

LEVOMEPRIMAZINA EN LA ACTUALIDAD. REVISIÓN DE SU UTILIDAD Y EMPLEO

Rubén Barenbaum
Sandra Viviana Novas
Luz María Zappa



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA



LÍNEA
NEUROPSIQUIÁTRICA
ROEMMERS

Togrel®

LEVOMEPRMAZINA

Antipsicótico con acción sedante,
ansiolítica y antiemética

AHORA EN



PRESENTACIONES

TOGREL 2 MG

envases de 30 y 50 comprimidos recubiertos.

TOGREL 25 MG

envases de 30 y 50 comprimidos recubiertos.



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

CONTENIDO

EL REGRESO DE UN CLÁSICO EN CUIDADOS PALIATIVOS: LEVOMEPROMAZINA EN PATOLOGÍAS GRAVES. USO ACTUAL Y EVIDENCIA DISPONIBLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA	2
LA LEVOMEPROMAZINA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL PEDIÁTRICO	15

Coordinación de edición: Carolina Pangas - editorial@polemos.com.ar

Diseño y diagramación: D.I. Pilar Diez - mdpdiez@gmail.com

Diseño de tapa: Silvia Ojeda - jsilviaojeda@gmail.com

EL REGRESO DE UN CLÁSICO EN CUIDADOS PALIATIVOS: LEVOMEPRIMAZINA EN PATOLOGÍAS GRAVES. USO ACTUAL Y EVIDENCIA DISPONIBLE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

Rubén Barenbaum

Médico Psiquiatra (UBA).

Magíster en Psiconeurofarmacología (Universidad Favaloro).

Profesor adjunto Cátedra de Psicofarmacología (Instituto Superior de Formación de Postgrado, APSA).

La levomepromazina es un fármaco clásico cuyo lugar en la psiquiatría general se ha vuelto más restringido, pero que conserva un lugar clínico definido en cuidados paliativos. Este trabajo analiza su lugar actual en patologías graves, integrando su perfil farmacológico, su aplicación clínica contemporánea y las limitaciones de la evidencia disponible.

Se revisa su perfil farmacológico multirreceptorial, que incluye antagonismo dopaminérgico, histamínérgico, muscarínico y adrenérgico, junto con interacción sobre receptores serotoninérgicos. Este perfil permite comprender su utilidad en el manejo de síntomas complejos y multifactoriales, como náuseas y vómitos refractarios, delirium hiperactivo y agitación severa en pacientes con enfermedad avanzada o en fin de vida.

Si bien la evidencia derivada de ensayos clínicos aleatorizados es limitada para varias de sus aplicaciones en este ámbito, la levomepromazina continúa utilizándose en escenarios seleccionados de cuidados paliativos, lo que pone de relieve la necesidad de integrar la evidencia formal disponible con la experiencia clínica acumulada. Se discute su posicionamiento en el control de síntomas refractarios, su rol como fármaco de segunda línea y su utilización en estrategias de sedación paliativa, diferenciando entre sedación proporcional y sedación profunda continua.

Finalmente, se analizan las implicancias de su uso en relación con los modelos contemporáneos de evaluación de la evidencia, destacando la necesidad de integrar plausibilidad farmacológica, experiencia clínica y evidencia disponible en la toma de decisiones en contextos de alta complejidad clínica.

1. Introducción

La levomepromazina, una fenotiazina alifática de primera generación desarrollada a mediados del siglo XX, ocupó históricamente un lugar relevante en el tratamiento de los trastornos psicóticos y de los estados de agitación severa. Sin embargo, con la expansión del uso de antipsicóticos de segunda generación y el creciente énfasis en la tolerabilidad, su lugar en la psiquiatría general se volvió

más restringido, conservando un uso más acotado en contextos específicos o de difícil manejo (Green et al., 2004).

En las últimas décadas, se observa la persistencia de su uso clínico en escenarios caracterizados por alta complejidad sintomática, particularmente en el ámbito de los cuidados paliativos y en pacientes con enfermedad avanzada. Este “regreso” se comprende principalmente a partir de la persistencia de necesidades clínicas no completamente satisfechas por otros fármacos, de la experiencia clínica acumulada y de las propiedades farmacodinámicas singulares de este compuesto (Glare et al., 2011; Dietz et al., 2013; Cox et al., 2015).

