**INDICE**

[**Capítulo I. Diabetes Mellitus** 1](#_Toc73016711)

[**1.1 Definición** 1](#_Toc73016712)

[**1.1.1 Epidemiología** 1](#_Toc73016713)

[**1.1.2 Clasificación** 1](#_Toc73016714)

[**1.1.3 Criterios para el diagnóstico** 2](#_Toc73016715)

[**1.2 Atención Farmacéutica** 2](#_Toc73016716)

[**1.2.1 Introducción a la Atención Farmacéutica** 2](#_Toc73016717)

[**1.2.2 Seguimiento Farmacoterapéutico.** 3](#_Toc73016718)

[**1.2.3 Problemas relacionados con los medicamentos.** 4](#_Toc73016719)

[**1.3 Proceso de seguimiento farmacoterapéutico** 5](#_Toc73016720)

[**1.3.1 Oferta del servicio** 5](#_Toc73016721)

[**1.3.2 Primera entrevista** 5](#_Toc73016722)

[**1.3.3 Estado de situación** 5](#_Toc73016723)

[**1.4 Dificultad del control** 6](#_Toc73016724)

[**1.4.1 Complicaciones** 6](#_Toc73016725)

[**1.4.2 Fase de estudio** 7](#_Toc73016726)

[**1.4.3 Fase de evaluación** 7](#_Toc73016727)

# **Capítulo I. Diabetes Mellitus**

## **1.1 Definición**

La diabetes mellitus (DM), comprende a un grupo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los carbohidratos, proteínas y grasas, asociadas fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia un estado de hiperglucemia (elevación anormal de la glucemia o glucosa sanguínea).

### **1.1.1 Epidemiología**

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa, con pronóstico poco favorable entre la población mexicana, pues en ella influyen factores tanto sociales y heredo familiares que pueden favorecer la aparición de este padecimiento en la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, a nivel mundial, existen 250 millones de personas con esta enfermedad y considera que más de 300 millones están en riesgo de presentarla; además plantea que 95% del tratamiento de un paciente diabético recae directamente en él. En México, en 2008 casi 3% de los egresos hospitalarios a nivel nacional fueron debidos a la diabetes mellitus, porcentaje similar al reportado en 2003, cuando se calculó que los costos directos e indirectos de la enfermedad fueron de 100 millones de dólares anuales. Morbilidad En nuestro país de acuerdo con lo planteado en el Programa Nacional de Salud 2007- 2012, es una enfermedad de muy alta prevalencia entre la población mayor de 20 años, la prevalencia es 8 de cada 100 personas del mismo grupo de edad, incrementándose con la edad, pues después de los 50 años es superior a 20 de cada 100. Además de ser 6 la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales de hospitalización7. Por otro lado, la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo 2 varía entre 364.95 a 371.55 de 2003 a 2008. Asimismo, durante 2008 el porcentaje de egresos hospitalarios muestra que son las mujeres las más afectadas por este padecimiento con 53.3%, mientras que el 46.7% fueron hombres. Este padecimiento afecta principalmente a la población de 50 a 69 años, que representa casi 50% de los egresos hospitalarios; en este grupo de edad, esta afección, se presenta principalmente entre las mujeres de 60 a 69 años (25.9% de los casos) y en los hombres de 50 a 59 años (25%). Sin embargo, en términos generales afecta en mayor medida a las mujeres.3 Mortalidad La tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus en 2008 es de 70.9 por cada 100 mil habitantes. Siendo los estados de Distrito Federal (99), Coahuila (87.4), Morelos (84.3), Guanajuato (82.9) y Michoacán (80.4) quienes presentan las mayores tasas de mortalidad por esta afección. Por el contrario, los estados con la menor tasa de mortalidad fueron Quintana Roo (35.7), Chiapas (45), Baja California Sur (51.3), Baja California (51.6) y Sinaloa (56.5).9 Por otro lado, la tasa de mortalidad observada por sexo, muestra que son las mujeres quienes mueren en mayor medida a causa de diabetes mellitus. +

