

# Butlletí de Prevenció d'Errors de Medicació

de Catalunya

Vol. 17, núm. 4 · octubre – diciembre 2019



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Butlletí de  
**Prevenció d'Errors  
de Medicació**  
de Catalunya

- Nuevas actualizaciones del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) e isoapariencia de medicamentos.

## Nuevas actualizaciones del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) e isoapariencia de medicamentos ■

**Juan Manuel Rodríguez Camacho. Colaborador de  
STOP Errores de Medicación.**

**Alfredo Montero Delgado. Presidente de STOP  
Errores de Medicación.**

**Sergio Plata Paniagua. Vicepresidente de STOP  
Errores de Medicación.**

**José Javier Arenas Villafranca. Secretario de STOP  
Errores de Medicación.**

### ■ Introducción

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos es la delegación española del Institute for Safe Medication Practice (ISMP-España), una organización independiente dedicada a promover la

seguridad en el proceso de utilización de medicamentos y reducir los errores de medicación. Sus actividades están centradas en mejorar los sistemas de prescripción, distribución y administración de los medicamentos, así como desarrollar aspectos relacionados con el aumento de la seguridad de la denominación, el envasado y el etiquetado de medicamentos.<sup>1</sup>

Con esos objetivos, el ISMP-España publica unas recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos<sup>2</sup> y actualizaciones periódicas de lista de nombres similares que se prestan a confusión para los profesionales y pacientes.<sup>3</sup> La última versión de recomendaciones de que disponemos es de diciembre del 2019.

Aprovechando esta actualización se ha considerado oportuno realizar una revisión sobre los medicamentos con nombres similares, y también acerca de la isoapariencia de estos. Este artículo pretende mostrar ejemplos concretos en la práctica asistencial de estas posibles fuentes de errores para, finalmente, proponer puntos de mejora que consigan reducirlos.

## ■ Tipos de errores: *Look-Alike* o *Sound-Alike*

Los medicamentos se pueden confundir, ya sea porque son similares tanto en apariencia (*Look-Alike*) como en denominación (*Sound-Alike*).

La confusión entre los nombres de los medicamentos (*Sound-Alike*) es una causa frecuente de errores de medicación<sup>4</sup> y pueden ser por similitud entre nombres comerciales (p. ej., Aricept® y Azilect®; Sumial® y Luminal®), nombres genéricos (p. ej., dopamina y dobutamina; valaciclovir y valganciclovir) o entre nombres comerciales y genéricos (p. ej., Esmerón® y esmolol; Rohipnol® y ropinirol). Son errores susceptibles de aparecer en cualquier etapa del circuito de utilización de los medicamentos por la existencia de factores que aumentan el riesgo de confusión, como son una prescripción manuscrita poco legible, coincidencia en la forma farmacéutica, dosis y/o intervalo de administración, desconocimiento de los nombres de los medicamentos, etc.

Como hemos comentado en la introducción, el ISMP-España se encarga del mantenimiento de la lista de nombres de medicamentos similares que se prestan a confusión, que se actualiza periódicamente y es nutrida por otros sistemas de notificación mantenidos en la actualidad con la financiación del Ministerio de Sanidad (Figura 1). También se recogen notificaciones realizadas al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéutico.<sup>5</sup>

**Figura 1. Última actualización de nombres similares de medicamentos que se prestan a confusión (diciembre 2019) ISMP-España**

Lista actualizada de nombres similares de medicamentos que se prestan a confusión (Diciembre 2019)

Se ha actualizado a 31 de Diciembre de 2019 la [lista de nombres similares de medicamentos que se prestan a confusión](#). Esta lista recoge los nuevos pares de nombres de medicamentos similares, que se han identificado a través de los incidentes comunicados por los profesionales sanitarios al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación, en concreto:

- DOXOrubicina- DOXOrubicina liposomal
- nilotinib- imatinib
- Revolade-Revlimid
- Salidur- Sirdalud

Se informa también que se han recibido notificaciones que describen la confusión entre espirolactona y eplerenona, pirimetamina y pirazinamida, Tryptizol® y Tiaprizal®, Zitromax® y Zovirax®, y otros pares de nombres ya recogidos con anterioridad en esta lista.

