



BOLETIN resumen de notificaciones cuarto TRIMESTRE 2021

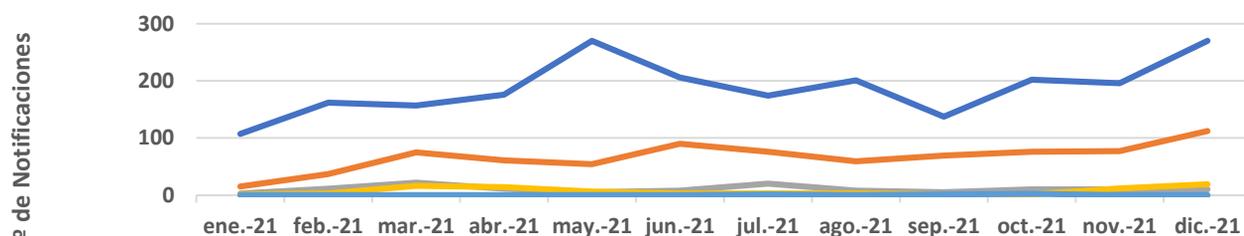
Uso Seguro de Medicamentos

Durante el cuarto trimestre de 2021 (octubre-diciembre) se han recibido **997** notificaciones relacionadas con errores de medicación (EM). La participación en el Programa de Notificación de Errores de Medicación se ha distribuido, según procedencia, del siguiente modo:

● Número de Errores de Medicación recibidos y participación en el Programa (%) - periodo octubre-diciembre 2021:

UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS AH	668	67,00%
UNIDADES FUNCIONALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS AP	265	26,58%
OFICINAS DE FARMACIA DE LA RED DE FARMACIAS CENTINELA	32	3,21%
CENTROS SOCIO-SANITARIOS	30	3,01%
SUMMA112	2	0,20%

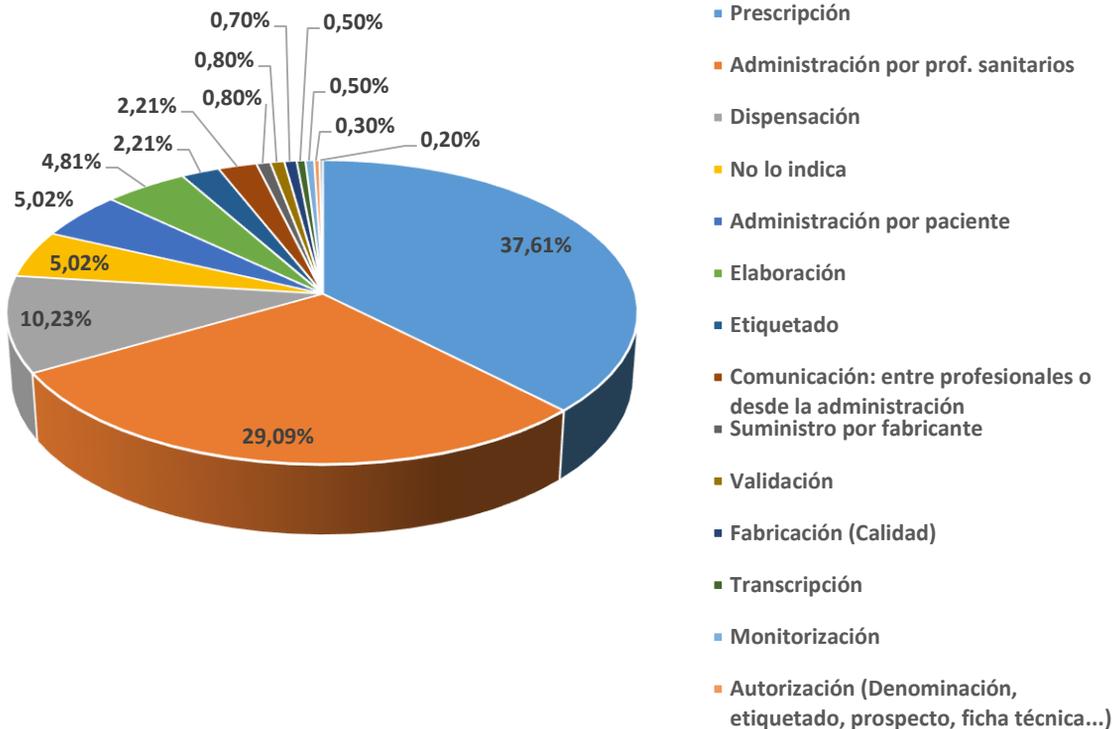
● Evolución de la Participación en el Programa durante el año 2021 :