### **1.1.2 Clasificación**

La diabetes tipo 1 también denominada diabetes insulinodependiente, es ocasionada por la destrucción de la célula ß de los islotes de Langerhans pancreáticos, provocado por alteraciones inmunológicas o de causa desconocida (idiopática). Se caracteriza por su insulina dependencia, constituye el 10% de las DM primarias y suele desarrollarse antes de los 30 años. Tiene un inicio clínico agudo o subagudo con tendencia a la cetosis que puede derivar en cetoacidosis. Tipo de complicación Porcentaje Renal 43.2 Cetoacidosis 4.0 Coma 2.3 Múltiples 7.3 Circulación periférica 1.6 Neurológica 0.8 Oftálmica 0.1 Otra complicación específica 0.7 Sin complicación 40.08 Se describen como diabetes tipo 2 aquellas formas con resistencia insulínica predominante y, eventualmente, una deficiencia relativa de secreción de insulina, de etiología esencialmente desconocida. La causa es, por tanto, una combinación de resistencia a la acción de la insulina (generalmente asociada a obesidad) y una inadecuada respuesta secretora de insulina compensatoria. Intervienen en su aparición factores genéticos y ambientales. Presenta un factor hereditario muy importante y suele desarrollarse después de los 40 años en personas obesas. No existe tendencia a la cetosis y al menos en su inicio, no suele ser dependiente de la insulina. La denominación de Diabetes mellitus no insulinodependiente para hacer referencia a la DM tipo 2, no se recomienda ahora puesto que muchos de estos pacientes acaban precisando la administración de insulina.

### **1.1.3 Criterios para el diagnóstico**

 Los criterios para el diagnóstico de la diabetes se han establecido por diferentes sociedades en consenso. En el año 2005, la Sociedad Americana de Diabetes de la misma forma que la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 establecieron lo siguiente: 1, 15 Se establece el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: Síntomas de diabetes asociados a una medición de glucemia superior a 200 mg/dL (11,1mmol/L) en cualquier momento del día, y sin importancia del tiempo que la separa de una comida. Considerando que la DM puede cursar de forma asintomática o bien presentar los síntomas típicos de la enfermedad (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso). Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es >110 mg/dl (6,1 mmol/l) y 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y 140 mg/dl, se efectuará la prueba diagnóstica. Se establece el diagnóstico de diabetes gestacional, si durante las semanas 24 a 28 del embarazo se presentan dos o más de los siguientes valores: en ayuno >105 mg/dl; después de una carga de glucosa en ayuno de 100 g, valores superiores a 190 mg/dl a la hora poscarga, 165 mg/dl a las dos horas poscarga y 145 mg/dl a las tres horas.

## **1.2 Atención Farmacéutica**

### **1.2.1 Introducción a la Atención Farmacéutica**

 El objetivo de la utilización de medicamentos es mejorar la calidad de vida de los pacientes, a través de la curación de las enfermedades o, cuando esto no es posible, controlar sus consecuencias y sus síntomas.32 Existe un gran número de medicamentos, cada vez con mayor calidad, eficaces y seguros, los cuales constituyen el “arma terapéutica” más empleada para mantener o mejorar la salud de la población.32 Sin embargo, no siempre que un paciente utiliza un medicamento el resultado es óptimo, en muchas ocasiones la farmacoterapia falla. Esto se produce cuando los medicamentos provocan un daño en el paciente (no son seguros) y/o cuando no alcanzan el objetivo para el cual fueron prescritos (no son efectivos).32 Estos fallos de la farmacoterapia se han manifestado en numerosos estudios, y en la actualidad no existe duda de que provocan pérdidas en la salud de los pacientes y provocan pérdidas económicas a la sociedad. No obstante, también se ha demostrado que los fallos de la farmacoterapia son evitables en un alto porcentaje.32 Este hecho justifica el desarrollo del concepto de Atención Farmacéutica (AF), que pretende aportar soluciones a este problema de salud pública y ser una respuesta efectiva para detectar, prevenir y resolver los fallos de la farmacoterapia.33 La Atención Farmacéutica engloba todas aquellas actividades asistenciales del farmacéutico orientadas al paciente que utiliza medicamentos. Entre estas actividades, el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) presenta el mayor nivel de efectividad en la obtención de los mejores resultados posibles en salud, cuando se utilizan medicamentos.

