

Información sobre VNG / CDP

Videonystagmography (VNG) y pruebas de posturografía dinámica computarizada (CDP)

VNG

El VNG se utiliza para evaluar a pacientes con mareos, vértigo o disfunción del equilibrio. El centro de equilibrio del oído interno (el sistema vestibular) y los movimientos de los ojos están conectados a través del reflejo vestíbulo-ocular. Con este reflejo, el sistema vestibular monitoriza la posición y los movimientos de la cabeza para mantener una visión estable. Durante la prueba de GNR, se registran los movimientos oculares y se da información sobre el sistema de equilibrio central y periférico. La prueba de VNG consta de tres partes: evaluación oculomotora, prueba posicional y estimulación calórica del sistema vestibular. La prueba tarda aproximadamente 1,5 horas (90 minutos) en completarse. Algunos mareos son normales con las pruebas de GNR, y por lo general son de corta duración. Se recomienda llevar a alguien a la cita para llevarlo a casa, en caso de que se sienta mal después.

CDP

CDP está bien documentado en la literatura clínica y científica como un método objetivo para diferenciar los deterioros funcionales adaptativos sensoriales, motores y centrales del equilibrio (la prueba indica en qué partes de su sistema de equilibrio confía más). La información de la debilitación funcional proporcionada por el CDP es complementaria a los acercamientos de diagnóstico tradicionales para equilibrar a pacientes desordenados (VNG, silla rotatoria, MRI, etc.) que se centran en los componentes anatómicos individuales, aislados. El paciente se coloca en una plataforma con un arnés de seguridad en su lugar y se enfrenta a un entorno visual. Los sensores dentro de una placa de pie de plataforma miden la fuerza ejercida desde los pies cuando se desplaza el centro de gravedad del paciente (la prueba se realiza sin zapatos puestos; por lo tanto, use / traiga calcetines o hay cubiertas sanitarias para los pies disponibles).

Por favor, deje de usar los siguientes medicamentos durante 48 horas antes de la prueba:

- Píldoras para la alergia
- Tranquilizantes (Valium, Librium, Xanax, etc.)
- Píldoras sedantes (todas las pastillas para dormir o tranquilizantes)
- Descongestionantes/Antihistamínicos (Benadryl, Sudafed, Dimetapp, Chlor Trimeton, Seldane)
- Pastillas para el dolor
- Píldoras de dieta
- Píldoras relajantes nerviosas/musculares (Robaxin, Valium)
- Pastillas para mareos (Antivert, Meclizina, Bonine, parches para los oídos, etc.)
- Aspirina o sustitutos de la aspirina (Tylenol, etc.)
- Narcóticos/Barbitúricos (Codeína, Demerol, Percodan, Fenobarbital, antidepresivos)
- Suspenda todos los medicamentos durante 48 horas antes de la prueba, excepto los medicamentos de "mantenimiento" para su corazón, presión arterial, diabetes o convulsiones, y cualquier medicamento que su médico considere necesario.

Por favor: Consulté a su médico con cualquier pregunta. Es útil si trae una lista de los medicamentos que toma regularmente, o incluso los medicamentos en sí. Los medicamentos se pueden reanudar inmediatamente después de los procedimientos de prueba de GNR. Si hay alguna pregunta sobre la prueba o el medicamento, comuníquese con su médico o con nuestra oficina al 703-499-8787.

Instrucciones adicionales:

- Use ropa cómoda y zapatos planos y de apoyo.
- Trate de dormir mucho y estar completamente descansado.
- Cara limpia, sin maquillaje facial ni de ojos.
- Si usted es un usuario de contacto, prepárese para eliminarlos si interfiere con las pruebas.
- No hay alimentos sólidos durante 2 a 4 horas antes de la prueba.
- No hay café, té o cola después de la medianoche del día de la prueba.
- No hay bebidas alcohólicas/medicamentos líquidos que contengan alcohol 48 horas antes de la prueba.

Cuestionario para pacientes Por favor complete el formulario y tráigalo el día de la cita.

Cuando estás "mareado" ¿Experimenta alguna de las siguientes sensaciones / síntomas?

Compruebe todo lo que se aplica:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Te sientes mareado a veces (Vértigo) | <input type="checkbox"/> Presión en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz / ruido |
| <input type="checkbox"/> Sensación de natación en la cabeza | <input type="checkbox"/> Visión Doble |
| <input type="checkbox"/> Apagón / Pérdida de Conciencia | <input type="checkbox"/> Entumecimiento de la cara o los brazos / piernas |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Visión borrosa o ceguera |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Debilidad en brazos / piernas |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ruido en la cabeza/oídos) | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Sensación plena en el(los) oído(s) | <input type="checkbox"/> Dificultad con el habla |
| <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos | <input type="checkbox"/> Dificultad con la deglución |
| <input type="checkbox"/> Tendencia a caer a la (círculo uno):
Derechaizquierda hacia atrás todas las direcciones | <input type="checkbox"/> Tingling alrededor de la boca |

Describe su(s) ataque(s) de "mareos":

