

## 2.2. Historia clínica

---

I. CASTRO  
M. GÁMEZ

### 1 INTRODUCCIÓN

---

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica.

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica.

La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera.

Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible.

La historia clínica debe tener un formato unificado, tiene que haber una ordenación de los documentos y a ser posible, una unificación en el tipo de historia a realizar (narrativa, orientada por problemas, etc.).

### 2 CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

---

En la mayoría de hospitales, la conservación de la historia clínica es responsabilidad del departamento de Documentación Médica quién se responsabiliza de su custodia, de dictar normas sobre el contenido y forma de realizar la historia, así como de establecer las normas para el acceso de los profesionales sanitarios a dicha información. En la mayoría de hospitales la conservación de las historias clínicas se realiza mediante un archivo central para todo el hospital. El departamento de Documentación Médica debe establecer asimismo sistemas de recuperación de la información eficientes mediante sistemas eficaces de localización de las historias y sistemas de codificación de la información más relevante: diagnósticos, procedimientos quirúrgicos, etc.

### 3 CONFIDENCIALIDAD Y ACCESIBILIDAD A LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica con todos sus documentos tiene carácter confidencial. Por lo tanto, todos los profesionales que tienen acceso a dicha información en su actividad diaria, tienen la obligación de mantener la confidencialidad. En caso de utilización de algunos de los datos de la historia clínica con fines docentes, epidemiológicos, etc, debe hacerse sin revelar ningún dato que pueda identificar al paciente.

Normalmente, en la mayoría de hospitales está establecida una normativa de acceso a la documentación clínica para los profesionales que trabajan en el centro. El farmacéutico clínico, como cualquier otro profesional sanitario, debe conocer estas normas y actuar de acuerdo a ellas. Cuando sea preciso recoger información o consultar alguna historia clínica que se encuentre en el archivo, se seguirá el procedimiento establecido en el hospital. Cuando se precise acceder a las historias clínicas en las plantas de hospitalización, como parte del trabajo diario del farmacéutico, normalmente no será necesario realizar ningún trámite especial, pues es algo que normalmente ya se ha acordado entre el Director del Servicio de Farmacia y los facultativos responsables de las salas de hospitalización, cuando el farmacéutico clínico inicia sus actividades de Atención Farmacéutica. Sin embargo como norma, es aconsejable que el farmacéutico clínico cuando inicie su trabajo en algún área del hospital, comente previamente con el equipo médico y de enfermería que va a acceder a la documentación clínica del paciente.

### 4 DOCUMENTOS QUE FORMAN LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica consta de diferentes bloques de información. Generalmente toda la información que se genera de un paciente se almacena en unos grandes sobres identificados con el nombre del paciente y su número de historia clínica. Dentro de dicho sobre se archivan todos los documentos, normalmente en una carpeta con anillas que permita la introducción de nuevos documentos y en sobre o sobres aparte aquellas pruebas diagnósticas de gran tamaño (ej., pruebas de radiodiagnóstico).

Es conveniente que los diferentes documentos u hojas que constituyen la historia clínica se archiven con

un orden preestablecido.

A título de ejemplo se citan los diferentes documentos de que consta la historia clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona<sup>(1)</sup>:

#### Informe de alta

- Datos relativos al centro.
  - Nombre, dirección, teléfono.
  - Servicio o Unidad donde se produce el alta.
  - Facultativo responsable del alta.
- Datos de identificación del paciente.
  - Nombre y apellidos.
  - N° de historia clínica.
  - Fecha de nacimiento y sexo.
- Datos referidos al proceso asistencial.
  - Fecha de admisión y alta.
  - Motivo del ingreso.
  - Estado en el momento del alta.
  - Destino.
  - Diagnóstico principal.
  - Otros diagnósticos (si procede).
  - Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos.
  - Otros procedimientos significativos (si procede).
  - Resumen clínico (antecedentes, exploración física, exploraciones complementarias, curso clínico y recomendaciones terapéuticas).