Los medicamentos *Look-Alike* son aquellos cuya confusión da lugar a errores por isoapariencia. Esta isoapariencia puede darse en cualquier característica del aspecto de los medicamentos, desde el tamaño y el diseño de las cajas y los blísteres hasta la forma, el tamaño, el color y la imprenta de los comprimidos o cápsulas, características que sirven a los pacientes y profesionales para identificarlos y evitar confusiones.

El hecho de que cada laboratorio pueda producir diferentes especialidades farmacéuticas genéricas hace que coincidan en el mercado distintos nombres y aspectos para el mismo principio activo. Por consiguiente, si cada laboratorio dispone de su propia línea de diseño para los envases de los medicamentos, los envases entre diferentes principios activos pueden confundirse (Figura 2).

**Figura 2. Envases de medicamentos de diferentes laboratorios<sup>6</sup>**



Este problema ya se viene denunciando desde hace tiempo,<sup>7</sup> siendo los pacientes con problemas de salud mental, deterioro cognitivo, déficit de agudeza visual, bajo nivel de alfabetización o los polimedificados los más vulnerables a sufrir errores por esta causa.<sup>8</sup>

## ■ Errores en la práctica asistencial

El ISMP-España recoge diferentes errores que se han comunicado a través de su Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación<sup>9</sup> y que han sido descritos y analizados en el blog del proyecto colaborativo STOP Errores de Medicación.<sup>10</sup>

### Confusión por nombres similares entre ANExate®- ANEctine®<sup>11,12</sup>

Un médico intensivista, que había acudido a una unidad de cirugía para valorar a un paciente ingresado, prescribió verbalmente la administración de flumazenil ante la sospecha de una sobredosificación por benzodiazepinas. Nombró el principio activo y el nombre comercial (Anexate®). Sin embargo, el profesional de enfermería administró Anectine® (suxametonio) en lugar de Anexate®. El paciente presentó paro respiratorio, que precisó ventilación manual con ambú y del que afortunadamente se recuperó al estar presente el intensivista. Al observarse un efecto tan inesperado, se comprobó la medicación que se había administrado y se detectó el error (Figura 3).

**Figura 3. Presentaciones comerciales de Anexate® y Anectine®**



Los factores que contribuyeron a la producción de este error fueron los siguientes:

- Prescripción médica verbal.
- Prescripción sin indicación de dosis.
- Déficit de conocimiento sobre el uso específico de estos fármacos.
- No consultar ni comprobar la prescripción por parte del profesional de enfermería con algún compañero o con el médico prescriptor.
- No realizar la doble comprobación (*double check*) en la preparación/administración del medicamento.

### Confusión por nombres similares entre beriNERT® y beriPLEX®<sup>13,14</sup>

Desde el servicio de urgencias se solicita, mediante prescripción escrita a mano, un vial de beriNERT® (inhibidor de C1 esterasa) para una paciente que está sufriendo una crisis de angioedema. El fármaco es dispensado en el momento y sin errores.

Posteriormente, el farmacéutico de guardia recibe una llamada del personal de enfermería de urgencias informando que la reconstitución del medicamento se había realizado incorrectamente. Se decide usar un nuevo vial rápidamente debido a la urgencia que requería la administración del medicamento.

Al proceder a dispensar el medicamento, el personal de Farmacia toma por error un vial de beriPLEX® (complejo protrombínico) el cual reconstituye el profesional de enfermería de Urgencias sin incidencias. A los pocos minutos el farmacéutico, que no estaba presente en la misma zona de dispensación, se da cuenta del error tras recibir la consulta sobre si los dos fármacos eran equivalentes y comprobar la dispensación errónea a través de las cajas vacías de los medicamentos, indicando la no administración de beriPLEX® a Enfermería (Figura 4).

**Figura 4. Envases y viales de Berinert® y Beriplex®**



Los factores que contribuyeron al error son los siguientes:

- La prescripción manual.

- La urgencia en la aplicación de la medicación.
- Falta de experiencia o desconocimiento del fármaco a dispensar/administrar.
- Ausencia de almacén automatizado de dispensación de medicamentos.

### Confusión por nombres similares e isoapariencia de envases entre ALkeran® y LEUkeran®<sup>15</sup>

Los medicamentos Alkeran® 2 mg (melfalán) y Leukeran® 2 mg (clorambucilo), que se importan como medicamentos extranjeros, tienen un nombre comercial muy similar y pueden presentar también un envase muy parecido dependiendo del país del que se importen. Durante meses se suministraron envases con etiquetado azul en italiano y recientemente con etiquetado amarillo en otros idiomas. Además, ambos tienen la misma dosis y precisan conservación en frigorífico (Figura 5).

**Figura 5. Envases medicamentos extranjeros de Alkeran® y Leukeran®**



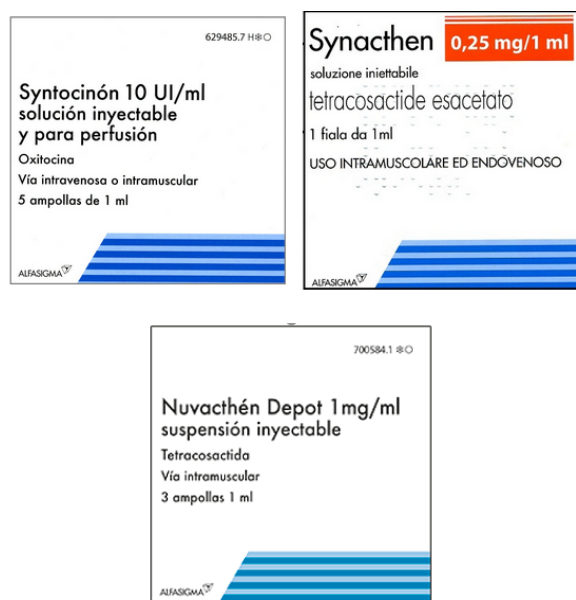
Los factores que contribuyen al error son los siguientes:

- Ambos medicamentos son utilizados para indicaciones oncohematológicas.
- No se indica el nombre de principio activo.
- La dosificación por unidad es la misma (2 mg).
- En su cartón y prospecto interior se utiliza idioma extranjero.

### Confusión por nombres similares e isoapariencia de envases entre synTOCINON® y synACTHEN®<sup>16,17</sup>

Los medicamentos Syntocinon® (oxitocina), comercializado actualmente en España, y Synacthen® (tetracosactida), que estuvo disponible como medicación extranjera, tienen una denominación que comienza de la misma manera, un tamaño idéntico y un diseño muy parecido en el que predomina la imagen de marca del laboratorio Alfasigma®. Recientemente se ha notificado la posibilidad de error por isoapariencia con la presentación nacional de Nuvacthén Depot® (tetracosactida) del mismo laboratorio (Figura 6).

**Figura 6. Envases nacionales de Syntocinon® y Nuvacthén Depot® y extranjero de Synacthen®**



Los factores que contribuyen al error son los siguientes:

- Los medicamentos deben de ser conservados en nevera.
- No se indica el nombre de principio activo.
- En su cartón y prospecto interior se utiliza idioma extranjero.
- Igual diseño del envase.



## Confusión por isoapariencia de envases entre Metotrexato y Vincristina<sup>18</sup>

El metotrexato a dosis bajas se utiliza por vía intratecal conjuntamente con un corticoide para tratar diversas leucemias y linfomas. La vincristina está autorizada para varias indicaciones, pero siempre debe ser administrada por vía intravenosa, ya sea en perfusión o bolos de al menos 1 minuto. La dosis semanal suele ser de 1,4 mg/m<sup>2</sup> hasta un máximo de 2 mg (Figura 7).

Figura 7. Envase de Vincristina intravenosa y Metotrexato intratecal, ambos de la compañía Pfizer®



La confusión entre metotrexato y vincristina es uno de los errores de medicación más descritos en la bibliografía ya que su importancia reside en el desenlace letal si la vincristina se administra de manera intratecal. Estos fármacos se utilizan conjuntamente en esquemas de tratamiento de leucemias agudas por lo que su isoapariencia hace que la confusión entre las preparaciones sea una posibilidad. El ISMP ya puso de manifiesto este riesgo y realiza unas [recomendaciones](#) muy específicas para minimizarlo.<sup>19</sup>

## ■ Propuestas de puntos de mejora para la reducción de errores

Las medidas de prevención de confusión de nombre de medicamentos que el ISMP-España aconseja son las siguientes:<sup>2</sup>

- ✚ Revisar los nombres de medicamentos que se prestan a confusión para **elaborar listas y difundirlas** a los profesionales, como las ya comentadas.
- ✚ Promover el uso de los **nombres genéricos** para una identificación inequívoca del medicamento.
- ✚ Facilitar la diferenciación mediante el uso de **letras mayúsculas resaltadas (tall man lettering)**, que consiste en destacar en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas, para fijar la atención sobre ellas y debe aplicarse cada vez que haya que distinguirlos en cualquier paso de la cadena de uso del medicamento (Figura 8).

Figura 8. Proyecto letras mayúsculas resaltadas (tall man lettering) de la Unidad de Gestión Clínica Interniveles Farmacia Poniente<sup>20</sup>



Med	Producto	Via	Dosis
<input type="checkbox"/>	nICOTina parche 15 mg	TRANSDERMICA	1 Parche
<input type="checkbox"/>	CloZApina (Leponex) 25mg comp	ORAL	1 Comprimido
<input type="checkbox"/>	CloTIApina (Etumina) 40mg comp	ORAL	1 Comprimido

- ✚ Implantar la **prescripción electrónica** y el **doble control** o lista de verificación en el proceso de **dispensación/administración** de medicamentos.
- ✚ **Evitar las prescripciones verbales.**
- ✚ **Evitar el almacenamiento en lugares próximos** de los medicamentos con riesgo elevado de confusión.
- ✚ Implantar **sistemas automatizados de verificación**, mediante código de barras o radiofrecuencia.
- ✚ **Corroborar con el médico la prescripción** siempre que exista duda.
- ✚ Educar a los **pacientes para que comprueben siempre su medicación** en el momento de la dispensación y cuando se la administren.

Estas medidas deben implantarse de forma adaptada a las características de cada centro, siendo conveniente informar adecuadamente a los profesionales de sus objetivos cuando se introduzcan en las prácticas de seguridad de la institución.

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática sobre estas posibles estrategias para evitar los errores de confusión de nombres. Larmené-Beld *et al*<sup>21</sup> concluyen que, aunque las letras mayúsculas resaltadas contribuyen a reducir las tasas de error, se necesitan más evaluaciones en escenarios de vida real para apoyar la afirmación. Hay poca evidencia sobre el uso de colores y otros métodos como la utilización de símbolos (Figura 9).

**Figura 9. La estrategia de las letras mayúsculas resaltadas (*tall man lettering*) ha sido implantada de manera estándar en las etiquetas de medicamentos comerciales de EUA. En España su introducción aún es incompleta**



Para evitar los errores de medicación por isoapariencia se podrían aplicar algunas de las medidas citadas anteriormente, como el almacenamiento de los medicamentos con riesgo elevado de confusión en lugares separados, y el doble control o reetiquetado de los medicamentos inyectables<sup>22</sup> que ha sido una práctica habitual para minimizar la confusión entre ampollas de medicamentos donde la identificación del fármaco correcto es un punto crítico para evitar repercusiones negativas en el paciente (Figura 10).

**Figura 10. Reetiquetado de ampollas para uso intravenoso utilizadas en anestesiología<sup>23</sup>**



Otras de las soluciones para minimizar estos errores pasan por realizar cambios en el envase del medicamento para mejorar su identificación. Esta solicitud viene siendo realizada tiempo atrás por organismos y sociedades científicas<sup>24</sup> y, recientemente, la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados ha aprobado una Proposición no de ley para elaborar la normativa necesaria para que los envases de medicamentos, tanto para su dispensación ambulatoria como para su uso hospitalario, presenten en una de las caras principales del envase primario, así como en dos de las caras secundarias de dicho envase, solamente la denominación oficial española del fármaco, su dosis y el número de dosis sobre un fondo blanco.<sup>25</sup>

Dado que en febrero de 2019 entró en vigor la normativa europea “antifalsificación” de medicamentos,<sup>26</sup> y que en este contexto se prevé que los laboratorios farmacéuticos modifiquen el envasado de todos sus medicamentos, sería una gran oportunidad para aplicar una normativa que regulase también la isoapariencia, ya que la medida no supondría un aumento de costes.<sup>27</sup>

## ■ Conclusiones

Los errores por confusión de nombres o aspecto de medicamentos siguen existiendo en la actualidad por lo que es importante trabajar en la creación e implantación de medidas eficaces para disminuir este tipo de situaciones que ponen en peligro la seguridad de los pacientes. La notificación de potenciales errores a través de ISMP-España, Portalfarma o proyectos colaborativos como STOP Errores de Medicación pueden ayudar en la identificación de puntos de mejora donde actuar.