### **1.2.2 Seguimiento Farmacoterapéutico.**

El SFT es una práctica clínica que pretende monitorear y evaluar, de forma continua, la farmacoterapia del paciente con el objetivo de mejorar los resultados en salud. En la actualidad no hay duda, de que dentro del equipo de salud que atiende al paciente, el 24 profesional más cualificado para realizar SFT es el farmacéutico, por su formación específica en materia de medicamentos, por su accesibilidad y por su motivación para que su labor asistencial sea reconocida.32 La existencia de un problema de salud pública (los fallos de la farmacoterapia) que producen disminución de la calidad de vida y pérdidas económicas, requieren del trabajo del farmacéutico (de modo asistencial), que realizando Atención Farmacéutica, y especialmente SFT, persigue disminuir la morbi-mortalidad asociada al uso de medicamento, así como aprovechar al máximo la labor asistencial que puede desarrollar. De esta definición de SFT es preciso que se consideren los siguientes aspectos:32 El SFT constituye una actividad profesional, en la cual el farmacéutico tiene que asumir responsabilidades sobre las necesidades que los pacientes tienen con respecto a sus medicamentos. Por lo tanto, no se trata de una simple aplicación de conocimientos técnicos, sino que el farmacéutico tiene que ser capaz de utilizarlos y aplicarlos para evaluar e intervenir en cada situación. La detección, prevención y resolución de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) conlleva inevitablemente al monitoreo y a la evaluación continua (ininterrumpida e indefinida en el tiempo) de los efectos de los medicamentos que utiliza el paciente. Esto convierte al SFT en una actividad clínica, en la que el farmacéutico va a detectar cambios en el estado de salud del paciente atribuibles al uso de la medicación. Para hacer este trabajo deberá utilizar y medir variables clínicas (síntomas, signos, eventos clínicos, mediciones metabólicas o fisiológicas) que permitan determinar si la farmacoterapia está siendo necesaria, efectiva y/o segura. La realización del SFT implica la colaboración e integración del farmacéutico en el equipo de salud que atiende al paciente. Dentro de este equipo, el farmacéutico debe conocer y definir cuál es su función en el manejo y cuidado de los problemas de salud del paciente y aportar su juicio clínico, elaborado desde la perspectiva del medicamento, cuando lo crea conveniente. El SFT ha de proveerse de forma continua. Esto significa que el farmacéutico debe cooperar y colaborar con el paciente de forma indefinida en el tiempo. Para ello ha de implicarse no sólo en la prevención o resolución de los RNM, cuando éstos 25 aparezcan, sino también en el tratamiento integral de los problemas de salud del paciente. Y desarrollar labores educativas, monitorear los tratamientos y sus efectos o, en general, realizar cualquier actividad que permita optimizar el cuidado de los problemas de salud y obtener el mayor beneficio posible de la farmacoterapia que utiliza el paciente. Para promover su continuidad en el tiempo, el SFT integra el desarrollo de un plan de actuación destinado a preservar o mejorar el estado de salud del paciente, y evaluar continuamente los resultados de las intervenciones realizadas para alcanzar tal fin. El SFT se realiza de forma sistematizada. Esto significa que se ajusta a unas directrices o pautas, ordenadamente relacionadas entre sí, que contribuyen a que se alcance su objetivo: mejorar o mantener el estado de salud del paciente. Por tanto, el SFT necesita del diseño y desarrollo de procedimientos (métodos) aplicables en cualquier ámbito asistencial, que establezcan un modo estructurado y ordenado de actuar, y a la vez, centren el trabajo del farmacéutico. De esta forma, se pretende incrementar la eficiencia y la probabilidad de éxito del servicio de SFT.33 El SFT debe realizarse de forma documentada. La documentación del SFT es un aspecto determinante en el desarrollo de esta práctica asistencial. Esto supone que el farmacéutico adopte un papel activo en la elaboración de sistemas de documentación adecuados, que permitan registrar la actividad.34 En ella se declara que el SFT comprende, entre otras cuestiones, “el establecimiento de un informe farmacéutico que incluya el historial del paciente, los medicamentos recetados, las informaciones clínicas, los resultados terapéuticos y biológicos disponibles, así como las recomendaciones hechas al paciente”.34 Toda la necesidad generada en torno a la documentación del SFT supone que el farmacéutico ha de adoptar una postura proactiva en el diseño e implantación de sistemas de documentación. Sólo registrando y comunicando los resultados obtenidos se puede demostrar la conveniencia y la efectividad de la intervención del farmacéutico sobre la salud del paciente. Por otra parte, la información registrada debe servir para evaluar los procedimientos realizados durante el SFT. Este aspecto es determinante para mejorar la práctica diaria, para conseguir un mayor progreso de la actividad, y/o para lograr su adecuada implantación.3426

