



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

**GM-CCF-0867-2023**  
23 de febrero del 2023

**Para:** Direcciones Médicas, Comités Locales de Farmacoterapia, Servicios de Farmacia, Médicos prescriptores de Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales, Hospitales Periféricos, Áreas de Salud y CAIS

**De:** Comité Central de Farmacoterapia

**Asunto: Lineamiento Institucional para el uso de betahistina, en la enfermedad de Ménière**

El Comité Central de Farmacoterapia en la sesión 2022-48, celebrada el 30 de noviembre del 2022 acordó avalar el Lineamiento Institucional para el uso de betahistina, en la enfermedad de Ménière como se indica a continuación:

La enfermedad de Ménière es una enfermedad progresiva del oído interno caracterizada por vértigo, tinnitus y pérdida de audición. La betahistina es un medicamento es un análogo de la histamina con una histamina H1 agonística débil y propiedades antagonistas de la histamina H3 más potentes, que se usa para tratar los síntomas asociados con la enfermedad de Ménière. Reduce los síntomas a través de sus acciones sobre los receptores de histamina.

**Criterios para prescripción de betahistina:**

- Presentar los siguientes criterios en los últimos tres meses para enfermedad de Ménière definitiva:
  - Dos o más episodios de vértigo (**leve, moderado o severo**) de al menos 20 minutos
  - Pérdida auditiva documentada audiométricamente en al menos 1 ocasión.
  - Tinnitus (**grado 2 a grado 5**) y plenitud aurial
- Ausencia de anormalidad estructural por imágenes (TAC, RMN).
- Pacientes que continúan sintomáticos a pesar del uso de medicamentos LOM:
  - **Tratamiento agudo: (al menos 30 días en tratamiento en monoterapia o combinación)**
    1. **Supresores vestibulares como antieméticos:** metoclopramida 10mg, código 1-10-32-1180, dosis 5-10mg cada 6 horas vía oral.
    2. **Antihistamínicos:** dimenhidrinato 50mg, código 1-10-25-0560, dosis 50mg cada 6 horas vía oral.
    3. **Benzodiazepinas:** diazepam 5mg, código 1-10-31-0480, dosis 5-10mg cada 8 horas vía oral, o lorazepam 2mg, código 1-10-31-1100, dosis 1-2mg cada 4 horas vía oral.



## CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

### ➤ **Tratamiento crónico (de 3-6 meses en tratamiento)**

Con ddiuréticos: hidroclorotiazida 25mg, código 1-10-08-0850, dosis 25mg por día vía oral o furosemida 20mg, código 1-10-09-0790, dosis 20mg por día vía oral.

**Grado de discapacidad:** Corresponde al especialista determinar la relación de la magnitud de afectación del paciente, así como la respuesta obtenida con el uso de los medicamentos LOM y tiempo transcurrido según las escalas a continuación:

#### Grado de discapacidad del vértigo (Escala DHI)

- Leve 0-30 puntos
- Moderada 31-60 puntos
- Severa 61-100 puntos

#### Grado de discapacidad del tinnitus (Escala THI)

- Grado 1 (0-16 puntos)
- Grado 2 (18-36 puntos)
- Grado 3 (38-56 puntos)
- Grado 4 (58-76 puntos)
- Grado 5 (78-100 puntos)

#### **Diagnóstico diferencial:**

- Enfermedad autoinmune como esclerosis múltiple
- Vértigo paroxístico benigno
- Enfermedades infecciosas como enfermedad de Lyme
- Otosífilis (se requiere serología)
- Isquemia cerebral
- Migraña vestibular
- Schwannoma vestibular
- Laberintitis
- Neuritis vestibular

#### **Contraindicaciones y consideraciones:**

Se contraindica el uso de betahistina en:

1. Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
2. Feocromocitoma.

Se recomienda monitorizar cuidadosamente durante el tratamiento a pacientes con:

1. Asma bronquial y/o
2. Historia de úlcera péptica

Advertencia sobre excipientes: este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, deficiencia total de lactasa o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento.



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: [coincss@ccss.sa.cr](mailto:coincss@ccss.sa.cr)

---

**Medicamento No LOM**

Betahistina, código 1-11-25-0012, dosis 24 mg cada 12 horas, vía oral.

**Prescripción:**

Uso exclusivo por especialistas en otorrinolaringología. La presentación de casos y su resolución se establece a nivel del Comité Central de Farmacoterapia; el médico prescriptor debe presentar evidencia de cumplimiento de los requisitos de pérdida auditiva por audiometría, ausencia de anomalías estructurales por TAC o RMN, serologías negativas por sífilis.

El Comité Local de Farmacoterapia deberá enviar un informe semestral al Área de Farmacoeconomía, con copia al Comité Central de Farmacoterapia, con el seguimiento del beneficio clínico de las pacientes con el uso del medicamento y con variables objetivas de medición.

El uso excepcional para otras condiciones no descritas en este protocolo requiere aprobación individualizada por parte del Comité Central de Farmacoterapia; el médico prescriptor debe exponer su solicitud justificada mediante el formulario de solicitud para tratamiento crónico no LOM, la gestión debe acoger la normativa y procedimientos institucionales vigentes.

Las consultas serán atendidas por el Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica mediante correo electrónico [gm\\_df\\_amtc@ccss.sa.cr](mailto:gm_df_amtc@ccss.sa.cr)

**Formulario** (adjunto)

Atentamente,

**COMITÉ CENTRAL DE FARMACOTERAPIA**

Dra. Olga Paola Vásquez Barquero  
**Secretaría Técnica**

OPVB/mjga

Cc: Archivo

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología  
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica  
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601  
Correo electrónico: coinccss@ccss.sa.cr

**Lineamiento para la prescripción de betahistina en enfermedad de Ménière**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Centro médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**1. Criterios de prescripción de betahistina (debe cumplir con todos los criterios)**

- Presentar los siguientes criterios en los últimos tres meses para enfermedad de Meniere definitiva:
  - Dos o más episodios de vértigo de al menos 20 minutos
  - Pérdida auditiva documentada audiométricamente en al menos 1 ocasión
  - Tinnitus (grado 2 a grado 5) y plenitud aurial
- Ausencia de anormalidad estructural por imágenes (TAC, RMN)
- Serologías negativas por sífilis
- Descarte de diagnósticos diferenciales

**2. Grado de discapacidad por:**

2.1 Vértigo: Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )

2.2 Tinnitus: Grado 2 ( ) Grado 3 ( ) Grado 4 ( ) Grado 5 ( )

3. Tratamiento farmacológico utilizado (agotar todas las opciones LOM). Tratamiento agudo: utilizar cada grupo de medicamento por al menos 30 días, tratamiento crónico utilizarlo por al menos 6 meses.

Medicamento	Dosis	Inicio de tratamiento	Fin de tratamiento	Respuesta
<b>Antieméticos</b>				
<b>Antihistamínicos</b>				
<b>Benzodiazepinas</b>				
<b>Diuréticos</b>				

4. Verificación de adherencia al tratamiento (cumplimiento de dosis y persistencia en la duración del tratamiento prescrito):

Médico prescriptor: \_\_\_\_\_ Firma y código: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_