	ene.-21	feb.-21	mar.-21	abr.-21	may.-21	jun.-21	jul.-21	ago.-21	sep.-21	oct.-21	nov.-21	dic.-21
UFGR AH	107	162	157	176	270	206	174	201	137	202	196	270
UFGR AP	15	37	75	61	54	90	76	59	69	76	77	112
CSS	3	11	22	11	5	8	20	8	5	10	10	10
RFC	1	3	16	14	6	3	3	3	1	1	12	19
SUMMA 112	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0

— UFGR AH — UFGR AP — CSS — RFC — SUMMA 112

● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según origen/etapa del error (octubre-diciembre 2021) :



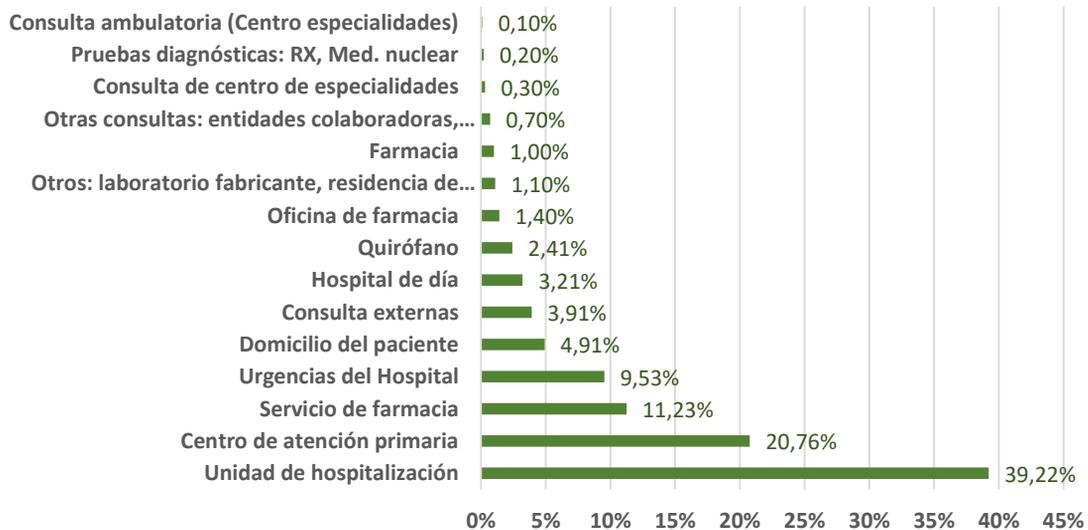
● Clasificación de los Errores de Medicación recibidos según tipo de error (octubre-diciembre 2021):

TIPO DE ERROR	% vs TOTAL
Error en la dosis: omisión o incorrecta	26,78%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	18,66%
Frecuencia de administración errónea	7,32%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	6,22%
Paciente equivocado	6,02%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	5,92%
Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	5,02%
Error de almacenamiento	4,11%
No lo indica	3,61%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	2,41%
Vía de administración incorrecta	2,31%
Monitorización insuficiente del tratamiento	2,11%
Duración del tratamiento incorrecta	2,01%
Hora de administración incorrecta	1,60%
Forma farmacéutica errónea	1,40%
Técnica de administración errónea	1,10%
Velocidad de administración incorrecta	0,90%
Error en el principio activo	0,70%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	0,60%
Falta de cumplimiento del paciente	0,30%
Se prescribe un fármaco que no suministra los distribuidores	0,30%
Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	0,20%
Error en el envase prescrito o dispensado	0,20%
Error administrativo, subsanable por el farmacéutico	0,10%
Se prescribe un medicamento que no está comercializado	0,10%

