Similar (NS) HbA1c ↔
Weymiller y cols. US. 2007 ^{*26}	Adultos con DM2	Un centro de especialidad	Decisión sobre iniciar estatina	Tarjeta "elección estatina" vs MH	HATD = 52 MH = 46	Mejor ↑	Mejor ↑	Mejor ↑	N/E	Mejor ↑	Similar (NS) ↔	N/E
Perestelo-Perez y cols. Spain. 2015 ^{**27}	Adultos con DM2	14 centros de atención primaria	Decisión sobre iniciar estatina	Tarjeta "elección estatina" (en español) vs MH	HATD = 86 MH = 82	Mejor ↑	Mejor ↑	Similar (NS) ↔	N/E	Mejor ↑	Similar (NS) ↔	N/E

DM2: Diabetes tipo 2; HATD: Herramienta de ayuda para la toma de decisión; MH: Manejo habitual; HbA1c: Hemoglobina Glicosilada; LDL-C: Colesterol LDL; NS: Efecto no significativo; N/E: No evaluado; *Unidad KER, Mayo Clinic, USA. **Colaboración Unidad KER, Mayo Clinic, USA.

en parte, uno de los inconvenientes que impide a los médicos implementar la TDC³⁵.

Resulta, además, fundamental el desarrollo de políticas que promuevan la incorporación de la enseñanza de destrezas comunicacionales, habilidades propias de TDC y atención centrada en el paciente, en las mallas curriculares de las escuelas de medicina, a modo de incorporar estos conocimientos de manera temprana y persistente en el entrenamiento de clínicos³⁴⁻³⁷.

Recientemente, en 2015, la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) reconocieron que la atención centrada en el paciente (y no en la enfermedad) es la forma de atención que mejor aborda la complejidad de enfrentarse a un paciente y su individualidad. Sin embargo, no dan recomendaciones explícitas sobre qué herramientas utilizar, en qué situaciones aplicarla, ni cómo involucrar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones^{38,39}. En este sentido, el desarrollo de guías de práctica clínica que consideren el contexto y los valores y preferencias del paciente, y den directrices sobre cómo abordarlos podrían favorecer la práctica de TDC.

Futuro de la TDC en el cuidado de las personas que viven con diabetes

Es necesario seguir investigando nuevos métodos y herramientas que apoyen la TDC, sobre todo en países latinoamericanos, donde la evidencia aún es escasa y el contexto social y político es particular y dinámico²⁷. Hace falta mayor investigación que explore las situaciones que se benefician de TDC y las formas en que debería practicarse, así como una mayor cantidad de estudios con un número de pacientes y un tiempo de seguimiento adecuados para poder determinar el rol de TDC en adherencia y resultados clínicos. Finalmente, para evaluar la factibilidad de las intervenciones de TDC dentro de la práctica rutinaria de atención a pacientes diabéticos, se necesitan estudios multicéntricos, colaborativos y multifacéticos a largo plazo⁴⁰.

En 2013 se realizó en Lima, Perú, el Séptimo Congreso Mundial de *Shared Decision Making*, siendo la primera vez que un evento de este tipo se realiza en un país latinoamericano, lo que significa un paso importante en la diseminación de esta práctica⁴¹. Es fundamental que prácticas como esta sigan presentes en la actividad de investigadores,

clínicos y pacientes, como una forma de avanzar a una atención de salud más digna, equitativa y centrada en el paciente. Estamos conscientes que la atención de salud en Latinoamérica afronta aún numerosos desafíos, como la falta de acceso a centros de salud en zonas vulnerables, infraestructura escasa o inadecuada, falta de personal de salud en lugares de alta demanda y escasos recursos para ofrecer variadas alternativas terapéuticas o diagnósticas. Sin embargo, creemos que la práctica de TDC no contradice en absoluto las necesidades de salud de Latinoamérica, sino que fortalece la ética de ofrecer un cuidado centrado en el paciente, que respeta su autonomía y toma en cuenta su capacidad para implementar adecuadamente los tratamientos y recomendaciones que ofrecemos, a pesar de las limitaciones que pueda tener el sistema de salud.

