

doi: 10.60103/phc.v28.e938

Casos Clínicos · Clinical Cases

Intervención farmacéutica ante un problema de prescripción: el valor de la farmacia comunitaria y la importancia de la coordinación asistencial

Pharmaceutical intervention in response to a prescription problem: the value of community

Información

Fechas:

Recibido: 02/04/2026

Aceptado: 30/07/2026

Publicado: 24/09/2026

Correspondencia:

Idoia Fernández Bereciartua
idoiacarlota@gmail.com

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

En esta publicación no ha recibido ninguna ayuda o financiación.

Autorías

Idoia Carlota Fernández¹  0009-0008-3604-6373

Itziar Mitxelena¹  0009-0003-8860-4203

Karmele Aizpuru¹  0009-0000-0609-6152

¹Farmacéutica adjunta. Farmacia Karmele Aizpuru Hernani, Gipuzkoa, España.

Contribución de autorías

Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

Cómo citar este trabajo

Fernández IC, Mitxelena I, Aizpuru K. Intervención farmacéutica ante un problema de prescripción: el valor de la farmacia comunitaria y la importancia de la coordinación asistencial. Pharm Care Esp. 2026;28:e938. doi: 10.60103/phc.v28.e938

RESUMEN

Los errores de prescripción son uno de los problemas relacionados con los medicamentos y una de las causas más relevantes de resultados negativos asociados a la medicación. La farmacia comunitaria desempeña un papel clave en su detección precoz.

Se presenta un caso de un paciente derivado desde oftalmología con prescripción de prednisona oral, dexametasona colirio y atropina en ampolla inyectable. La sospecha de error en la forma farmacéutica motivó una intervención farmacéutica coordinada con Atención Primaria y farmacia de Atención Primaria. Tras 48 horas de gestión asistencial se confirmó el error de prescripción y se sustituyó por atropina en colirio, permitiendo el inicio del tratamiento.

Palabras clave: Servicios de farmacia comunitaria; problemas relacionados con los medicamentos; error de prescripción; seguridad del paciente; coordinación asistencial.

ABSTRACT

Prescription errors are among the most significant medication-related problems and a leading cause of negative medication-related outcomes. Community pharmacies play a key role in their early detection

We present the case of a patient referred from ophthalmology with a prescription for oral prednisone, dexamethasone eye drops, and atropine in injectable ampoules. The suspicion of an error regarding the dosage form prompted a pharmaceutical intervention coordinated with primary care and primary care pharmacy services. After 48 hours of clinical management, the prescription error was confirmed and replaced with atropine eye drops, allowing the treatment to begin.

Key Words: Community pharmacy services; drug-related problem; medication errors; patient safety; interprofessional relations.

Acrónimos:

CGCOF: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

FAP: farmacéuticos de atención primaria

MAP: médicos de atención primaria

OSI: organización sanitaria integrada

PRM: problemas relacionados con los medicamentos

RNM: resultados negativos asociados a la medicación

Introducción

La seguridad del paciente es un pilar fundamental de los sistemas sanitarios. Los errores de medicación, especialmente los errores de prescripción, son uno de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y pueden generar resultados negativos asociados a la medicación (RNM) ⁽¹⁾.

La farmacia comunitaria representa un punto estratégico para la detección precoz de estos errores debido a su accesibilidad y contacto directo con el paciente. El farmacéutico comunitario identifica errores de medicación en una proporción significativa de las dispensaciones, siendo los errores de prescripción (dosificación incorrecta y duración inadecuada) los más prevalentes interceptados antes de que puedan llegar al paciente ⁽²⁾.

La coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria, hospitalaria y farmacia comunitaria) resulta esencial para minimizar riesgos y optimizar resultados en salud. Es una herramienta clínica imprescindible para garantizar la continuidad de los cuidados. Como señalan Bradley et al. ⁽³⁾, esta colaboración interprofesional posiciona al farmacéutico no solo como un dispensador, sino como un agente activo dentro del sistema sanitario.

Presentación del caso

Varón de 78 años que acude a la farmacia comunitaria tras consulta en el servicio de oftalmología hospitalaria con la siguiente prescripción: prednisona 30 mg oral, dexametasona 1 mg/ml colirio, atropina 1 mg/ml ampolla de solución inyectable ⁽⁴⁾ (**Tabla 1**).

Medicamento	Forma de dosificación	Dosis	Vía de administración	Posología
Prednisona	Oral	30 mg	Oral	1 en el desayuno
Dexametasona	Colirio	1mg/ml	Oftálmica	1 gota cada 4 horas
Atropina	Solución inyectable	1mg/ml	Inyectable	1 gota cada 8 horas

Tabla 1. Tratamiento prescrito desde el servicio de oftalmología al paciente

El paciente acudió al servicio de oftalmología derivado a su vez desde el servicio de oncología debido a los efectos secundarios provocados por la medicación antitumoral que estaba recibiendo. En este caso, en el servicio de oftalmología le prescribieron un tratamiento para tratar la uveítis que le había provocado este tratamiento antitumoral.

La uveítis es la inflamación de la úvea, capa vascular intermedia del ojo, y para cuyo tratamiento se prescriben corticoides que pueden ser por vía oral u oftálmica y gotas oftálmicas para dilatar la pupila y provocar la midriasis ocular, lo que se consigue con las gotas de atropina ⁽⁴⁾.

Siguiendo las pautas del Servicio de Dispensación de medicamentos y productos sanitarios de Foro de Atención Farmacéutica y Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) descritas en la guía práctica para los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) desde la farmacia comunitaria ⁽¹⁾ se le pregunta al paciente si conoce cómo debe usar los medicamentos prescritos.

El paciente únicamente refiere saber que debe administrarse cada 8 horas una gota en cada ojo, sin información adicional sobre vía o forma de administración. Puesto que una de las prescripciones corresponde a una forma inyectable, se sospecha un posible PRM de error de prescripción con riesgo potencial de RNM si se administra de forma incorrecta.

Evaluación

Se deriva al paciente al médico de atención primaria (MAP) para ver si este puede acceder a más información sobre el tratamiento prescrito. En el centro de salud le comentan que le llamarán al día siguiente desde el servicio de oftalmología del hospital. El paciente recibe la llamada por parte de un administrativo y le confirma que todo lo que le ha prescrito el médico es el tratamiento adecuado. El paciente vuelve a la farmacia y al no observar ningún cambio y persistiendo la sospecha de un posible PRM se llama al servicio de farmacia de atención primaria (FAP) de la organización de servicios integrados (OSI). Las FAP ante la sospecha de un error de prescripción, deciden enviar un correo electrónico al médico prescriptor para intentar aclararlo cuanto antes (**Figura 1**).



Figura 1. Cronograma del proceso desde la prescripción hasta la dispensación

Elaboración propia

Resultados

Pasadas más de 24 horas, ante la falta de respuesta del oftalmólogo, la FAP contacta con la MAP la cual prescribe un colirio de atropina. Con esta prescripción el paciente retira la medicación y puede comenzar con su tratamiento pasadas 48 horas desde la consulta inicial. No es hasta el día siguiente (pasadas 72 horas desde la prescripción inicial) cuando el paciente recibe una llamada desde el servicio de oftalmología del hospital confirmando que efectivamente se trataba de un error de prescripción de la forma farmacéutica

Conclusiones:

Con este caso se pone de manifiesto la importancia de contar con servicios profesionales farmacéuticos asistenciales de atención farmacéutica como el de Dispensación dentro de la farmacia comunitaria, siendo el papel del farmacéutico comunitario, gracias a su formación y habilidades, un punto clave para la detección precoz de posibles PRM y RNM

Los canales de comunicación directos entre los distintos profesionales sanitarios son esenciales para garantizar una intervención coordinada, segura y eficaz. En este caso, su ausencia condicionó un retraso de 48 horas en el inicio del tratamiento, poniendo de manifiesto que la actuación del farmacéutico, depende en gran medida de una adecuada coordinación asistencial para optimizar los resultados en salud del paciente.

Bibliografía

1. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024.
2. Oñatibia-Astibia A, Aizpurua-Arruti X, Malet-Larrea A, Gastelurrutia MA, Goyenechea E. El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. *Ars Pharm.* 2021; 62(1): 15-39. doi: 10.30827/ars.v62i1.15545
3. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Social Adm Pharm.* 2012;8:36-46. doi:10.1016/j.sapharm.2010.12.005
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Bot PLUS [Internet]. Madrid: CGCOF. [Citado 2026 Mar 20]. Disponible en: <https://www.botplusweb.com>