#### Hoja de Historia Clínica

##### Hojas de Curso Clínico

En dichas hojas se recogen todos los datos de la evolución del paciente. En cada nota que se escribe debe figurar el nombre y apellido del médico que la realiza, la fecha y la hora.

##### Hojas de datos de enfermería

La información que se recoge en estas hojas, complementada con la historia médica y la valoración que hace la enfermera al ingreso del paciente, constituyen el eje fundamental para la elaboración de la lista de problemas del paciente y la planificación de la atención que ha de prestársele.

##### Hojas de seguimiento de enfermería

En dichas hojas debe constar al igual que en las hojas de curso clínico, la identificación de la enfermera que realiza las anotaciones, la fecha y la hora.

Debe constar también información sobre la evolución del paciente y un resumen de las actividades realizadas sobre el paciente.

Hojas de quirófano

- Hoja preoperatoria o de consulta preanestésica
- Hoja operatoria
- Hoja de anestesia

En la hoja preoperatoria se anota el estado general del paciente previamente a la intervención. En la hoja operatoria y de anestesia se recoge todo lo acontecido durante la intervención quirúrgica y los datos de los parámetros controlados durante la anestesia, respectivamente. Todas ellas deben ir también firmadas por el anestesiólogo o cirujano, según las hojas de que se trate, y con fecha y hora.

### Hojas de prescripciones médicas

La normativa para la cumplimentación de dichas hojas es variable según los diferentes hospitales y los sistemas de que dispongan para la distribución de medicamentos. En algunos hospitales en las hojas de prescripción médica se incluye tanto la terapia farmacológica como no farmacológica, mientras que en otros hospitales se hace en hojas independientes. En cualquier caso, deben constar apellidos y firma del médico prescriptor, fecha y hora de la prescripción. La prescripción debe ser completa es decir debe constar el nombre del fármaco (preferentemente genérico), dosis, vía de administración y duración si procede. La letra debe ser legible.

En el hospital de la Santa Creu i Sant Pau las prescripciones médicas constan de dos partes, una en la que se prescribe la terapia farmacológica y otra en la que se prescribe la terapia no farmacológica (dieta, movilización del paciente, controles a realizar, frecuencia, etc). Asimismo debe especificarse si se ha solicitado determinación de niveles plasmáticos de algún medicamento. Semanalmente debe realizarse revisión de todas las prescripciones médicas del paciente.

En la actualidad algunos hospitales tienen la prescripción médica informatizada.

### Hojas de resultados y/o informes de otros Servicios y hojas de exploraciones específicas por Servicios

- Hojas de Anatomía Patológica.
- Otros resultados de laboratorio y radiodiagnóstico.
- Hoja de programación de exploraciones.

- Hojas de exploraciones específicas por Servicios.

### Registros de enfermería

- Plan de atención de enfermería consta de dos partes:
  - listado de problemas a partir de la observación del paciente, recogida de datos y revisión de la historia clínica.
  - plan de atención, se elabora a partir de la lista de problemas y sirve de base para la elaboración del plan de curas.

- Plan de curas de enfermería:

Comprende varios apartados: respiración, nutrición e hidratación, preparaciones, actividad, higiene y confort, curas, comunicación.

- Controles:

Constantes vitales, nivel de conciencia, dolor, peso, diuresis, defecación, vómitos, drenajes y controles diabetológicos).

- Balance de líquidos:

Incluye ingesta: oral y enteral, sueros, medicación, nutrición parenteral, hemoderivados y eliminación: orina, heces, vómitos, drenajes y pérdidas insensibles.

- Perfusiones/ medicación:

En dichas hojas consta sólo la sueroterapia, nutrición parenteral y hemoderivados. El resto de la medicación I.V. se recoge en las hojas de medicación generales.

- Valoración al alta:

Es para facilitar información al paciente y a los diferentes niveles asistenciales sobre la evolución del paciente durante su estancia en el hospital y dar orientación sobre sus necesidades de curas, alimentación, movilización, etc.