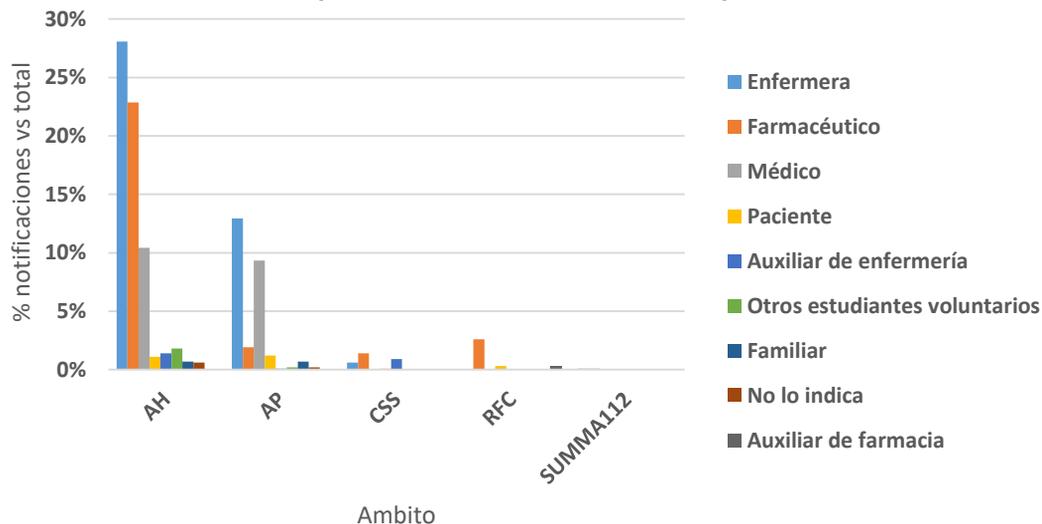
● Clasificación de los errores recibidos según causas (octubre-diciembre 2021):

CAUSAS	% vs TOTAL
No lo indica	23,77%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	23,07%
Falta de conocimientos/formación	12,44%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	8,02%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	5,32%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	5,12%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	4,91%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	4,81%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	4,71%
Incorrecta identificación del paciente	3,61%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1,50%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	1,20%
Defectos en la calidad del medicamento	1,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,50%

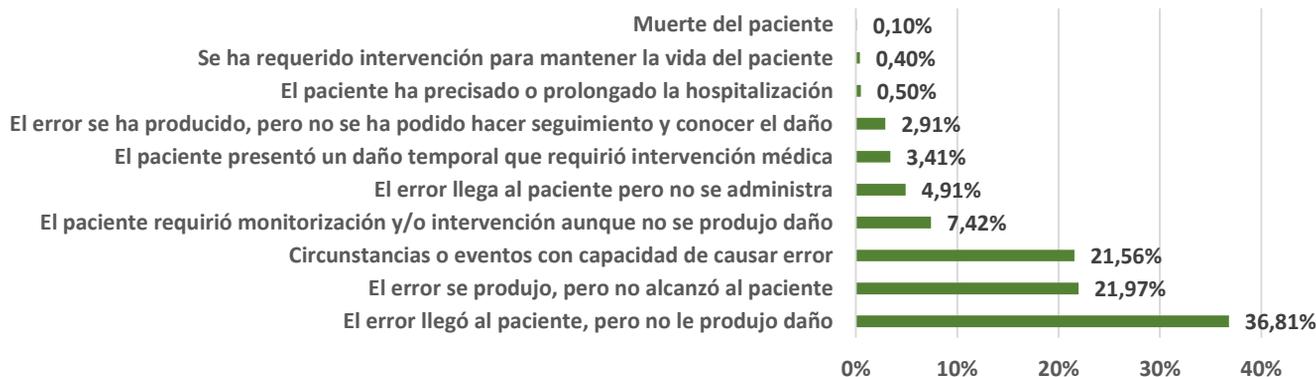
● Clasificación de los EM según el lugar donde se producen (octubre-diciembre 2021)



● Clasificación de los EM recibidos según la persona que descubre el error por ámbito asistencial (octubre-diciembre 2021):