¿Sus mareos son constantes o periódicos? _____

¿Cuándo se produjo el primer ataque? _____

¿Cuánto tiempo desde el último ataque? _____

¿Con qué frecuencia se producen los ataques? _____

¿Cuánto duran? _____

¿Qué señales de advertencia, si las hay, tiene antes de un ataque? _____

¿Se producen mareos en ciertas posiciones del cuerpo / cabeza? _____

¿Estás completamente libre de mareos entre ataques? _____

¿Conoces alguna posible causa de tus mareos? _____

¿Sabes de algo que detenga tus mareos o los empeore? _____

¿Estuvo expuesto a humos irritantes, pinturas, etc.? ¿Al inicio de sus mareos? _____

¿Ha cambiado los medicamentos antes de la aparición de sus mareos? _____

¿Has conseguido recientemente nuevas gafas/contactos? _____

¿Has visto a algún especialista con respecto a tus mareos? _____

¿Qué provoca sus mareos? Compruebe todo lo que se aplica:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esfuerzo o exceso de trabajo | <input type="checkbox"/> Movimientos rápidos de la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Levantamiento de pesas o esfuerzo | <input type="checkbox"/> Dar la vuelta en la cama (derecha o izquierda) |
| <input type="checkbox"/> Falta una comida | <input type="checkbox"/> Estrés |
| <input type="checkbox"/> Pasar de estar sentado/acostado a estar de pie | <input type="checkbox"/> Sonidos fuertes |
| <input type="checkbox"/> Mirando hacia arriba | <input type="checkbox"/> Caminando por el pasillo en la tienda de comestibles |
| <input type="checkbox"/> Agacharse | <input type="checkbox"/> Ciclo Menstrual |

Preguntas de salud. Compruebe todo lo que se aplica.

¿Lo haces o lo has hecho alguna vez?..

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tuvo cirugía de oído | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido un problema autoinmune como reumatoide artritis |
| <input type="checkbox"/> Tuvo dificultad para oír | <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido una infección aguda de oído / seno |
| <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido pérdida auditiva fluctuante? | <input type="checkbox"/> ¿Tienes Diabetes? |
| <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido dolor / secreción en los oídos | <input type="checkbox"/> ¿Tiene presión arterial alta o baja? |
| <input type="checkbox"/> ¿Ha estado expuesto o trabajar en ruidos fuertes? | <input type="checkbox"/> ¿tienes dolores de cabeza? |
| <input type="checkbox"/> ¿Tienes alergias | <input type="checkbox"/> ¿Tienes neuropatía? |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco | <input type="checkbox"/> ¿Tiene artritis? |
| <input type="checkbox"/> Usar alcohol | <input type="checkbox"/> ¿Tienes dolor de espalda / cuello / rodilla? |
| <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido herpes labial / herpes zóbaro / herpes simplex virus | <input type="checkbox"/> ¿Se ha sometido a cirugía ortopédica? |

Por favor, haga una lista de cualquier medicamento / suplemento que tome regularmente:

Por favor describa sus mareos en sus propias palabras y tenga en cuenta cualquier información adicional que puede ser útil en el tratamiento de sus mareos:

Cancelación

Por favor, dénos al menos 72 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar esta prueba por cualquier motivo y planea llegar 15 minutos antes de la hora de su cita.

¡La llegada tardía o la falta de notificación de 72 horas de anticipación resulta en una tarifade \$150.00!

Registros medicos

Con el fin de brindarle la mejor atención, le pedimos que, si tiene algún registro médico con respecto a sus mareos o problema de equilibrio, por favor haga que su médico de atención primaria o especialista los envíe a nuestra clínica antes de su cita inicial. Esto no es necesario para someterse a pruebas, pero ayuda a nuestro audiólogo en la evaluación de su condición. Esto incluye engs anteriores, VNG, EMG, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, pruebas de audición o cualquier otro estudio relacionado. Si no sabe cómo obtener o enviar sus registros médicos, llame a nuestra oficina antes de su cita y estaremos encantados de ayudarlo a localizarlos.

Seguro

La videonystagmography (VNG) y la posturografía dinámica automatizada (CDP) están cubiertas por la mayoría de los seguros médicos. Por favor revise su póliza para los detalles de la cobertura, incluyendo deducibles y copagos. Los copagos del seguro vencen en el momento de la visita.

Código CPT & Costo de la prueba:

- 92549; Posturografía dinámica computarizada (CDP, SOT, MCT, ADT)
 - \$100 si no está cubierto por el Seguro
- 97750; Prueba clínica modificada de interacción sensorial en equilibrio (mCTSIB)/prueba de límites de estabilidad
 - \$100 si no está cubierto por el seguro

Al firmar a continuación, entiendo que las pruebas o tratamientos anteriores pueden no estar cubiertos por mi compañía de seguros y soy responsable de los cargos anteriores cada vez que se realizan las pruebas o tratamientos. También soy consciente de que Potomac ENT facturará a mi compañía de seguros y si no está cubierto al 100% o un beneficio cubierto, seré responsable de todos los cargos.

Firma Del paciente

Fecha

Nombre del paciente



Yo, _____ autorizo a Potomac ENT, una división de CADENT a realizar el siguiente procedimiento:

VNG: Videonistagografía

CDP: Posturografía Dinámica Computarizada

Yo _____ también entiendo que, si no cancelo mi cita en 72 horas, seré responsable de la tarifa de **cancelación de \$150.00.**

Firma del paciente/responsable: _____ Fecha: _____

Testigo: He explicado estas instrucciones, alternativas y expectativas al paciente, y creo que ha sido adecuadamente informado y ha dado su consentimiento.

Firma Del Testigo: _____ Fecha: _____