### Hoja social

Esta hoja se realiza si el paciente tiene un problema social y es cumplimentada por la asistente social en contacto con el médico responsable.

### Hojas de autorización

Los pacientes y/o sus familiares o tutores deben estar informados sobre los procedimientos a los que se les va a someter, así como de las posibles complicaciones que de ello pueden derivarse y deben dar su consentimiento por escrito. Existen dos tipos:

- Hoja de autorización para exploraciones e intervenciones quirúrgicas.
- Hoja de alta voluntaria:

Debe ir firmada por el paciente o familiar o tutor y por el médico responsable.

### Hojas administrativas

Hoja de ingreso que se genera a nivel administrativo cuando el paciente ingresa en el hospital en la que se recogen los datos de identificación del paciente, datos asistenciales y económicos. En el momento del alta se debe hacer constar el motivo, el diagnóstico de salida y la identificación legible del médico que la autoriza.

## 5 APARTADOS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y SU CONTENIDO<sup>(2-8)</sup>

### *Motivo del ingreso*

Se inicia describiendo el síntoma que perturba al paciente y la duración del mismo.

### *Antecedentes familiares*

Estado de salud de la familia, edades de los hijos si los hay, enfermedades importantes, causas de fallecimiento de los parientes más cercanos, enfermedades hereditarias.

### *Historia social*

Ambiente de vida y de trabajo, condiciones higiénicas.

### *Historia médica previa*

Enfermedades importantes padecidas por el paciente con anterioridad (incluidas las de la infancia), intervenciones quirúrgicas que se le han practicado.

### *Hábitos*

Dieta, alcohol, tabaco, ejercicio.

### *Historia de la enfermedad actual*

Descripción por el propio paciente de su enfermedad desde el principio.

### *Historia medicamentosa*

Registro de la medicación que está tomando el paciente a su ingreso en el hospital o que ha tomado durante el último año.

### *Alergias a medicamentos y alimentos*

Registro de las alergias sufridas por el paciente a lo largo de su vida.

### *Revisión por sistemas*

El médico realiza una serie de preguntas al paciente

acerca del funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo desde la cabeza a los pies. Los diferentes sistemas del organismo se agrupan en : cabeza, ojos, garganta, nariz y oído, sistema respiratorio, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, piel, huesos, articulaciones y músculos, sistema endocrino y nervioso. El médico debe registrar los síntomas que describe el paciente y realizar una serie de preguntas, anotando los síntomas tanto presentes como ausentes.

### *Examen físico*

El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas.

En el examen físico hay una parte general y una por sistemas.

En la parte general se hace una breve descripción general y mental del paciente. Registrándose el peso, la talla, pulso, temperatura, respiración así como estado de las mucosas, piel, boca, uñas, pelo, glándula tiroides, ganglios linfáticos, huesos y articulaciones.

Revisión por sistemas:

- *Sistema Cardiovascular*: auscultación cardíaca, observación de las venas del cuello y de las arterias, presión arterial, electrocardiograma o ecocardiograma.
- *Sistema Respiratorio*: ritmo y tipo de respiración, posición de la tráquea, palpación, percusión y auscultación, radiografía de tórax, observación de esputos si los hay, determinación de pruebas de función pulmonar.
- *Abdomen*: forma, distensión, peristaltismo, palpación, hígado, bazo, riñones, otras masas abdominales, ascitis, hernias.
- *Sistema nervioso*: salvo que la dolencia que presenta el paciente tenga una relación neurológica, el examen neurológico que se realiza normalmente es un examen superficial para descartar déficits motores focales.

### *Examen de orina, heces, vómitos, esputos (si procede)*

#### *Diagnóstico/s*

### *Resultados de las pruebas de laboratorio*

Sangre, orina, etc. . .

Rx u otras pruebas diagnósticas.