### **1.2.3 Problemas relacionados con los medicamentos.**

Los resultados negativos asociados al uso de los medicamentos (RNM) son problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte), que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente.33,34 En lo que respecta al término problemas relacionados con medicamentos (PRM), son “aquellas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos”. Por tanto, los PRM pasan a ser todas aquellas circunstancias que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir RNM. En este momento, los PRM dejan de ser conceptualmente equivalentes a los RNM, quedando perfectamente diferenciados.34 PRM que pueden ser señalados como posibles causas de un RNM:34 Administración errónea del medicamento Características personales Conservación inadecuada Contraindicación Dosis, pauta y/o duración no adecuada Duplicidad Errores en la dispensación Errores en la prescripción, Incumplimiento Interacciones Otros problemas de salud que afectan al tratamiento Probabilidad de efectos adversos Problema de salud insuficientemente tratado.

## **1.3 Proceso de seguimiento farmacoterapéutico**

### **1.3.1 Oferta del servicio**

El Método Dáder de SFT tiene un procedimiento concreto, en el que se elabora un Estado de Situación objetivo del paciente, del que luego se derivan las correspondientes Intervenciones farmacéuticas, en las que cada profesional clínico, juntamente con el paciente y su médico, decidan qué hacer en función de sus conocimientos y las condiciones particulares que afecten al caso.33,34 El procedimiento de SFT consta de las siguientes fases: 1. Oferta del servicio. 2. Primera Entrevista. 3. Estado de Situación. 4. Fase de Estudio. 5. Fase de Evaluación. 6. Fase de Intervención 7. Resultado de la intervención. 8. Nuevo Estado de Situación. 9. Entrevistas sucesivas. En esta fase el farmacéutico informa al paciente sobre la existencia del Servicio de SFT, y se presenta de la siguiente forma:34 Mencionar que el objetivo es conseguir la máxima efectividad de los medicamentos que toma. Hay que informar que el farmacéutico no va a sustituir a ningún otro profesional de la salud en su función, sino que va a trabajar en equipo, y que no va a iniciar o suspender ningún tratamiento, ni modificar pautas que haya prescrito su médico, al que se acudirá cuando exista algún aspecto susceptible de la farmacoterapia que pueda mejorarse. Sensibilizar al paciente con la idea de corresponsabilidad y colaboración, para lo que participará en la toma de decisiones que se realicen respecto de su medicación.

