

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Hospital San Vicente

SERVEI
SERVICIO **NEUROLOGIA**
NÚM.D'EPISODI
NÚM.DE EPISODIO **201001335**
DATA D'INGRÉS
FECHA DE INGRESO **10 de diciembre de 2010**
DATA D'ALTA
FECHA DE ALTA **29 de diciembre de 2010**

PRIMER COGNOM
PRIMER APELLIDO
SEGON COGNOM
SEGUNDO APELLIDO
NOM
NOMBRE
SIP
SIP
DATA NAIXEMENT
FECHA NACIMIENTO
DIRECCIÓ
DIRECCION

867596 NÚM.D'HISTÒRIA CLÍNICA
NÚM. DE HISTORIA CLÍNICA **137907**
26 de marzo de 1923 SEXE
SEXO **M X F**

FULL D'INFORME D'ALTA / HOJA DE INFORME DE ALTA

MOTIU D'INGRÉS / MOTIVO DE INGRESO

Hombre de 87 años de edad que ingresa por DEMENCIA procedente de consulta de neurologia del H. San Vicente.

ANTECEDENTS PERSONALS / ANTECEDENTES PERSONALES

Alergia a penicilina. HPB intervenida. Artrosis de cadera bilateral con intervenció quirúrgica de ambas caderas. Ex fumador desde hace 15 años. Demencia de origen no filiado.

ANTECEDENTS FAMILIARS / ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre con demencia en edad senil.

MALALTIA ACTUAL / ENFERMEDAD ACTUAL

Remitido desde Novaire San Vicente, donde reside en últimos meses, a consulta de Unidad de demencias para estudio. A nivel ambulatorio, historia difícil de obtener a través de su esposa por no disponer de informes previos y por dificultad idiomática con el paciente que únicamente habla ingles.

Además de la patología neurológica constaba en informe de residencia la presencia de negativa a la ingesta con pérdida de 15 Kg. en los últimos 3 meses junto a estreñimiento. Por dicho motivo había sido valorado recientemente en servicio de MI de HGUA decidiendo no realizar pruebas por su parte hasta conocer la fase de demencia en la que el paciente se encontraba y su posible origen.

Dos días antes de acudir a nuestra consulta había sido valorado en urgencias del HGUA y diagnosticado de probable ITU, pautando tratamiento IV antibiótico y seguimiento por UHD.

Se decide ingreso para facilitar estudio de la patología neurológica y general.

Durante el ingreso conseguimos realizar historia a través de su hija, quien nos explica que el paciente comenzó con deterioro de memoria hace al menos 5 años, con afectación progresiva del resto de funciones superiores. Hace al menos 3 años que abandonó la reslizació de ACBD y asocia transtorno de conducta desde entonces con delirios de perjuicio y robo. Desde hace al menos 1 año precisa supervisió en ABVD con descuido personal importante, precisando uso de pañal en últimos meses. Coincidiendo ingreso de su esposa en junio empeoró su transtorno del comportamiento por lo que es ingresado en residencia. En últimos meses actitud muy negativa no deseando levantarse de la cama, negandose asimismo a su alimentació.

Ya en 2008 se valoró en Suiza donde reside uno de sus hijos a nivel neurológico realizando TAC y se les indicó que probablemente presentaba una enfermedad de Alzheimer pero nunca ha seguido tratamiento específico de forma regular. En Novaire se le estaba administrando Risperidona en dosis bajas y Haloperidol si precisaba por las alteraciones conductuales.

EXPLORACIÓ FÍSICA / EXPLORACIÓN FÍSICA

Consciente. Desorientado temporoespacialmente y en persona parcialmente. Obedece órdenes sencillas, pero es incapaz de mantener una conversació coherente. Reflejos de liberació frontal presentes. No datos focales. Mantiene actitud en flexió de MMII con hipertonía y cierta anquilosis, siendo incapaz de mantener bipedestació.

A nivel general se aprecia ligera sequedad de mucosas con ACP normal y abdomen blando sin signos de