Niveles plasmáticos de medicamentos (cuando se ha hecho la extracción de la muestra y cuando se ha curado).

### *Tratamiento: Prescripciones médicas y Hoja de medicación de enfermería*

Prescripciones médicas: farmacológicas y no farmacológicas:

Se recoge tanto la medicación fija como la medicación condicional (prn). Después de administrar la medicación debe firmarse o anotar con un círculo si el paciente rechaza tomar la medicación.

La información de dichas hojas debería incluir: el nombre del fármaco, dosis, intervalo y vía de administración, firma y fecha de cada toma, alergias, información sobre como debe tomarse la medicación, si puede triturarse, etc., fecha de inicio y suspensión, limitaciones o contraindicaciones para administrar una medicación (ej. antihipertensivos según TA, diuréticos según diuresis, etc.) y diagnóstico del paciente.

### *Evolución del paciente*

#### **Curso clínico**

Notas de evolución: se realizan cuando el médico pasa visita diariamente para revisar los cambios generales en el estado clínico del paciente así como su respuesta a la terapéutica.

#### **Observaciones de enfermería**

Contiene información que se recoge diariamente por el personal de enfermería o el auxiliar. Son datos objetivos y subjetivos que ayudan a documentar la frecuencia y extensión de varias funciones orgánicas e ilustrar la respuesta o reacción adversa al tratamiento. Deben recogerse una vez al día, cada 8h, en el cambio de turno, etc, dependiendo del estado del paciente.

La información que se registra en el gráfico incluye:

- Datos generales: signos vitales (temperatura, presión, pulso, frecuencia respiratoria), peso actual, hábitos dietéticos, hábito intestinal y urinario, patrón de sueño, disponibilidad vía oral, diuresis, movilidad, higiene.
- Evaluación diaria por la enfermera.
- Inicio de una condición clínica nueva o exacerbación de una condición clínica crónica.
- Respuesta a la terapéutica.
- Documentación de la medicación prn administrada al paciente.
- Rechazo del paciente a alguna medicación.
- Aparición de RAM.
- Cambios de catéteres.

- Quejas del paciente.
- Notas de fisioterapeutas, dietistas, etc. . .

### *Historia orientada por problemas*

Hacia el año 1964, Lawrence E. Weed publicó un sistema de redacción de la historia clínica denominado historia orientada por problemas<sup>9</sup>. En los métodos utilizados con anterioridad, cada médico hacía sus propias anotaciones de acuerdo con la dolencia del paciente según su especialidad. En dichas notas se establecía el estado del paciente en ese momento y en caso de relizarse algún procedimiento, el resultado del mismo. Normalmente no se resumían los datos previos ni se explicaban los procedimientos por los cuales se había llegado a un diagnóstico ni cómo se había decidido un determinado tratamiento.

La historia clínica orientada por problemas es un método lógico de documentar la atención que se presta al paciente, permitiendo una mayor comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al paciente, a lo largo de sus procesos patológicos.

En la actualidad, en la mayoría de centros se sigue este método para la realización de las historias clínicas.

Los principales componentes de la historia orientada por problemas son: establecimiento de una base de datos, lista de problemas, notas SOAP.

**Base de datos:** en la base de datos se recogen todos los hechos ocurridos al paciente obtenidos a partir de fuentes como la historia clínica, el examen físico, pruebas diagnósticas, etc.

**Lista de problemas:** un problema se define como todo aquello que afecte al paciente. Un problema puede ser un signo, un síntoma, un resultado de laboratorio anómalo, una limitación física, etc. La lista de problemas es algo dinámico, ya que pueden ir apareciendo nuevos problemas y los anteriores pueden irse resolviendo. Los problemas se numeran cronológicamente, pero se atienden de acuerdo a su importancia y gravedad.

**Notas SOAP:** esta es una forma de organizar los datos en las notas de evolución del paciente. Es un acrónimo de las palabras inglesas:

- S: subjective (datos subjetivos)
- O: objective (datos objetivos)
- A: assessment (valoración)
- P: plan (plan a seguir)

Datos subjetivos

En estos datos se registra cómo se siente el paciente según lo que él/ella explica o lo que el profesional sanitario observa. Son datos descriptivos que no pueden confirmarse mediante pruebas. Estos datos se obtienen observando cómo se comporta el paciente, escuchando cómo describe sus síntomas y mediante las respuestas a las preguntas que se le hacen en la revisión por sistemas.

#### *Datos objetivos*

Estos datos incluyen los signos vitales, los resultados del examen físico, de las pruebas diagnósticas, etc. La medicación que recibe el paciente también puede incluirse en este apartado.

#### *Valoración*

Los datos subjetivos y objetivos deben utilizarse para valorar (evaluar) el estado del paciente incluyendo también la evaluación de la terapia que recibe.

El farmacéutico debe tener en cuenta si alguno de los problemas que presenta el paciente pueden ser debidos a un fármaco o si el paciente presenta algún factor que le pueda predisponer a desarrollar algún problema. Asimismo debe evaluar si la terapia que recibe es necesaria y es la indicada y realizar este proceso con toda la medicación que se le vaya prescribiendo al paciente.

#### *Plan*

Una vez evaluados los datos subjetivos y objetivos se debe establecer un plan.

#### ***Obtención de información de las historias clínicas***

El farmacéutico clínico debe ser capaz de obtener, a partir de las historias clínicas, toda la información que puede tener relación o influir en la farmacoterapia que reciben los pacientes y debe obtenerla de la forma más eficiente. El estar familiarizado con cada apartado o sección de la Historia Clínica y su contenido, hace la documentación de la información y la recogida u obtención de datos más eficiente. Debe tenerse en cuenta que cierta información puede obtenerse en más de un apartado de la historia clínica, siendo a veces necesario obtener dicha información de los profesionales sanitarios que atienden al paciente o del propio paciente.

El objetivo principal del farmacéutico al obtener información de la historia clínica, es la monitorización de la farmacoterapia que recibe el paciente. El sistema de la historia clínica orientada por problemas ha demostrado ser también un sistema idóneo para el farmacéutico.

Por lo tanto, el primer paso en el proceso de la monitorización farmacoterapéutica es la recogida de información para crear una base de datos<sup>(10)</sup>.

## **6 ESTABLECIMIENTO DE UNA BASE DE DATOS**

La información que debe recogerse es aquella que es relevante para el paciente específico al que estamos monitorizando. En líneas generales la información a recoger incluye:

- Datos del paciente como edad, sexo, peso, altura.
- Historia de la enfermedad actual, historia médica anterior, historia social.
- Alergias, hábitos (alcohol, tabaco, ejercicio), dieta, datos sobre cumplimiento de los tratamientos prescritos.
- Pruebas de laboratorio, constantes vitales.
- Farmacoterapia que está recibiendo o ha recibido.

La forma en como se recoge esta información depende de los diferentes profesionales. Lo más idóneo es la utilización de impresos diseñados para este fin los cuales deben ser lo más completos y al mismo tiempo lo más sencillos posible, a fin de que permitan recoger toda la información necesaria, pero que sean de fácil utilización en el trabajo diario.

A título de ejemplo se muestra en la Figura 1 la hoja utilizada en el Servicio de Farmacia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, para el seguimiento de pacientes con insuficiencia renal. Existen otros muchos en los que figuran todos los apartados relevantes citados.

Así, existe el sistema propuesto por Canaday y Yarborough<sup>(11)</sup> conocido por el acrónimo FARM (findings, assessment, resolution, monitoring, follow-up).

El sistema publicado en 1988 por Strand et al.<sup>(12)</sup> llamado Pharmacist's Workup of Drug Therapy (PWDT) como guía sistemática para el análisis de la farmacoterapia y registro de las actividades clínicas realizadas por los farmacéuticos.