### **1.3.2 Primera entrevista**

En la Primera Entrevista hay que documentar y registrar la información recibida por el paciente. Para ello, se utiliza el modelo de Historia Farmacoterapéutica del Paciente. 34 la Primera Entrevista se estructurará en tres partes claramente diferenciadas:33,34 1. Fase de preocupaciones y problemas de salud: El objetivo de esta fase es lograr que el paciente exprese aquellos problemas de salud que más le preocupan. Para lograr esto se comienza con una pregunta abierta, que permita al paciente exponer en su propio lenguaje dichos problemas 2. Medicamentos que usa el paciente: El objetivo que se persigue en esta fase, es tener una idea del grado de conocimiento que el paciente tiene sobre sus medicamentos y del cumplimiento terapéutico. 3. Fase de repaso: En este momento se le dice al paciente que la entrevista ha terminado y que se va a hacer un repaso, para comprobar que la información obtenida es correcta. Esta fase tiene los siguientes objetivos: 1. Profundizar en aquellos aspectos que en la primera fase de la entrevista se habían mencionado, y sobre alguna información por completar, ya que en la primera parte se hace hincapié en establecer la relación afectiva, evitando las interrupciones. 2. Descubrir nuevos medicamentos y problemas de salud que no habían aparecido antes, probablemente porque no preocupaban demasiado al paciente.31 3. Hacer ver al paciente que se ha escuchado con interés.

### **1.3.3 Estado de situación**

El estado de situación es un documento que muestra, a modo de resumen, la relación de los problemas de salud y los medicamentos del paciente a una fecha determinada.34 Es una herramienta que permite analizar a una fecha concreta la historia del paciente. El estado de situación se elabora con la información de la historia farmacoterapéutica del paciente, la cual se organiza de forma estructurada en el documento. Finalmente se obtiene un “esquema” de los problemas de salud y los medicamentos del paciente que permite disponer de una “visión general” sobre el estado de salud de este. Para ordenar la información obtenida en la primera entrevista y continuar adecuadamente el proceso se recomienda elaborar siempre el estado de situación del paciente.34 En general, el estado de situación se elabora con alguno de los siguientes fines: Evaluar la farmacoterapia del paciente. Visualizar el panorama sobre el estado de salud del paciente. Exponer un caso en una sesión clínica.

## **1.4 Dificultad del control**

### **1.4.1 Complicaciones**

La diabetes mellitus es un problema de salud pública. La diabetes puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial, con aumento del costo tanto personal como social, no sólo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil, por lo que es de suma importancia fijar objetivos enfocados a la prevención de su aparición, mejorar su control, tratamiento y pronóstico.17 La diabetes mellitus tipo 2 reviste especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento y lograr el adecuado control metabólico, con lo cual prevendría sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos, se requiere ajuste en la alimentación, control de peso y una actividad física adecuada. Existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado control metabólico, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y el de instrucción del paciente sobre su enfermedad17 . En nuestro país son pocos los estudios realizados en el ámbito nacional sobre apego terapéutico. En un estudio realizado por Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B en España, mostró que de 150 pacientes seleccionados, con una edad promedio de 60±9 años; y un índice de masa corporal promedio de 30.1 ±6 kg/m2 en el grupo seleccionado, se encontraban descontrolados metabólicamente según los valores de la hemoglobina glicosilada, la cual tuvo un promedio >10%. Un factor que pudo haber contribuido a este hecho fue la obesidad que padecía el grupo, aunado a la falta de apego a la dieta y al ejercicio, variables que podrían estar relacionadas con el desconocimiento de la enfermedad. El 49% tomaba plantas medicinales, sin que esto fuera significativo para el 11 apego al tratamiento farmacológico o al control metabólico; la escolaridad y el desconocimiento de la enfermedad fueron las variables estadísticamente significativas para la falta de apego al tratamiento farmacológico18 . El adecuado control de los pacientes diabéticos tipo 2 exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas19 . Un estudio presentado en la IX Reunión Delegacional de Investigación Médica en Monterrey (México), en febrero del 2005, concluyó que la disfunción familiar tiene poca importancia en la falta de control del paciente diabético tipo 2, ya que aun con funcionalidad familiar normal, el índice de no control de glucosa es alto20 . Varios estudios efectuados en esta década han comprobado que la educación sobre diabetes reduce el riesgo de complicaciones del paciente. Más aun, la educación a la población general determina una mayor demanda a las instituciones de salud para la detección precoz y el tratamiento adecuado de la enfermedad21 . Un estudio realizado en Uruguay en marzo del 2004, que comparó población diabética de dos hospitales, mostró que la población con nivel de escolaridad mayor podía tener mayor acceso y facilidad para adquirir información sobre la diabetes. Existen dos tipos o etapas de la retinopatía: no proliferativa o proliferativa.26 La retinopatía diabética no proliferativa se desarrolla primero. Los vasos sanguíneos en el ojo se vuelven más grandes en ciertos puntos (llamados micro aneurismas), o también pueden resultar bloqueados. Puede haber pequeñas cantidades de sangrado (hemorragias retinianas) y puede escaparse líquido hacia la retina, lo cual puede llevar a problemas notorios en la vista.26 La retinopatía proliferativa es la forma más severa y avanzada de la enfermedad. Empiezan a crecer nuevos vasos sanguíneos dentro del ojo, los cuales son frágiles y pueden producir hemorragias. Se pueden presentar pequeñas cicatrices, tanto en la retina como en otras partes del ojo (el humor vítreo). El resultado final es la pérdida de la visión al igual que otros problemas.26 Prevención y detección precoz:26 Mediante la visita al oftalmólogo de aquellos pacientes con factores de riesgo de padecer diabetes, así como en el momento del diagnóstico de la diabetes, anualmente los diabéticos diagnosticados, dos veces al año aquellos con pre-retinopatía diabética o con edemas maculares, una vez cada trimestre en embarazadas e inmediatamente si observan cambios en la agudeza visual.13 Debe realizarse, como mínimo:26 Pruebas de control ocular Control de agudeza visual tanto cercana como distante Tonometría Fondo de ojo El tratamiento principalmente consiste en medidas preventivas como mejorar el control glucémico, la presión arterial, suprimir el tabaco. Así como la fotocoagulación y el uso de lobotómicos.