Estas plataformas, a su vez, realizan una importante labor de comunicación entre los profesionales involucrados en estos eventos favoreciendo la difusión de la información que es decisiva para su prevención.

## ■ Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Otero MJ, Martín R, Domínguez-Gil A. Instituto para el uso seguro de medicamentos. Disponible en línea en: <<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/008.pdf>>

<sup>2</sup> ISMP-España. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión en los nombres de los medicamentos. Disponible en línea en: <<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20nombres%20ISMP-Espana.pdf>>

<sup>3</sup> ISMP-España. Lista de nombres similares de medicamentos que se prestan a confusión. Disponible en línea en: <[http://www.ismp-espana.org/nombres/listado/nombres\\_confusos](http://www.ismp-espana.org/nombres/listado/nombres_confusos)>

<sup>4</sup> Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Campaña de prevención de errores de medicación ocasionados por similitud en los nombres de los medicamentos. Disponible en línea en: <<https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Paginas/historicoerroresusoseguro.aspx>>

<sup>5</sup> Lambert BL et al. Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors. Medical Care. 1999; 37(12):1214-25.

<sup>6</sup> Álvarez R. Paracetaerror o Ibuprofallo. El Mundo. Disponible en línea en: <<https://www.elmundo.es/sociedad/2015/10/26/562d114846163f6b1e8b45d0.html>>

<sup>7</sup> Greene JA, Kesselheim AS. Why do the same drugs look different? Pills, trade dress, and public health. N Engl J Med. 2011;365(1):83-9.

<sup>8</sup> K. Notenboom, E. Beers, D.A. van Riet-Nales, T.C. Egberts, H.G. Leufkens, P.A. Jansen, et al. Practical problems with medication use that older people experience: A qualitative study. J Am Geriatr Soc. 2014;62(12):2339-44.

<sup>9</sup> ISMP-España. Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Medicación. Disponible en línea en: <<http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/203>>

<sup>10</sup> Proyecto colaborativo STOP Errores de Medicación. Disponible en línea en: <<https://www.stoperroresdemedicacion.org/>>

<sup>11</sup> Recomendaciones para la prevención de errores de medicación ISMP-España Boletín nº 38 (Octubre 2014). Disponible en línea en: <[http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2038%20\(Octubre%202014\).pdf](http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2038%20(Octubre%202014).pdf)>

<sup>12</sup> STOP Errores de Medicación. "¿Ane que? " Caso real de error de medicación por isoaparencia fonética. Disponible en línea en: <<https://www.stoperroresdemedicacion.org/es/blog/ane-que-caso-real-de-error-de-medicacion-por-isoaparencia-fonetica/>>

<sup>13</sup> ISMP-España. Confusión entre Berinert® 500 U (inhibidor de la C1-estearasa), Beriate® 500 UI (factor VIII) y Beriplex® 500 UI (complejo protrombínico). Disponible en línea en: <[http://www.ismp-espana.org/envasado\\_proclive\\_error/index?page=6](http://www.ismp-espana.org/envasado_proclive_error/index?page=6)>

<sup>14</sup> STOP Errores de Medicación. Errores "Beri-Beri" dangerous. Disponible en línea en: <<https://www.stoperroresdemedicacion.org/es/blog/errores-beri-beri-dangerous/>>

<sup>15</sup> ISMP-España. Continúan las confusiones entre Alkerán® 2 mg (melfalán) y Leukerán® 2 mg (clorambucilo). Disponible en línea en: <[http://www.ismp-espana.org/envasado\\_proclive\\_error/index?page=5](http://www.ismp-espana.org/envasado_proclive_error/index?page=5)>