Otro sistema alternativo es el utilizado en el hospital Cedars Sinai de Los Angeles<sup>(13)</sup> y conocido como "TTTRS" (Title, Introduction, Text, Recommendation, Signature). Los autores recomiendan empezar la nota siempre poniendo: Nota de Farmacia Clínica, escribiendo a continuación una introducción que incluya una descripción básica del paciente y del problema, una des-

Figura 1. Recogida de información de pacientes con función renal deteriorada

## RECOGIDA DE INFORMACION DE PACIENTES CON FUNCION RENAL DETERIORADA

### DATOS DEL PACIENTE

**ETIQUETA**  
(Nombre, N.H., Edad, Cama)

Día 1ª intervención: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

DIA INGRESO: \_\_\_\_\_

DIA ALTA: \_\_\_\_\_

PES: \_\_\_\_\_ kg TALLA \_\_\_\_\_ cm

MOTIVO DEL INGRESO \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_

### DATOS BIOQUIMICOS

DIA
Na <sup>+</sup> SERICO
UREA SERICA
CREATININA SERICA
ACLARAMIENTO DE CREATININA
Fórmula (c-g)
VOLUMEN DE ORINA 24 h
Na <sup>+</sup> EN ORINA
UREA EN ORINA
CREATININA EN ORINA
ACLARAMIENTO DE CREATININA <sub>Orina</sub>

### DATOS MICROBIOLÓGICOS





cripción de la valoración y las recomendaciones necesarias. La nota debe finalizar con la firma del farmacéutico así como con información sobre cómo y dónde localizarle para el seguimiento.

Por lo tanto el farmacéutico debe registrar en definitiva: la información en la que basa sus decisiones y acciones, las decisiones tomadas en lo concerniente a la farmacoterapia de un paciente específico y las acciones emprendidas que afectan a dicha farmacoterapia.

Actualmente la posibilidad de recoger la información de forma informatizada ha supuesto un gran avance.

## 7 LISTA DE PROBLEMAS

La elaboración de una lista de problemas es otro paso fundamental. Los problemas deben enumerarse en orden de importancia. Existen dos tipos de problemas: los problemas médicos (ej., diagnóstico, sintoma) y los problemas relacionados con medicamentos (ej., error de prescripción, efecto adverso). Esta lista de problemas tiene como funciones, el generar objetivos farmacoterapéuticos específicos y el ayudar en el diseño de un regimen farmacoterapéutico que consiga dichos objetivos.

Debe describirse la fecha en que se identifica el problema, el problema que se ha detectado así como las acciones o intervenciones que se piensan llevar a cabo para resolverlo o evitarlo y el resultado de las mismas.

En cuanto a los problemas que pueden relacionarse con la farmacoterapia es importante evaluar cada problema teniendo en cuenta una serie de cuestiones como:

- Correlación entre fármaco e indicación.
- Selección apropiada del fármaco.
- Regimen posológico adecuado.
- Duplicidades.
- Alergias e intolerancia.
- Reacciones adversas.
- Intracciones fármaco-fármaco, fármaco-patología, fármaco-dieta, fármaco-prueba de laboratorio.
- Toxicomanías.
- Información del paciente respecto a su farmacoterapia.
- Incumplimiento de la terapia.
- Costes de la terapia.

## 8 NOTAS SOAP

Como se ha dicho antes, el farmacéutico puede utilizar también este sistema, para el abordaje de cada uno de los problemas.

Datos subjetivos: que se obtienen en aquellos lugares de la historia clínica en donde hay anotaciones del resto de profesionales, o hablando con dichos profesionales o con el propio paciente.

Datos objetivos: principalmente resultados de las pruebas analíticas y la medicación que está recibiendo el paciente.

Evaluación: mediante los datos objetivos y subjetivos encontrados, el farmacéutico debe hacer una evaluación de la farmacoterapia que recibe el paciente. Debe valorar si alguno de los problemas del paciente puede estar producido por los fármacos que recibe y si todos los problemas están tratados. Si la farmacoterapia que está recibiendo está indicada para este paciente, la dosis, duración, posibilidad de interacciones, aparición de efectos adversos, respuesta a la misma, aparición de nuevos problemas, etc. Esto debe realizarse con todos los nuevos fármacos que se vayan prescribiendo al paciente.

## 9 PLAN

Una vez evaluada la farmacoterapia debe establecerse un plan farmacoterapéutico en el que el farmacéutico recomiende la terapia más idónea para ese paciente en concreto, vía y forma de administración, parámetros a monitorizar para evaluar eficacia y toxicidad y objetivos a conseguir.

Los comentarios o cambios que el farmacéutico considere que han de realizarse en el plan farmacoterapéutico deben comunicarse al médico personalmente, por teléfono o preferiblemente por escrito, con el fin de que conste la intervención del farmacéutico en la historia clínica del paciente. Para dicha comunicación puede utilizarse una hoja como la descrita en la Figura 2.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Normativa de uso y ordenación de la Historia Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 1993.
2. Bonal de Falgás J, Castro Cels I. Manual de formación para farmacéuticos clínicos. Ed. Díaz de Santos

Figura 2.



St. Antoni M. Claret, 167  
08025 Barcelona  
Tel.: 93 291 90 00  
Fax: 93 291 94 27

## COMUNICACIÓ FARMÀCIA AMB EQUIP MÈDIC

Data: ...../...../.....

Farmacèutic: ..... N. telèfon.....

Pacient: .....

Sala:..... Llit:.....

Metge al qual va dirigida la consulta o bé observació: .....

- Motiu:  Fàrmac no inclòs en la Guia de l'Hospital  
 Confirmació pauta dosificació  
 Confirmació durada  
 Canvi dosificació recomanada segons funció renal:

Edat: ..... Cr sèrica: ..... CICr: .....

Altres:

- .....
- .....
- .....

Observacions:

- Col·locar en la gràfica del malalt.

- 1989.
3. Michael F. Shephard. Clinical Skills Program: Advancing Pharmaceutical Care. Reviewing patient medical charts (module I). American Society of Hospital Pharmacists, 1992.
  4. Mason NA, Shimp LA. Clinical Skills Program: Advancing Pharmaceutical Care. Building a pharmacist's patient data base (module II). American Society of Hospital Pharmacists, 1993.
  5. Shimp LA, Mason NA. Clinical Skills Program: Advancing Pharmaceutical Care. Constructing a patient's drug therapy problem list (module III). American Society of Hospital Pharmacists, 1993.
  6. Jones WN, Campbell S. Clinical Skills Program: Advancing Pharmaceutical Care. Designing and recommending a pharmacist's care plan (module IV). American Society of Hospital Pharmacists, 1994.
  7. Frye CB. Clinical Skills Program: Advancing Pharmaceutical Care. Monitoring the pharmacist's care plan (module V). American Society of Hospital Pharmacists, 1994.
  8. Keith TD, Foster Jr MT. Drug Therapy Monitoring en Handbook of Institutional Pharmacy Practice, 3ª Edición. Editorial Brown TR. ASHP 1992; 273-278.
  9. Lawrence R, Borgsdorf, and Mosser RS. The problem-oriented medical record: an ideal system for pharmacist involvement in comprehensive patient care. *Amer J. Hosp. Pharm* 1973; 30: 904-907.
  10. Lloyd LH, Gourley DR, Herfindal ET. Workbook for Clinical Pharmacy and Therapeutics. 5ª. Edición, 1988.
  11. Canaday BR & Yarborough PC. Documenting Pharmaceutical Care: creating a standard. *The Annals of Pharmacotherapy* 1994; 28: 1292-1296.
  12. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 1988; 22: 63-67.
  13. Lacy CF, Saya FG, Shone RR. Quality of Pharmacists documentations in patients medical records. *Am J Health-Syst Pharm* 1996; 53: 2171-2175.