### **1.4.2 Fase de estudio**

La fase de estudio es la etapa que permite obtener información objetiva sobre los problemas de salud y la medicación del paciente, trata de encontrar la mejor evidencia científica disponible a partir de una búsqueda de la información en las fuentes más relevantes y centrada en la situación clínica del paciente.33,34 Después se analizarán las dos partes diferenciadas del Estado de Situación: Los problemas de salud Los medicamentos. En el cual es aconsejable estudiar cada problema con los medicamentos que lo tratan y así sucesivamente. En términos generales, la fase de estudio aportará la información necesaria que permita:34 Evaluar críticamente la necesidad, la efectividad y la seguridad de la medicación que utiliza el paciente a una fecha determinada. Diseñar un plan de actuación con el paciente y el equipo de salud, que permita mejorar y/o preservar los resultados de la farmacoterapia de forma prolongada en el tiempo. Promover la toma de decisiones clínicas basada en la evidencia científica durante todo el proceso de SFT.

### **1.4.3 Fase de evaluación**

 El objetivo de la fase de evaluación es identificar los resultados negativos asociados a la medicación que presenta el paciente (tanto aquellos manifestados, como las sospechas de RNM). 32,33,34 La identificación de los resultados negativos asociados a la medicación se realiza mediante un proceso sistemático de preguntas que contestan las tres propiedades que debe tener la farmacoterapia: necesidad, efectividad y seguridad. ¿Necesita el paciente el/los medicamentos? ¿Está/n siendo efectivo/s? ¿Y es seguro? En el caso de estrategias terapéuticas, las preguntas sobre necesidad y efectividad deben contestarse en conjunto ya que por una parte, si no se discuten las estrategias diseñadas por el médico, no puede ponerse en duda la necesidad de un medicamento que se relacione y esté autorizado para tratar un determinado problema de salud; y por otra, una falta de efectividad, no podrá relacionarse con un medicamento concreto si no se cuenta con toda la estrategia conjunta.34 Sin embargo, los problemas de seguridad sí son propios de cada medicamento, por lo que esta pregunta debe realizarse para cada uno de los que toma.34 Para describir las sospechas de RNM que el paciente pueda experimentar, se utiliza la clasificación del Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos.