

**Betaserc**  
Betahistina Diclorhidrato

# MISIÓN EQUILIBRIO

## **TOMO 3**

En busca del origen  
del vértigo periférico

**LIBRO DE EXPERIENCIA**  
del Dr. Vicente Rodríguez Montoya,  
Otorrinolaringólogo-otólogo.

 **Abbott**

MATERIAL DIRIGIDO AL CUERPO MÉDICO





Los trastornos del equilibrio o vestibulares constituyen un importante problema de salud, de hecho, se estima que cerca del **40%** de la población, en algún momento de su vida, experimentará algún tipo de alteración del equilibrio o vestibular.

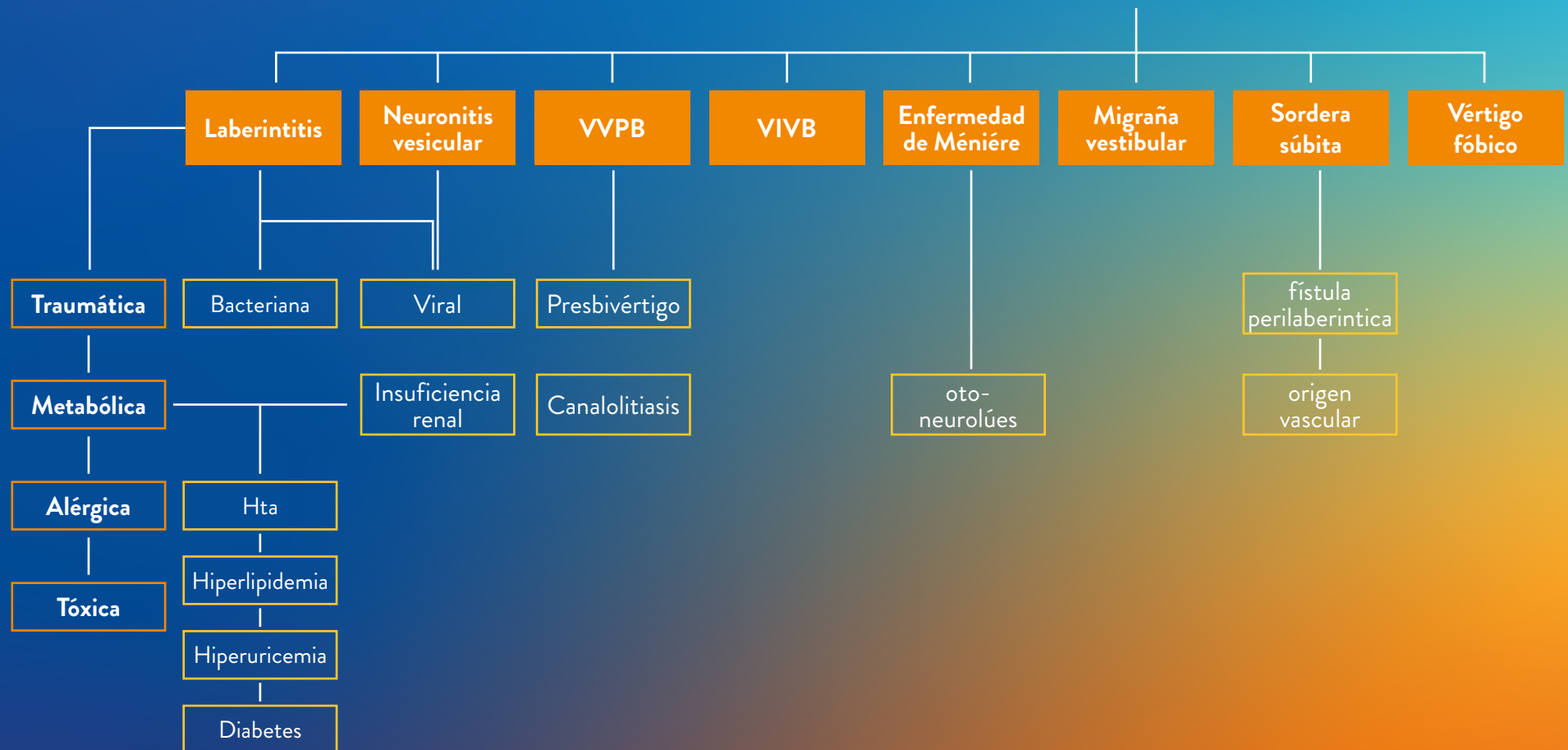
Por lo tanto, es importante conocer la causa exacta que origina el problema para restaurar el equilibrio lo más pronto posible. A continuación, abordaremos algunas de las causas más comunes.<sup>1</sup>

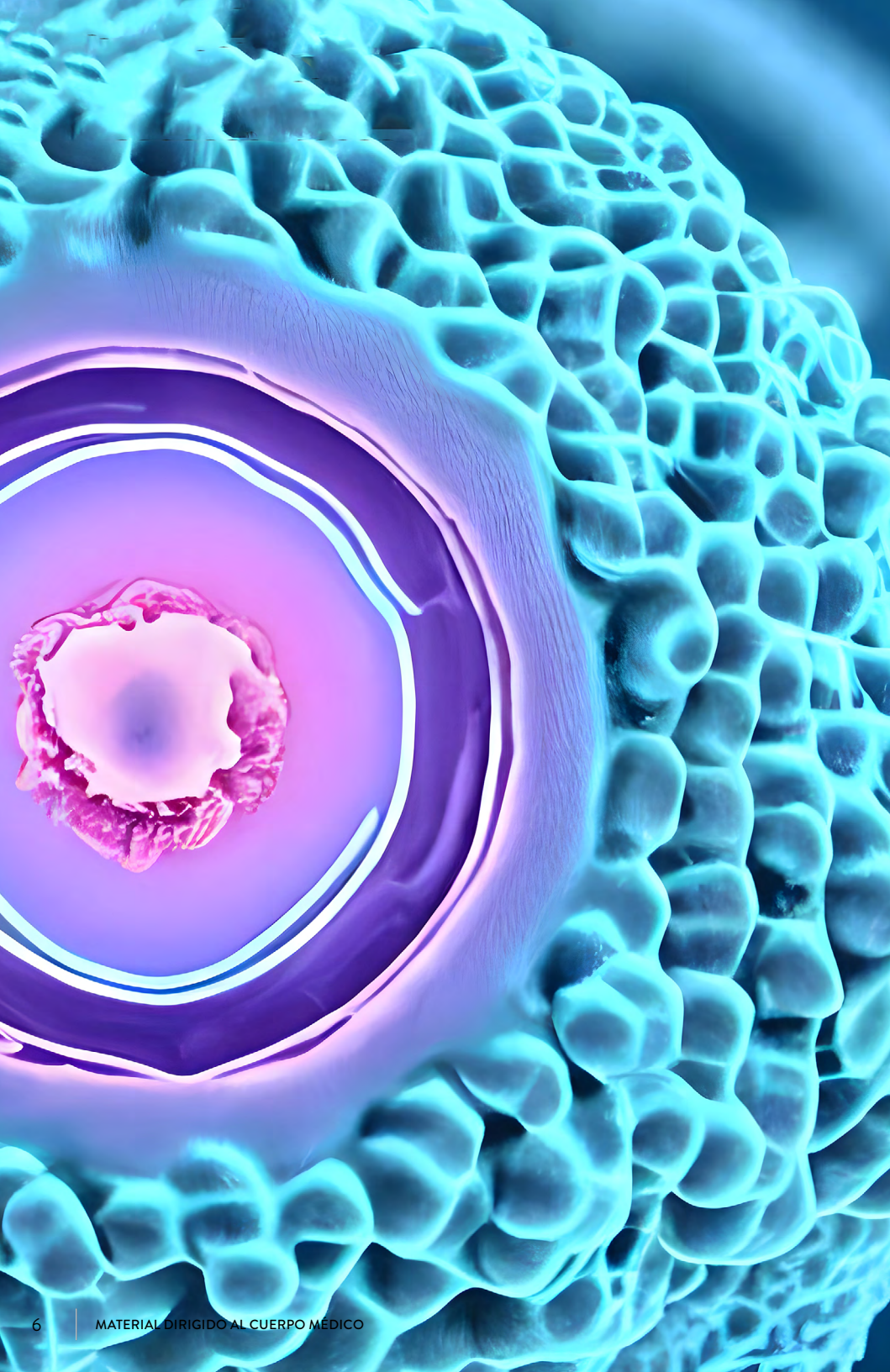


# Etiología del VÉRTIGO PERIFÉRICO

Algoritmo: etiología del vértigo periférico

## VÉRTIGO PERIFÉRICO





# 1. LABERINTITIS

## VIRAL:

Producida por rinovirus o por herpes simple. Corresponde al **60%** al **5%** de los casos. Igualmente, puede inducir neuronitis vestibular clínicamente indistinguible de la laberintitis viral. Puede tener factores desencadenantes como estrés o recientes afecciones virales respiratorias. El cuadro clínico suele ser severo y bastante incapacitante. No se acompaña de tinnitus ni de hipoacusia. Su diagnóstico es por descarte, el manejo es sintomático y con terapia vestibular, el pronóstico es muy bueno. Podría ser útil, una vez descartadas todas las demás etiologías, el uso de antivirales como valaciclovir.

## ALÉRGICA:

Poco frecuente, asociada a alergia severa o urticaria. El cuadro varía en severidad, el diagnóstico está en la asociación al cuadro alérgico, se maneja con la supresión del alérgeno si se identifica, forzar diuresis, antihistamínicos y terapia vestibular. La reacción

alérgica a los mariscos es la más frecuentemente asociada a aparición de vértigo.

## TÓXICA:

La causa más frecuente de laberintitis tóxica es la ingesta de alcohol. Principalmente, nos preocupa la laberintitis tóxica causada por medicamentos ototóxicos, sobre todo aminoglucósidos que pueden generar vértigo, pero principalmente hipoacusia sensorial irreversible.

Usualmente, cuando se presenta, es profunda y bilateral. Entre el **0,5%** y el **1,5%** de los pacientes a quienes se les administran aminoglucósidos pueden presentar hipoacusia sensorial profunda bilateral. Se ha detectado predisposición genética para lo que antes pensábamos que era idiosincrático. El **10%** de los pacientes a quienes se les administran aminoglucósidos pueden quedar de por vida con tinnitus intratable. La presencia de vértigo por laberintitis tóxica vestibular siempre se compensa.



## TRAUMÁTICA:

Asociada a cualquier grado de trauma craneoencefálico. La concusión laberíntica puede afectar en diversos grados la parcialidad o la totalidad del funcionamiento del laberinto vestibular, uni o bilateralmente. La recuperación está basada en ejercicios de terapia vestibular. Se asocia al vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) en su variedad de otocanalitiasis, en cuyo caso es necesario realizar maniobras de reposición de otolitos, teniendo claro cuál es el lado afectado y cuál de los canales semicirculares. Se requiere en ocasiones el uso de video head impulse test (V-HIT).

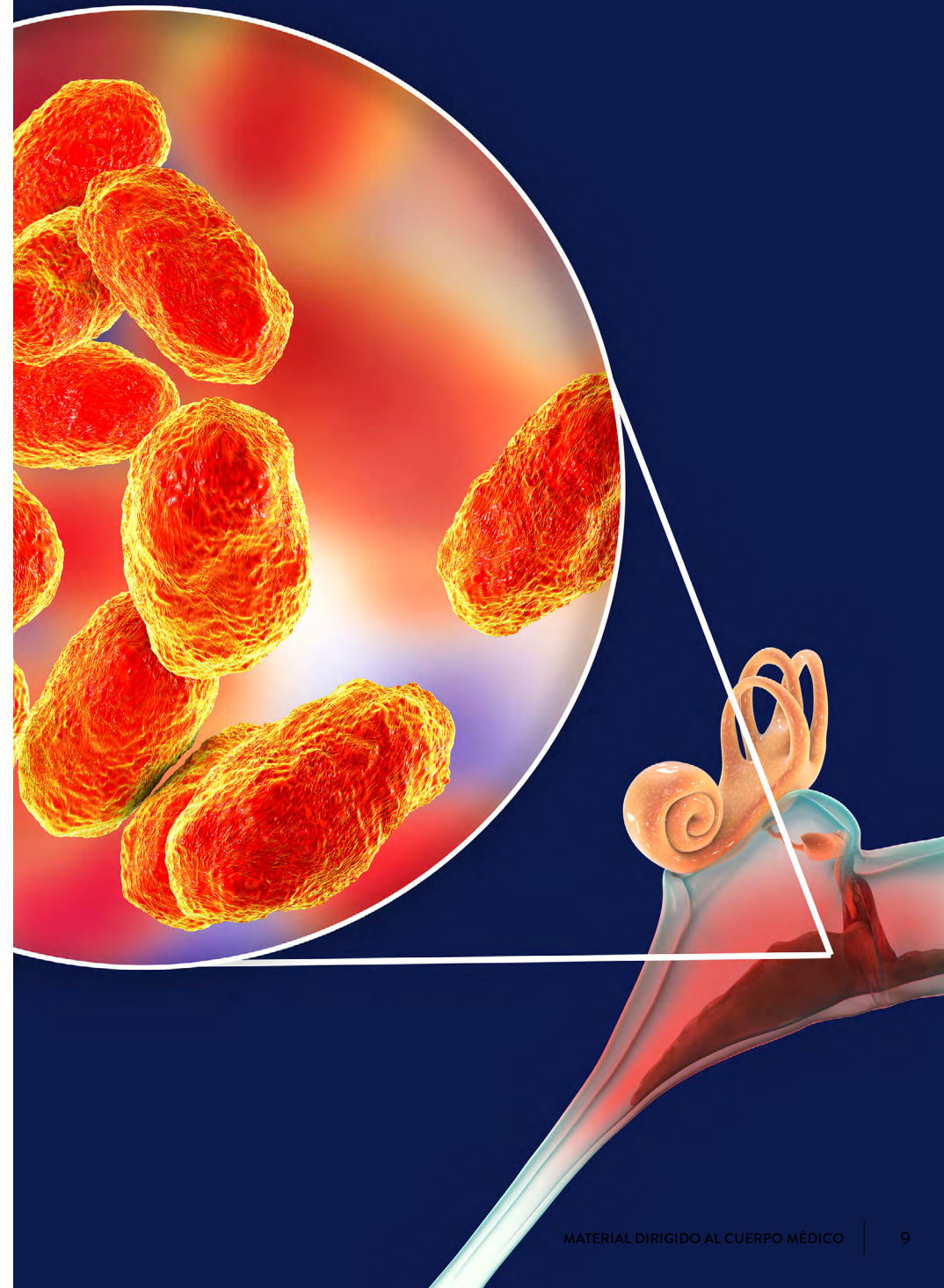
## METABÓLICA

Cualquier tipo de falla metabólica puede generar vértigo, básicamente por defectos de irrigación del laberinto vestibular.