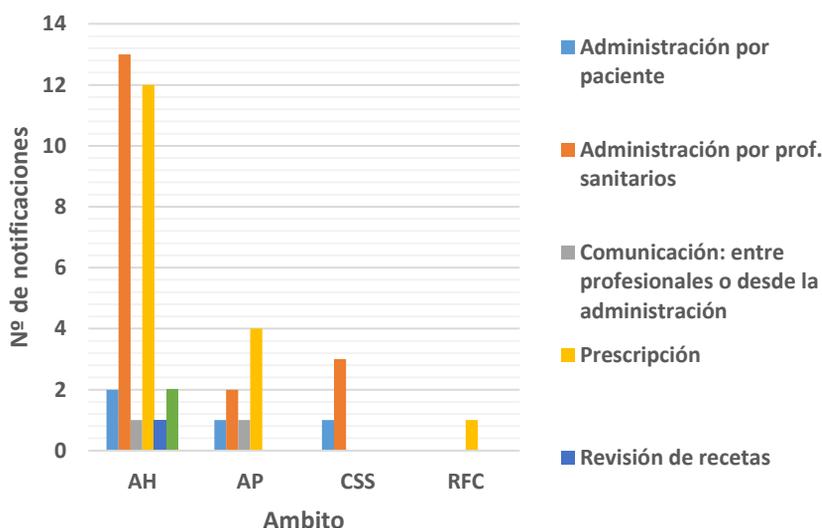
● Clasificación de los errores recibidos según las **CONSECUENCIAS** para el paciente (octubre-diciembre 2021):



▪ **Procedencia de los errores de medicación donde se refiere DAÑO (n=44)**

Atención Hospitalaria (AH)	31
Atención Primaria (AP)	8
Centros Sociosanitarios (CSS)	4
Red de Farmacias Centinela	1
TOTAL	44

▪ **Origen de los errores de medicación donde se refiere DAÑO (n=44) al paciente según procedencia.**



▪ **Tipo de error de medicación donde se refiere DAÑO al paciente (n=44)**

Error en la dosis: omisión o incorrecta	43,18%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	20,45%
Paciente equivocado	6,82%
No administración de medicamento prescrito (omisión)	4,55%
Velocidad de administración incorrecta	4,55%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	4,55%
Hora de administración incorrecta	4,55%
Error en el principio activo	2,27%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	2,27%
Monitorización insuficiente del tratamiento	2,27%
No lo indica	2,27%
Frecuencia de administración errónea	2,27%

● Descripción de algunos errores de medicación remitidos al CFV (Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid) por referir consecuencias al paciente (octubre-diciembre 2021): (desde el Centro de Farmacovigilancia nos recuerdan que es importante incluir la clínica que presentó el paciente para incorporar el EM como reacción adversa).

Desde Atención Hospitalaria:

- ✓ Paciente que ingresa en hematología. No se actualizan los antecedentes sobre "medicación habitual" figurando la que tomaba hacía dos meses. En el MUP sí estaba actualizado pero no se consultó. Durante la conciliación de la medicación en urgencias, se prescribe venlafaxina y oxicodona, pensando que la paciente lo seguía tomando y en realidad ya no lo tomaba. Avisan a Geriátrica al cabo de 10 días por cuadro confusional de la paciente, que probablemente sea debido al inicio brusco de la medicación.
- ✓ La paciente ingresa por cirugía de cadera tras fractura patológica. Al prescribir medicación habitual se consulta el MUP donde consta digoxina 0,5 excepto martes y sábados (refiriéndose a medio comprimido) pero se interpreta como 0,5 mg, prescribiéndose 2 comprimidos salvo martes y sábado. La paciente presenta niveles de 5.19 ng/ml cuando se detecta el error y se ajusta tratamiento.
- ✓ Durante la asistencia en box vital de la paciente por situación de anafilaxia se pautan verbalmente por parte de la doctora 0,06 mg de adrenalina intramuscular. La enfermera que recibe la orden carga 0,6 mg de adrenalina y los administra sin realizar la doble comprobación con otro profesional ni decirlo en voz alta. Ambas profesionales eran expertas en la unidad. La situación era de jaleo.
- ✓ Se pautan 12UI de insulina rápida a pasar en 20min un suero glucosado al 5%. Se administran 50UI (en lugar de las 12 pautadas) presentando la paciente hipoglucemia grave detectada en las siguientes horas.
- ✓ En lugar de administrar bolo de somatostatina de 250 mcg como se había prescrito se administró por error ampolla de 3 mg en bolo.
- ✓ Se procede a administrar 4UI de insulina Actrapid a paciente con pauta de insulina prescrita por equipo médico. Al proceder a ello, se coge del carro del box el único formato de jeringa existente, una jeringa de 1ml (sin otra unidad reflejada). Error: Se carga un volumen de 0'4mL de insulina Actrapid (en vez de cargar 4UI=0'04mL, que sería el equivalente en las jeringas estándar de unidades) La paciente presenta una hipoglucemia de 30mg/dL al evaluarla mediante glucómetro en el siguiente turno posterior a la administración errónea.

Desde Atención Primaria:

- ✓ Paciente que se le prescribe medio comprimido de enalapril 10 mg y se toma, por error, un comprimido diario; Tiene un síncope y al repasar la medicación en consulta de enfermería se observa el error.
- ✓ Paciente con adenocarcinoma gástrico y carcinomatosis peritoneal acude a urgencias del hospital por dolor donde precisó perfusión de morfina IV. Se ad el alta tras 48 horas de ingreso con pauta de fentanilo 25 mg transcutáneo y rescate de morfina 10 mg. En el informe de alta figura además rescate con fentanilo de liberación rápida Avaric 800, pero no figura en el MUP. La paciente no se ha enterado de nada sobre su tratamiento. No toma morfina de rescate ni fentanilo de rescate. Tiene un dolor intenso. La dosis inicial prescrita para manejar el dolor oncológico en esta paciente ha podido ser insuficiente y además no ha sido incluido en MUP.
- ✓ Paciente de 20 años que solicita ACO (anticonceptivo). Solicita cambiar loette por otro ACO por spotting. Prescribo dienogest/estradiol en vez de dienogest/Etinilestradiol. La paciente detecta error y consulta, con otro médico, que se trata de THS que prescribe otro ACO pero la paciente toma el primero, un envase, presentando amenorrea y test embarazo positivo semanas después.

Desde Centros Sociosanitarios:

- ✓ Se administran 5ml de risperidona solución en la noche en lugar de 0.5 ml. Tras la detección del error se procedió a aumentar la ingesta de líquidos para favorecer la eliminación y a la monitorización de las constantes vitales. De los síntomas descritos en los casos de sobredosificación, solo presentó taquicardia con una Fc=125 lpm durante la noche.
- ✓ Error en la identificación del paciente entre 2 señoras que cenan en mismo comedor. Se administra medicamentos antihipertensivo, antiarrítmico, diurético y antidiabético oral a residente que no tiene enfermedad cardiovascular ni diabetes mellitus. Tras la administración la persona que administra se percata y avisa a la enfermera, y esta al médico del residente. Plan: Se aumenta la ingesta hídrica con 2 vasos de agua, control de TA, FC y glucemia. A 1 hora la TA=90/55 mm Hg, a las 2 h TAS=115/56 mm Hg, glucemia = 91.

Desde la Red de FarmaciasCentinela:

- ✓ Se pauta Prolia® a una paciente para tratar la osteoporosis y no se pauta calcio, explicándole la doctora que con el calcio de la alimentación es suficiente. Consecuencia: En la siguiente densitometría la osteoporosis aumentó debido a la falta de calcio. El siguiente especialista, al ver esa situación ya pauta el calcio.

● Medicamentos de alto riesgo con daño, en A. Hospitalaria:

No lo indica	25
Citostáticos, parenterales y orales	2
Heparina y otros anticoagulantes parenterales (ej., antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina)	1
Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)	1
Agonistas adrenérgicos IV (ej. ADRENalina, DOPamina, noradrenalina)	1
Cloruro potásico, IV (solución concentrada)	1

● Causas de los EM en personas ≥ 65 años (n=385)

CAUSAS de los EM	UFGR- AH	UFGR-AP	CSS	RFC
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	12,99%	5,71%	1,82%	0,52%
No lo indica	10,65%	9,87%	0,00%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	8,83%	4,42%	0,26%	0,78%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	7,79%	0,00%	0,26%	0,00%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	4,42%	1,56%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	3,90%	1,30%	0,26%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	3,38%	1,30%	0,26%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	2,60%	0,78%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,34%	1,56%	1,30%	0,52%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	1,56%	4,94%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	0,78%	1,56%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: entre unidades asistenciales	0,52%	0,00%	0,26%	0,00%
Falta de concordancia entre las bases de datos y los medicamentos comercializados	0,52%	0,00%	0,00%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,26%	0,00%	0,00%	0,26%

● Causas de los EM niños ≤ 18 años (n=192):

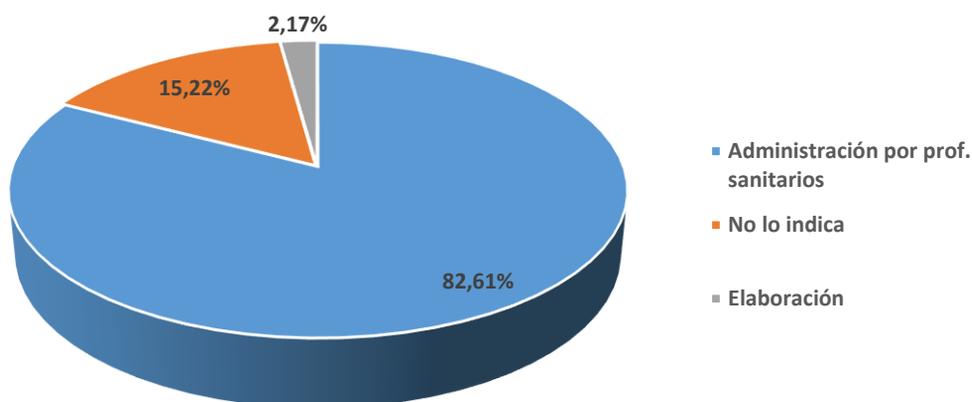
CAUSAS de los EM	UFGR- AH	UFGR- AP	RFC	SUMMA 112
No lo indica	18,75%	8,85%	0,00%	0,00%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	14,58%	4,69%	1,04%	0,52%
La presentación de la especialidad farmacéutica da lugar a confusión: nombre similares, similitud de envases	8,85%	3,65%	0,00%	0,00%
Falta de conocimientos/formación	8,33%	3,65%	0,52%	0,00%
Incorrecta identificación del paciente	3,65%	0,52%	0,00%	0,00%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	3,13%	1,56%	0,00%	0,52%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	3,13%	2,08%	0,00%	0,00%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	2,60%	0,52%	0,52%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al alta	1,56%	0,52%	0,00%	0,00%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	1,56%	1,04%	0,00%	0,00%
Falta o fallo en el procedimiento de conciliación de la medicación: al ingreso	1,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Defectos en la calidad del medicamento	0,52%	0,52%	0,00%	0,00%

● Notificaciones recibidas relacionadas con la vacunación frente al Covid-19 (octubre-diciembre 2021):

Durante los meses de octubre a diciembre de 2021 se han recibido 46 notificaciones sobre errores de medicación relacionadas con las vacunas frente al Covid-19. Representa un 5% frente al total de errores de medicación recibidos en este periodo (n=997). La procedencia de los casos fue:

Atención Primaria:	44	95,65%
Atención Hospitalaria:	2	4,35%

En cuanto al **origen/etapa del error**, se muestra en el siguiente gráfico:



En cuanto al **tipo de error** registrado, se muestra en la siguiente tabla:

Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	32,61%
Error en la preparación/manipulación/acondicionamiento (incluye el cálculo de dosis)	19,57%
Frecuencia de administración errónea	19,57%
Selección inapropiada del medicamento: no indicado, contraindicación, historia de alergia o RAM previa, duplicidad terapéutica, medicamento innecesario...(Error en el principio activo)	8,70%
Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	8,70%
Paciente equivocado	6,52%
Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	2,17%
Monitorización insuficiente del tratamiento	2,17%

En cuanto a las **causas** registradas, se muestra en la siguiente tabla:

No lo indica	34,78%
Falta de cumplimiento o de procedimientos de trabajo establecidos	23,91%
Falta de conocimientos/formación	15,22%
Problemas en los equipos y dispositivos de dispensación/ preparación/ administración	8,70%
Comunicación verbal incorrecta/incompleta/ambigua	6,52%
Incorrecta identificación del paciente	6,52%
Otros: situación de emergencias, personal insuficiente o sin experiencia	2,17%
Problemas en la interpretación de la prescripción: ambigua, ilegible, uso de abreviaturas	2,17%

● ACTUACIONES REALIZADAS :

❑ Boletines de Recomendaciones a Profesionales para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos

Nº7/2021.- MIDAZOLAM:

Se recomienda precaución a la hora de almacenar medicamentos de alto riesgo con el mismo principio activo y concentraciones diferentes. Almacenarlos en lugares separados y, si es posible en este caso, disponer de ampollas de midazolam 1mg/ml y 5mg/ml que se puedan diferenciar fácilmente.

Nº8/2021.- METAMIZOL: Se recomienda precaución a la hora de prescribir Metamizol para evitar prescribirlo en pacientes alérgicos a este medicamento y con registro de alergia. Cuando se incluye la alergia a metamizol en la historia, asegurarse que se elimina la prescripción con metamizol de todos los registros. Informar y advertir al paciente alérgico a Metamizol, de la diferencia entre principio activo (Metamizol) y nombre comercial del medicamento (Nolotil®, Metamizol EFG).

Nº9/2021.- ERRORES DE PRESCRIPCIÓN ATENCIÓN HOSPITALARIA: El Módulo Unico de Prescripción es la herramienta disponible para unificar la prescripción del paciente a nivel ambulatorio y se debe utilizar para prescribir los medicamentos con receta al alta hospitalaria para evitar confusiones al paciente y errores de medicación.

Nº10/2021.-PROBLEMAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN: Asegurarnos que el paciente comprende el tratamiento instaurado y la pauta de dosificación al alta hospitalaria y que se aporta la Hoja de Medicación. Asegurarnos que en el informe se incluye la pauta de forma que no de lugar a error de interpretación al paciente. Utilizar el Módulo Unico de Prescripción para prescribir los medicamentos con receta al alta hospitalaria. De esta manera se pueden evitar confusiones y errores en la administración por parte de paciente que también pueden ser detectados durante el proceso de dispensación.

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 7/2021
Fecha comunicación: octubre de 2021

MEDICAMENTO IMPLICADO
MIDAZOLAM

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 9/2021
Fecha comunicación: octubre de 2021

MEDICAMENTO IMPLICADO
METAMIZOL

CARACTERÍSTICAS DEL ERROR
A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM) y a lo largo del año 2021 hasta el

COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 10/2021
Fecha comunicación: noviembre de 2021

MEDICAMENTO IMPLICADO
ERRORES DE PRESCRIPCIÓN ATENCIÓN HOSPITALARIA

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES
COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS A LOS PROFESIONALES SANITARIOS
Incidencia: 10/2021
Fecha comunicación: noviembre de 2021

MEDICAMENTO IMPLICADO
PROBLEMAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

CARACTERÍSTICAS DE LOS ERRORES
A través del Portal de Uso Seguro del Medicamento (PUSM) hemos tenido conocimiento de un error de medicación procedente de una unidad funcional de gestión de riesgos de atención primaria, originado en la etapa de la administración por parte del paciente. El error se produjo a consecuencia de una falta de información al paciente unido a una interpretación errónea de la pauta de dosificación indicada en el informe de alta hospitalaria.

El caso fue el siguiente:

El paciente acudió a urgencias por TIR (episodio único profuso) en RM (menstrio inferior). Al alta se ajusta informe con la pauta anticonceptiva instaurada en días y horarios que coinciden con el embarazo. Se indica: 20mg en Omeprazol y 8 en Dienogest en fases muy seguidas. Esto, unido a la falta de información que ofrece el profesional al paciente y a que está en embarazo. Esto, hizo que el paciente embarazada que tenía que tomar más anticoncepción de la indicada, por lo que el TIR fue de 0 en el control que se hizo en atención primaria y como consecuencia hubo que iniciar tratamiento y monitorización/segimiento del caso.

RECOMENDACIONES

- ✓ Reforzar la información/formación a los profesionales sobre la estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos y los principios clave para evitar errores en la prescripción
- ✓ Asegurarnos que el paciente comprende el tratamiento instaurado y la pauta de dosificación al alta hospitalaria y que se aporta la Hoja de Medicación.
- ✓ Asegurarnos que en el informe se incluye la pauta de forma que no de lugar a error de interpretación al paciente.
- ✓ Utilizar el Módulo Unico de Prescripción para prescribir los medicamentos con receta al alta hospitalaria. De esta manera se pueden evitar confusiones y errores en la administración por parte de paciente que también pueden ser detectados durante el proceso de dispensación.
- ✓ Especial precaución con medicamentos de alto riesgo como son los anticoagulantes.

1. Estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos de la Comunidad de Madrid. Disponible en: https://portal.usmedicamento.salud.madrid.org/abreviaturas_madrid_2018.pdf

INFORMACIÓN DE INTERÉS RELACIONADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID:
PUSM de la Comunidad de Madrid. URL: <https://portal.usmedicamento.salud.madrid.org/>
Informe de alta: URL: <https://portal.usmedicamento.salud.madrid.org/>

❑ Boletines de la Red de Farmacias Centinela para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos

BOLETIN RFC Nº 4: ACTUACIONES DE LA RFC

Se presenta un caso detectado a tiempo durante el proceso de dispensación y se comunicó, a través del paciente, al médico de atención primaria, durante el proceso de dispensación para evitar posibles errores de medicación.

Todos los Boletines publicados están disponibles en:

- https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Documento_sparaprofesionales.aspx
- <https://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/>

Red de Farmacias Centinela de la Comunidad de Madrid

Errores de medicación notificados por la RFC
Actuaciones RFC

Desde el Portal de Uso Seguro de Medicamentos hemos tenido conocimiento de un error de medicación procedente de una oficina de farmacia perteneciente a la Red de Farmacias Centinela, ocasionado por la prescripción de dos fármacos que pueden interactuar. El error fue detectado a tiempo durante el proceso de dispensación y se comunicó, a través del paciente, al médico de atención primaria, para su resolución.

El caso fue el siguiente:

El dermatólogo prescribe minoxidil cápsulas a un paciente que, tras el control, vuelve a acudir este paciente además estaba en tratamiento para el corazón y con antihipertensivos de forma orales.

Desde la farmacia:

- Se le advierte del riesgo que puede suponer tomar minoxidil vía oral para una indicación que no figura en ficha técnica y más aun de forma concomitante con antihipertensivos.
- Se recomienda que consulte con su médico de atención primaria y/o especialista.
- Tras la consulta a su médico este le recomendó al paciente no administrarlo y volver al dermatólogo para que le prescribiera otro.

Se le indica la dosis de minoxidil (concentración 10 mg) Comentele que está indicado para el tratamiento de la hipertensión arterial grave, arterializa o espasmo de los vasos en órganos periféricos, que no requiere el tratamiento habitual con un fármaco en combinación con un segundo fármaco antihipertensivo.

En el apartado de interacciones indica que el efecto de minoxidil (concentración 10 mg) (umbral) puede ser aditivo al de los antihipertensivos administrados concomitantemente.

RECOMENDACIONES

- ✓ Seguir realizando Atención Farmacéutica durante el proceso de dispensación para evitar posibles errores de medicación como el caso que se presenta.

1. Pinta Farmacia de Madrid. Disponible en: <https://portal.usmedicamento.salud.madrid.org/>
Informe de alta: URL: <https://portal.usmedicamento.salud.madrid.org/>
Informe de alta: URL: <https://portal.usmedicamento.salud.madrid.org/>

❑ Modificaciones del MUP (Módulo Unico de Prescripción) para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos

A raíz de un error de medicación originado en la etapa de la prescripción, al cambiar de anticonceptivo, se han realizado cambios en el nomenclador de medicamentos para mostrar, entre paréntesis, la principal indicación de los principios activos correspondientes, que quedarán así:

G03DB08 DIENOGEST (ENDOMETRIOSIS) y G03FA15 DIENOGEST + ESTRÓGENO (THS).

Los anticonceptivos hormonales para uso sistémico no se modifican, quedando como sigue:

G03AA16 DIENOGEST + ETINILESTRADIOL (DOSIS FIJA) y G03AB08 DIENOGEST + ETINILESTRADIOL (SECUENCIAL)