La TDC es un área de la medicina en evolución constante, donde queda mucho por descubrir. Mientras tanto, le recuerda a los médicos que deben tratar a pacientes más que a enfermedades, darle prioridad a los desenlaces de salud importantes para el paciente por sobre valores de laboratorio, y reconocer que en una misma situación clínica la mejor decisión para un paciente en particular puede ser totalmente distinta que para otro^{13,42}. Actualmente, no existe un único mejor enfoque para practicar la TDC. Para poder tomar la mejor decisión sobre determinado problema es necesario que el médico conozca la situación particular a la cual se enfrenta el paciente y que logre establecer conversaciones significativas con él.

Finalmente, tenemos certeza de que TDC tiene el respaldo ético y el apoyo de la evidencia para convertirse en un enfoque que transforme la atención de salud de los pacientes con diabetes mellitus en Latinoamérica.

Agradecimientos: Agradecemos a Michael R. Gionfriddo por su colaboración en la elaboración de este manuscrito. Desde el año 2004, el *Patient Advisory Group*, un grupo voluntario de pacientes con DM de la comunidad, se reúnen permanentemente con investigadores de la Unidad KER (Mayo Clinic) para ayudarlos y guiarlos en su trabajo sobre lo que es importante para los pacientes. Sin su generosa contribución a la ciencia de la atención de salud centrada en el paciente, no habríamos podido desarrollar las ideas que aquí presentamos.

Referencias

1. IDF. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 7th edition 2015 [Available from: <https://www.idf.org/diabetesatlas>].
2. Seaquist ER. Addressing the burden of diabetes. *JAMA* 2014; 311 (22): 2267-8.
3. Lin PJ, Kent DM, Winn A, Cohen JT, Neumann PJ. Multiple chronic conditions in type 2 diabetes mellitus: prevalence and consequences. *Am J Manag Care* 2015; 21 (1): e23-34.
4. Wyatt KD, Stuart LM, Brito JP, Carranza Leon B, Domecq JP, Prutsky GJ, et al. Out of context: clinical practice guidelines and patients with multiple chronic conditions: a systematic review. *Med Care* 2014; 52 Suppl 3: S92-S100.
5. Executive summary: Standards of medical care in diabetes-2014. *Diabetes Care* 2014; 37 Suppl 1: S5-13.
6. Handelsman Y, Bloomgarden ZT, Grunberger G, Umpierrez G, Zimmerman RS, Bailey TS, et al. American association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology - clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan-2015. *Endocr Pract* 2015; 21 Suppl 1: 1-87.
7. Brito JP, Domecq JP, Murad MH, Guyatt GH, Montori VM. The Endocrine Society guidelines: when the confidence cart goes before the evidence horse. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98 (8): 3246-52.
8. Singh Ospina N, Rodríguez-Gutiérrez R, Brito JP, Young WF, Jr., Montori VM. Is the endocrine research pipeline broken? A systematic evaluation of the Endocrine Society clinical practice guidelines and trial registration. *BMC Med* 2015; 13: 187.
9. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014; 312 (13): 1295-6.
10. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009; 339: b2803.
11. Bennett WL, Maruthur NM, Singh S, Segal JB, Wilson LM, Chatterjee R, et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations. *Ann Intern Med* 2011; 154 (9): 602-13.
12. Montori VM, Fernández-Balsells M. Glycemic control in type 2 diabetes: time for an evidence-based about-face? *Ann Intern Med* 2009; 150 (11): 803-8.
13. Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect* 2006; 9 (1): 25-36.
14. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999; 319 (7212): 766-71.
15. Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. Collaborative deliberation: a model for patient care. *Patient Educ Couns* 2014; 97 (2): 158-64.
16. Ting HH, Brito JP, Montori VM. Shared decision making: science and action. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014; 7 (2): 323-7.
17. Malaga G, Kanashiro-Azabache K, Jiménez-Vinas C, Barrionuevo P. [Hospitalized patients and the knowledge about their own illness]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2012; 29 (1): 159-60.
18. Mongilardi N, Montori V, Riveros A, Bernabé-Ortiz A, Loza J, Málaga G. Clinicians' Involvement of patients in decision making. A video based comparison of their behavior in public vs. private practice. *Plos One* 2013; 8: e58085.
19. Montori VM, Breslin M, Maleska M, Weymiller AJ. Creating a conversation: insights from the development of a decision aid. *PLoS Med* 2007; 4 (8): e233.
20. Agoritsas T, Heen AF, Brandt L, Alonso-Coello P, Kristiansen A, Akl EA, et al. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ* 2015; 350: g7624.
21. Stacey D, Legare F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 1: CD001431.
22. Branda ME, LeBlanc A, Shah ND, Tiedje K, Ruud K, Van Houten H, et al. Shared decision making for patients with type 2 diabetes: a randomized trial in primary care. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 301.
23. Mathers N, Ng CJ, Campbell MJ, Colwell B, Brown I, Bradley A. Clinical effectiveness of a patient decision aid to improve decision quality and glycaemic control in people with diabetes making treatment choices: a cluster randomised controlled trial (PANDAS) in general practice. *BMJ Open* 2012; 2 (6): e001469.
24. Mann DM, Ponieman D, Montori VM, Arciniega J, McGinn T. The Statin Choice decision aid in primary care: a randomized trial. *Patient Educ Couns* 2010; 80 (1): 138-40.
25. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJ, Bryant SC, Guyatt GH, et al. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2009; 169 (17): 1560-8.
26. Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, Gafni A, Guyatt GH, Bryant SC, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice

- randomized trial. *Arch Intern Med* 2007; 167 (10): 1076-82.
27. Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, Boronat M, Sánchez-Afonso JA, Pérez-Ramos J, Montori VM, et al. Effect of the statin choice encounter decision aid in Spanish patients with type 2 diabetes: A randomized trial. *Patient Educ Couns* 2016; 99: 295-9.
 28. Coulter A, Edwards A, Elwyn G, Thomson R. Implementing shared decision making in the UK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 2011; 105 (4): 300-4.
 29. Legare F, Stacey D, Forest PG, Coutu MF. Moving SDM forward in Canada: milestones, public involvement, and barriers that remain. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 2011; 105 (4): 245-53.
 30. SaHo. Patient Protection and Affordable Care Act. 2010. HR 3590 2010 [Available from: www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/].
 31. Hess EP, Coylewright M, Frosch DL, Shah ND. Implementation of shared decision making in cardiovascular care: past, present, and future. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014; 7 (5): 797-803.
 32. Zevallos-Palacios C, Quispe R, Mongilardi N, Montori VM, Málaga G. La participación del paciente en la toma de decisiones clínicas como estrategia para salvaguardar sus derechos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 2013; 30 (2): 363-4.
 33. Bravo P, Cabieses B, Bustamante C, Campos S, Stacey D. Shared decision making in Chile: supportive policies and research initiatives. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 2011; 105 (4): 254-8.
 34. De Abreu MM, Battisti R, Martins RS, Baumgratz TD, Cuziol M. Shared decision making in Brazil: history and current discussion. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 2011; 105 (4): 240-4.
 35. Bayne H, Neukrug E, Hays D, Britton B. A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. *Patient Educ Couns* 2013; 93 (2): 209-15.
 36. Luttenberger K, Graessel E, Simon C, Donath C. From board to bedside - training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Med Educ* 2014; 14: 135.
 37. Legare F, Politi MC, Drolet R, Desroches S, Stacey D, Bekker H. Training health professionals in shared decision-making: an international environmental scan. *Patient Educ Couns* 2012; 88 (2): 159-69.
 38. (1) Strategies for improving care. *Diabetes Care* 2015; 38 (7): dc15-S004.
 39. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centred approach. Update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetologia* 2015; 58 (3): 429-42.
 40. Legare F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 9: CD006732.
 41. Bravo P, Contreras A, Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Málaga G. [Looking for a more participative healthcare: sharing medical decision making]. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 2013; 30 (4): 691-7.
 42. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med* 2012; 366 (9): 780-1.