Podemos hablar de hipertensión no controlada, diabetes mellitus I y II no controladas, hiperlipidemia, hiperuricemia, trastornos de tiroides e insuficiencia renal. Cada caso se diagnostica y se trata según la causa encontrada.

## BACTERIANA

Asociada a otitis media aguda en niños y en adultos. El cuadro de vértigo es de buen pronóstico porque, finalmente, el equilibrio siempre se compensa. La urgencia del tratamiento, si se asocia otitis media y vértigo, está en que la laberintitis bacteriana puede generar sordera sensorial irreversible de cualquier grado. Sabemos que en un **75%-80%** de los casos la otitis media aguda es bacteriana, producida en porcentaje variable principalmente por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* y, en menor porcentaje, por *Moraxella catarralis*.

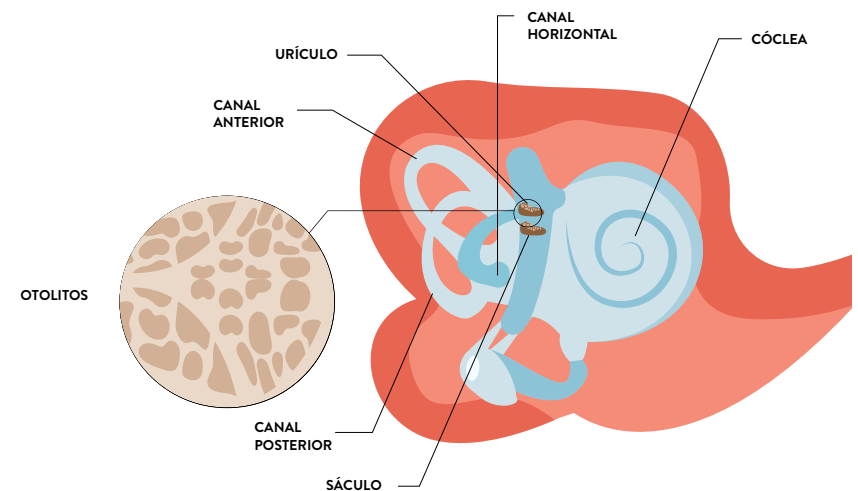


El tratamiento clásico se hace con amoxicilina **90 mg/kg/día** o amoxicilina-ácido clavulánico en igual dosis e irrigaciones nasales con solución salina isotónica y oximetazolina nasal cada 8 horas. Si se detecta baja auditiva sensorial agregada (mixta), el paciente requiere hospitalización, tratamiento con cefuroxima IV, miringocentesis e inserción de tubo de ventilación, usualmente bilateral. En algunos casos también se requiere practicar mastoidectomía simple para drenaje de la mastoides.

## 2. VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO (VPPB)

### EXISTEN DOS TIPOS:

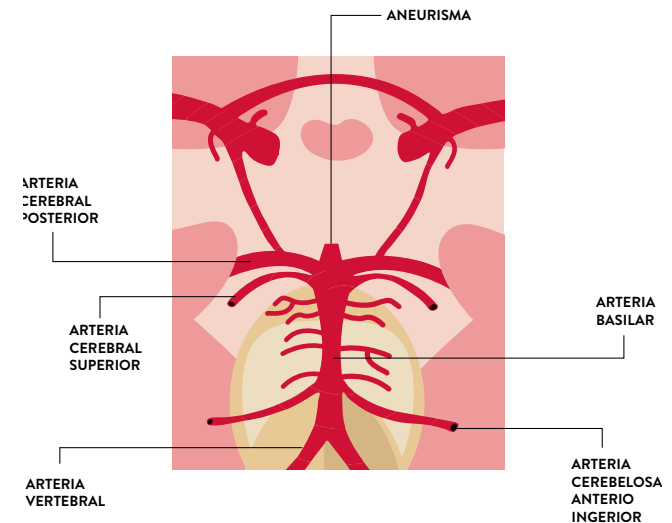
El primero es el **presbivértigo**, una afección por edad, por mal funcionamiento del laberinto o por irrigación deficiente, que genera episodios leves-moderados de vértigo asociado a movimiento. El tratamiento se basa en terapia vestibular frecuente, ejercicios que el paciente aprende a realizar diariamente en casa y betahistina **24 mg c/12 horas** por tiempo prolongado, a veces indefinido, con buenos resultados. Se puede utilizar también Ginkgo Biloba **120 mg c/12 h**.





### 3. VÉRTIGO POR INSUFICIENCIA VERTEBROBASILAR (VIVB)

Proviene de la asociación de hiperlipidemia y trastornos de la funcionalidad de la columna cervical, con la consecuente falla en la irrigación del oído interno por disminución del flujo en la arteria cerebelosa anteroinferior (AICA).



El paciente asocia la aparición de vértigo con movimientos forzados del cuello, especialmente hiperextensión. Su manejo se hace con fisioterapia de la columna cervical, hipolipemiantes y dieta. Durante el proceso con episodios de vértigo, también es de utilidad el uso de betahistina **24 mg c/12 h**.

Como hemos mencionado, las causas del vértigo periférico surgen de anomalías en el sistema vestibular periférico y es necesario identificarlas para restablecer prontamente el equilibrio. A continuación, abordaremos otras causas de vértigo periférico que son comunes en la práctica clínica.<sup>1</sup>

Referencia: 1. American Speech-Language-Hearing Association. Diagnosis and Management. ASHA; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3hT7eHZ>

**El segundo tipo de VPPB** está dado en pacientes que sufren trauma craneano leve o moderado, a quienes se les desplazan los otolitos hacia las cúpulas de los canales semicirculares. Con las pruebas posicionales se diagnostica el lado afectado y el tratamiento más efectivo se hace con las maniobras de reposición. La más usada es la maniobra de Epley, que logra regresar a su posición original los otolitos. El uso de betahistina **24 mg c/ 12 horas**, hasta que desaparezcan los síntomas, es de gran utilidad.





# ETIOLOGÍA DEL VÉRTIGO PERIFÉRICO

## 1. ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

Enfermedad sobrediagnosticada en nuestro medio. Corresponde al **15%-20%** de los casos y es mucho más frecuente en la raza blanca. En forma clásica, se presenta con la tétada de vértigo, hipoacusia, tinnitus (tono grave) y presión retroauricular, **todos fluctuantes**.

Es un poco más común en mujeres y tiene muy frecuente asociación en pacientes migrañosos. **Entre el 30% y el 40% de los casos es bilateral**. La hipoacusia sensorial empeora con los episodios y puede generar hipoacusia sensorial severa profunda uni o bilateral, en algunos casos. Los episodios de vértigo pueden llegar a ser muy severos y de larga duración, así como muy incapacitantes, con recidivas frecuentes.



El diagnóstico es casi siempre clínico, pero tenemos la obligación de solicitar exámenes de laboratorio y de documentar la audición frecuentemente para evitar la progresión de la hipoacusia sensorial, en forma clásica en tonos graves. También pedimos un examen de electrodiagnóstico denominado CHAMP, que mide potenciales de reclutamiento, positivos solo en hidrops endolinfático. Por la especificidad de este examen, la electrococleografía para diagnóstico de la enfermedad de Ménière ha caído en desuso.

El tratamiento por excelencia es la DIETA ESTRUCTA SIN SAL (menos de 1 g de sodio al día).

**Betahistina:** tratamiento dosis dependiente, según evolución y resultado, desde **48 mg a 720 mg/día**. Este tratamiento está basado en evidencia de múltiples publicaciones internacionales.

Se insiste mucho en esto, sustentado en una amplia experiencia, logrando en la mayoría de los casos excelentes resultados, con desaparición del vértigo y mejoría completa de la audición. Si el paciente consulta tempranamente, por ser un fuerte antagonista H3, la betahistina aumenta la liberación de serotonina y dopamina, inhibiendo la actividad de los núcleos vestibulares. También tiene un efecto combinado en la estra vascular del laberinto, produciendo su vasodilatación, disminuyendo la presión endolinfática y promoviendo la compensación vestibular.

El uso de diuréticos, como la hidroclorotiazida, con reposición de potasio o de acetazolamida, también ha demostrado ser de utilidad. En casos severos, unilaterales preferiblemente con mal resultado con tratamiento médico, puede ser necesario practicar descompresión quirúrgica del saco endolinfático, con buen resultado a corto plazo, pero regular resultado a mediano y largo plazo, con reaparición de los síntomas

y, en algunos casos, será necesaria la sección de los nervios vestibulares, superior e inferior, con la posterior compensación del equilibrio, pero con persistencia o empeoramiento de la hipoacusia. En la última década, con el advenimiento del manejo con dosis elevadas adecuadas de betahistina, se ha vuelto innecesario el manejo quirúrgico.



## 2. MIGRAÑA VESTIBULAR

Se presenta como episodios de vértigo, asociados o no a cefalea hemicránea, con frecuencia precedidos por una “aura” que puede ser visual (fosfenos, escotomas, como en la migraña clásica) o nasal con obstrucción y posterior cefalea y vértigo. Los episodios de vértigo

migrañoso son más frecuentes en mujeres, asociados al período perimenstrual.

La ingesta de vinos rojos (taninos) y alimentos con azúcar, los episodios de estrés, los cambios bruscos de luminosidad y el ejercicio fuerte sin previo estiramiento

y calentamiento se encuentran asociados como gatillo productor de migraña y, en muchos casos, vértigo. Es frecuente la asociación de migraña en los pacientes con enfermedad de Ménière.

En el tratamiento de esta afección, se recomienda

dieta, evitando azúcar y vinos rojos. El uso de betabloqueadores, como propranolol, ha demostrado eficacia en la prevención de episodios y en la disminución de su severidad cuando se presentan. También es útil el uso de antimigrañosos (sumatriptán y similares).





### 3. FÍSTULA PERILABERÍNTICA - SORDERA SÚBITA

La fístula perilaberíntica puede aparecer en forma espontánea o asociada a cambios fuertes de presión (barotrauma), al bucear, en viajes con cambios de altura en pacientes con resfriado común o con sinusitis crónica. También se puede presentar en pacientes haciendo maniobras de Valsalva, pujo del parto, levantamiento de pesas, etc. El paciente puede asociar vértigo e hipoacusia. Es muy fácil hacer el diagnóstico, practicando otoscopia neumática. Con cambio de presión en el oído medio, se genera vértigo inmediato o empeoramiento del vértigo presente.

Si el paciente presenta hipoacusia sensorial de ese oído, requiere inmediato tratamiento quirúrgico para salvar la audición, practicando cierre de fístula, usualmente en la ventana oval o en la ventana redonda. Se debe realizar tratamiento médico, similar al tratamiento de la enfermedad de Ménière, dieta hiposódica estricta, betahistina **24 mg (48-96 mg/día)**, reposo relativo, no hacer esfuerzos y no cambiar de altura hasta la mejoría. Si persisten los episodios de vértigo incapacitante, es necesario practicar cirugía.





## 4. SORDERA SÚBITA

En casos de aparición de sordera súbita con o sin vértigo, con test de fístula negativo, podemos sospechar una alteración de irrigación del laberinto. En estos casos, se utiliza la administración de corticoides parenterales, junto con la administración oral en dosis decrecientes de deflazacort o prednisolona. Se debe tener especial cuidado con pacientes diabéticos por posible hiperglicemia severa. En los protocolos de manejo de sordera súbita, se utilizó con éxito la administración de carbógeno (95% O<sub>2</sub> y 5% CO<sub>2</sub>) 2 L por min, por 20 min, cada 4 horas, por 8 a 10 días.

El carbógeno es de difícil consecución en la actualidad. En los últimos años, se está usando la inyección intratimpánica de corticoides, pero no hay evidencia de su superioridad vs. corticoides parenterales y orales. El problema del vértigo usualmente se compensa sin problema. La hipoacusia en muchos casos mejora en un grado, que depende de la profundidad de la pérdida inicial, de la edad del paciente, de la presencia o no de factores metabólicos descompensados (diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemia) y de la oportunidad de la atención especializada.

## 5. VÉRTIGO FÓBICO

Algunos pacientes que han sufrido vértigo severo, por cualquiera de las causas mencionadas anteriormente, pueden desarrollar episodios de vértigo periódicos y recurrentes asociados a movimientos. Es necesario ejercer especial cuidado en establecer un diagnóstico adecuado. Cuando un paciente ha presentado episodios de vértigo con mejoría, puede volver a

presentar vértigo por otra causa diferente a la inicial. La fobia al vértigo puede presentarse posteriormente y es un diagnóstico de descarte. Puede presentarse después de movimientos telúricos o después de montar en atracciones mecánicas en parques de diversiones. Estos pacientes mejoran muy bien con ejercicios vestibulares, hechos en casa, 3-4 veces al día y con el uso de betahistina **24 mg c/12 horas.**





## Referencias

- Strupp M, Dlugacz J, Ertl-Wagner BB, Rujescu D, Westhofen M, Dieterich M. Vestibular Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2020;117(17):300-310.
- American Speech-Language-Hearing Association. *Diagnosis and Management*. ASHA; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3hT7eHZ>
- Cummings C, Fredrickson J.M., Harker L.A. et al. *OTOLARYNGOLOGY HEAD & NECK SURGERY* Third ed. Mosby on line. Cap. 132-140, 159, 161-171 1999-2003.
- Blevins N. et al. *Temporal Bone Dissector* 1999.
- Furman J.M., Cass S.P., Benign Paroxysmal Positional Vertigo, *The New England Journal of Medicine*, Volume 341 Number 21, Pag. 1593 November 18,1999.
- Lee K.J. *Essential Otolaryngology Caps*. 1, 4, 8, 16, 32, 33, 43. Seventh Edition 1999.
- Does betahistine treatment have additional benefits to vestibular rehabilitation? Hale Karapolat · Nese Celebisoy · Yesim Kirazli, *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2010) 267:1207–1212
- Botta L, Mira E, Valli S, Zucca G, Perin P, Benvenuti C, Fossati A, Valli P (June 2001). "Effects of betahistine and of its metabolites on vestibular sensory organs." *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 21 (3 Suppl 66): 24– 30. PMID 11677836.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). *Strategic plan (FY 2006–2008)*. June 12, 2009.
- Does betahistine treatment have additional benefits to vestibular rehabilitation? Hale Karapolat · Nese Celebisoy · Yesim Kirazli, *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2010) 267:1207–1212
- Devaraja K, Vertigo in Children; a narrative review of the various causes and their management . *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 111 (2018) 32-38
- Botta L, Mira E, Valli S, Zucca G, Perin P, Benvenuti C, Fossati A, Valli P (June 2001). "Effects of betahistine and of its metabolites on vestibular sensory organs." *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 21 (3 Suppl 66): 24–30. PMID 11677836.
- Diagnosis and Treatment of Vertigo and Dizziness. Michael Strupp, Thomas Brandt. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2008 March; 105(10): 173-180. Munich Center of NeuroSciences
- Long-term prophylactic treatment of attacks of vertigo in Ménière's disease- comparison of a high with a low dosage of beta heisting in an open trial. Strupp M., Hupert D., Frenzel C., Wagner J., Hahn A., Jahn K., Zinglerr VC?, Mansmann U., Brandt T. *Acta Otolaryngolgy* 2008,May; 128(5): 520-4
- Lacour, M., van de Heyning, P. H., Novotny, M., & Tighilet, B. (2007).Betahistine in the treatment of Ménière's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3(4), 429–440.
- Lacour M. 1\* and Laurence Bernard-Demanzel,2. Interaction between vestibular compensation mechanisms and vestibular rehabilitation therapy: 10 recommendations for optimal functional recovery. 1 Laboratoire de Neurobiologie Intégrative et Adaptative,UMR7260CNRS/ UniversitéAix-Marseille,FédérationdeRecherche3C,CentrededeStCharles,France.2 Serviced'otorhinolaryngologieetd'otoneurologie, CHUNord,AssistancePublique-HôpitalauxdeMarseille,Marseille,mm. *Frontiers in Neurology | Neuro-otology*. January 2015 | Volume 5 | Article 285 | 1
- Ihler F, Bertlich M, Sharaf K, Strieth S, Strupp M and Canis M. (2012) Betahistine exerts a dose-dependent effect on cochlear stria vascularis blood flow in Guinea pigs in vivo. *PLoS One* 7(6):e39086
- Kerber KA. Vertigo and dizziness in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 2009;27:39-50.
- Tusa RJ. Dizziness. *Med Clin North Am*. 2009; 93:263-271.
- Swartz R. Treatment of vertigo. *Am Fam Physician*. 2005; 71(6): 1115-1122.
- Crane BT, Schessel DA, Nedzelski J, Minor LB. Peripheral vestibular disorders. In: Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, et al, eds. *Otolaryngology: Head & Neck Surgery*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2010:chap 165.
- Betahistine in the treatment of vertiginous syndromes: a meta-analysis. Della Pepa C, Guidetti G, Eandi M.Department of Anatomy, Pharmacology and Forensic Medicine, University of Turin, Italy. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2006 Aug;26(4):208-15.
- Betahistine Treatment Improves the Recovery of Static Symptoms in Patients With Unilateral Vestibular Loss, *J Clin Pharmacol* 2011 51: 538, 12 October 2010
- Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, Lezius F, Feldmann M, Lempert T. Burden of dizziness and vertigo in the community. *Arch Intern Med*. 2008;168(19):2118-2124
- Handbook of Clinical Neurology, Vol. 137 (3rd series) *Neuro-Otology*J.M. Furman and T. Lemper t , Editors <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-444-63437-5.00017-0> © 2016 Elsevier B.V.
- Spiegle Rainer, Rust Helko, Bauman Thomas, Friedrich Hergen, and cols. University Hospital, University of Basel. Switzerland Treatment of Dizziness: an interdisciplinary update. *Swiss Med Weekly*. 2017;147:w14566
- Michael Strupp, Marco Mandala, José Lopez-Escámez. Peripheral Vestibular disorders: an update. *Bilateral Vestibulopathy* www.co- neurology.com Volume 32, Number 1, February 2019
- A. Tucker Gleason, PhD. Bradley W. Kesser. MD University of Virginia School of Medicine. Charlottesville. VA. USA. *Dizziness and Vertigo Across Lifespan*. Book. Elsevier. 2018.
- Hussain K, Murdin L, Schiller AGM. Restriction of salt, caffeine and alcohol for the treatment of Ménière's disease or syndrome (Review). *Cochrane Library*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 12 Art. No: CD012173
- Halmagy GM, Chen L, MacDougall HG and cols. The Video Head Impulse Test. *Frontiers in Neurology*. [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org) June 2017 Volume 8 Art. 258
- Alhabib SF, Saliba I, Video Head Impulse Test: a review of the literature. University of Montreal. Canada. *Eur Arch. Otorhinolaryngol*. 2017 274:1215-1222.
- Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow J, and cols. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2017 Vol156 (35) S1-S47
- Hussain K, Murdin L, Schiller AGM. Betahistine for Symptoms of vértigo (Review) *Cochrane Library*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6 Art. No: CD010696.
- Use of betahistine in the treatment of peripheral vertigo. *Acta Oto-Laryngologica* Volume 135, 2015 - Issue 12 Pages 1205-1211 Received 27 May 2015, Accepted 08 Jul 2015, Published online: 06 Aug 2015. Consenso Latinoamericano. Rubén Ramos Alcocer, José Gregorio Ledezma Rodríguez, Antonio Navas Romero, José Luis Cárdenas Núñez, Vicente Rodríguez Montoya, José Junior Deschamps & Jorge Anibal Liviac Ticse. Download citation <http://dx.doi.org/10.3109/00016489.2015.1072873>
- In vitro equivalence evaluation of betahistine generic medicinal products as a tool potentially determining the efficacy of pharmacotherapy S.K. ZYRYANOV, O.I. BUTRANOVA, G.V. RAMENSKAYA, G.N. GILDEEVA, I.E. SHOHIN Peoples' Friendship University of Russia, Medical Institute, Department of General and Clinical Pharmacology. Moscow, Russia; Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia; Center of Pharmaceutical Analytic Ltd., Moscow, Russia *ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ*, 11, 2018 <https://doi.org/10.17116/jnevro201811811143>

Dr. Vicente Rodríguez Montoya

Otorrinolaringólogo - Otológico-Médico  
Cirujano

Pontificia Universidad Javeriana

-Otorrinolaringólogo

Pontificia Universidad Javeriana Hospital  
Universitario San Ignacio

-Fellow Otology-neurotology

University of Iowa, Iowa City, Iowa. USA

University of Iowa Hospitals and Clinics

Department of Otolaryngology Head and  
Neck Surgery

**BETASERC® tabletas 16mg:** Indicaciones: Síndrome de Ménière, definido por la siguiente tríada de síntomas básicos vértigo (con náusea/vómito), pérdida de la audición (dificultad para oír), tinnitus (ruido en los oídos). Contenido: Cada tableta contiene Betahistina diclorhidrato 16 mg. Dosis: Según prescripción médica. Vía de administración: Oral. Contraindicaciones: hipersensibilidad a la sustancia activa o a cualquiera de los excipientes. Feocromocitoma. Advertencias y precauciones: los pacientes con asma bronquial y antecedentes de úlcera péptica necesitan ser monitoreados cuidadosamente durante el tratamiento. La administración concomitante con antihistamínicos puede disminuir la efectividad de la betahistina. Debe utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad hepática embarazo y lactancia embarazo: no existen datos suficientes sobre el uso de betahistina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no indican efectos dañinos directos o indirectos con respecto a la toxicidad para la reproducción. Betahistina no debe usarse durante el embarazo a menos que sea claramente necesario. Lactancia: no se sabe si la betahistina se excreta en la leche humana. La betahistina se excreta en la leche de rata. Los efectos observados después del parto en los estudios con animales se limitaron a dosis muy altas. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. Fertilidad los estudios en animales no mostraron efectos sobre la fertilidad en ratas. Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas betahistina está indicado para el síndrome de ménière, definido por la tríada de los síntomas principales: vértigo, pérdida auditiva, tinnitus y tratamiento sintomático del vértigo vestibular. Ambas enfermedades pueden afectar negativamente la capacidad de conducir y utilizar máquinas. En estudios clínicos específicamente diseñados para investigar la capacidad de conducir y utilizar máquinas betahistina no tuvo efectos o fueron insignificantes mantener fuera del alcance de los niños. Almacenar a no más de 30°C. Venta bajo fórmula médica. Registro Sanitario INVIMA 2019M-0002984-R2. Importado por ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA S.A., Bogotá – Colombia. **BETASERC® tabletas 24mg:** Indicaciones: Síndrome de Ménière, definido por la siguiente tríada de síntomas básicos vértigo (con náusea/vómito), pérdida de la audición (dificultad para oír), tinnitus (ruido en los oídos). Contenido: Cada tableta contiene Betahistina diclorhidrato 24 mg. Dosis: Según prescripción médica. Vía de administración: Oral. Contraindicaciones: hipersensibilidad a la sustancia activa o a cualquiera de los excipientes. Feocromocitoma. Nuevas advertencias y precauciones los pacientes con asma bronquial y antecedentes de úlcera péptica necesitan ser monitoreados cuidadosamente durante el tratamiento. La administración concomitante con antihistamínicos puede disminuir la efectividad de la betahistina. Debe utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad hepática embarazo y lactancia embarazo: no existen datos suficientes sobre el uso de betahistina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no indican efectos dañinos directos o indirectos con respecto a la toxicidad para la reproducción. Betahistina no debe usarse durante el embarazo a menos que sea claramente necesario. Lactancia: no se sabe si la betahistina se excreta en la leche humana. La betahistina se excreta en la leche de rata. Los efectos observados después del parto en los estudios con animales se limitaron a dosis muy altas. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. Fertilidad los estudios en animales no mostraron efectos sobre la fertilidad en ratas. Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas betahistina está indicado para el síndrome de ménière, definido por la tríada de los síntomas principales: vértigo, pérdida auditiva, tinnitus y tratamiento sintomático del vértigo vestibular. Ambas enfermedades pueden afectar negativamente la capacidad de conducir y utilizar máquinas. En estudios clínicos específicamente diseñados para investigar la capacidad de conducir y utilizar máquinas betahistina no tuvo efectos o fueron insignificantes. Mantener fuera del alcance de los niños. Almacenar a no más de 30°C. Venta bajo fórmula médica. Registro Sanitario INVIMA 2019M-0009132-R1. Importado por ABBOTT LABORATORIES DE COLOMBIA S.A., Bogotá – Colombia.