<sup>16</sup> ISMP-España. Riesgo de confusión entre los envases de Syntocinón® 10 UI/ 1 mL (oxitocina) y Nuvacthén Depot® 1 mg/ 1 mL (tetracosáctido). Disponible en línea en: <[http://www.ismp-espana.org/envasado\\_proclive\\_error/index](http://www.ismp-espana.org/envasado_proclive_error/index)>

<sup>17</sup> ISMP-España. Riesgo de confusión entre los envases de Syntocinón® 10 UI/ 1 mL (oxitocina) y Synacthén® 0,25 mg/ 1 mL (tetracosáctido). Disponible en línea en: <[http://www.ismp-espana.org/envasado\\_proclive\\_error/index](http://www.ismp-espana.org/envasado_proclive_error/index)>

<sup>18</sup> STOP Errores de Medicación. Vincristina y Metotrexato. Disponible en línea en: <<https://www.stoperroresdemedicacion.org/es/blog/vincristina-y-metotrexato-pfizerspain/>>

<sup>19</sup> ISMP-España. Errores asociados a la administración de vincristina. Disponible en línea en: <<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Alerta%20vincristina%202006.pdf>>

- <sup>20</sup> Unidad Gestión Clínica Interniveles Farmacia Poniente. Proyecto letras mayúsculas resaltadas. Prevención de errores por confusión en los nombres de los medicamentos (Sound-Alike/LookAlike Drug Names). Disponible en línea en: <<https://farmaciaugcinternivelesponiente.wordpress.com/2017/01/17/proyecto-letras-mayusculas-resaltadas-prevencion-de-errores-por-confusion-en-los-nombres-de-los-medicamentos-sound-alike-look-alike-drug-names/>>
- <sup>21</sup> Larmené-Beld KHM, Alting EK, Taxis K. A systematic literature review on strategies to avoid look-alike errors of labels. Eur J Clin Pharmacol. 2018;74(8):985-93.
- <sup>22</sup> Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) e ISMP-España. Recomendaciones para el etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en Anestesia. Enero 2011. Disponible en línea en: <<https://www.sensar.org/wp-content/uploads/2011/01/Recomendaciones-ETIQUETADO-Enero-2011.pdf>>
- <sup>23</sup> Rando K, Rey G. Errores de medicamentos LASA en anestesiología en Uruguay. Rev Méd Urug. 2017; 33(2):103-20.
- <sup>24</sup> Lapuente FP, Rodríguez MA. ["Isoappearance": a pressing need for prescribing by active ingredient (official spanish denomination)]. Aten Primaria. 2011;43(12):625-6.
- <sup>25</sup> Arganda C. El Congreso insta al Gobierno a forzar la isoapariencia en pos de la seguridad. Diariefarma. Disponible en línea en: <<https://www.diariefarma.com/2018/04/11/congreso-insta-al-gobierno-forzar-la-isoapariencia-pos-la-seguridad>>
- <sup>26</sup> Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Proyecto de Real Decreto, de adecuación de la gestión farmacéutica del Sistema Nacional de Salud al marco normativo de la verificación y autenticación de medicamentos. Disponible en línea en: <[https://www.mscbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/RD\\_VERIFICACION\\_AUTENTICACION\\_MEDICAMENTOS.pdf](https://www.mscbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/RD_VERIFICACION_AUTENTICACION_MEDICAMENTOS.pdf)>
- <sup>27</sup> STOP Errores de Medicación. Isoapariencia de medicamentos genéricos. ¿El principio del fin? Disponible en línea en: <<https://www.stoperroresdemedicacion.org/es/blog/isoapariencia-de-medicamentos-genericos-el-principio-del-fin-normonlab/>>

©2011. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

**Directora:** Maria Sardà

**Comité editorial:** Guillermo Bagaria, Ferran Bossacoma, Glòria Cereza, Laura Diego, María José Gaspar, Anna Jambrina, Glòria Oliva, Manel Rabanal y Laia Robert.

**Conflicto de intereses.** Los miembros del comité editorial declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con los contenidos de esta publicación.

**Suscripciones.** Podéis formalizar vuestra suscripción al boletín a través de la dirección de correo electrónico [errorsmedicacio@gencat.cat](mailto:errorsmedicacio@gencat.cat), indicando vuestro nombre, apellidos y dirección de correo electrónico donde queréis recibirlo.

**ISSN:** 2013-3065

<http://medicaments.gencat.cat>