Esta persistencia de uso pone de relieve una tensión conceptual relevante entre la jerarquía tradicional de la evidencia y la toma de decisiones clínicas en contextos como los cuidados paliativos, donde las decisiones deben integrar la evidencia disponible, la experiencia clínica, el juicio profesional y la evaluación individual del paciente.

En este marco, las revisiones disponibles sobre levomepromazina en cuidados paliativos describen una base empírica limitada, con predominio de evidencia no aleatorizada, observacional o basada en experiencia clínica (Dietz et al., 2013; Cox et al., 2015). A su vez, los marcos contemporáneos de sedación paliativa y las guías de cuidado al final de la vida enfatizan la proporcionalidad, la refractariedad sintomática, la autonomía del paciente y la toma de decisiones contextualizada (Cherny & Radbruch, 2009; NICE, 2015; Surges et al., 2024).

En este contexto, la levomepromazina se presenta como un ejemplo de fármaco cuyo lugar clínico actual no puede comprenderse exclusivamente a partir de los estándares tradicionales de la medicina basada en la evidencia, sino que requiere integrar su racionalidad farmacológica, su perfil clínico y las particularidades de los escenarios en los que se utiliza.

El objetivo de este trabajo es analizar el lugar actual de la levomepromazina en patologías graves, explorando su evolución histórica, sus características farmacológicas y su utilización contemporánea, con especial énfasis en la medicina paliativa. Asimismo, se propone discutir las implicancias de su uso en relación con los modelos actuales de evaluación de la evidencia, poniendo en perspectiva el rol de los fármacos “clásicos” en escenarios donde

la jerarquía tradicional de la evidencia debe articularse con la plausibilidad farmacológica, la experiencia clínica y la evaluación individual del paciente.

1.1. Marco conceptual

El desarrollo de la psicofarmacología moderna ha estado marcado por la incorporación progresiva de nuevos fármacos con perfiles de tolerabilidad diferentes y, en algunos aspectos, más favorables que los compuestos de primera generación. Sin embargo, esta evolución no ha sido lineal ni uniforme. En determinados contextos clínicos, especialmente aquellos caracterizados por elevada complejidad, refractariedad terapéutica o múltiples síntomas concurrentes, algunos de estos fármacos han mantenido —o incluso recuperado— un lugar relevante. La levomepromazina se inscribe dentro de este grupo de fármacos “clásicos” que, pese a haber perdido protagonismo en la psiquiatría general, conservan un lugar específico en áreas como la medicina paliativa (Green et al., 2004).

En psiquiatría general, la levomepromazina conserva actualmente un lugar principalmente vinculado a su perfil sedativo y antipsicótico en situaciones de agitación severa, psicosis de difícil manejo o contextos en los que se busca un efecto sedativo intenso. Sin embargo, en ese ámbito ha quedado en buena medida desplazada por antipsicóticos de uso más extendido y con perfiles de tolerabilidad considerados más favorables en determinados dominios, mientras que su relevancia contemporánea más consistente se observa en cuidados paliativos, donde su acción multirreceptorial adquiere una racionalidad clínica diferente (Sivaraman et al., 2010; Green et al., 2004).

La medicina basada en la evidencia ha constituido un avance fundamental en la estandarización de la práctica clínica, aunque presenta limitaciones en ciertos contextos, como los cuidados paliativos, donde la heterogeneidad clínica, las restricciones éticas y la prioridad del alivio sintomático inmediato dificultan la generación de ensayos controlados de alta calidad. En este escenario, muchas intervenciones ampliamente utilizadas cuentan con evidencia empírica limitada, sin que ello implique ausencia de valor clínico en escenarios individualizados. La levomepromazina constituye un ejemplo claro de esta situación (Glare et al., 2011; Cox et al., 2015).

Uno de los desafíos centrales en el manejo de pacientes con enfermedades avanzadas es la presencia de síntomas múltiples, de etiología diversa y frecuentemente interrelacionados, tales como agitación, delirium, ansiedad, distrés, náuseas y vómitos. En este contexto, el uso de fármacos con perfiles farmacodinámicos amplios puede tener racionalidad clínica al permitir abordar distintos componentes del cuadro clínico. La levomepromazina, por su acción sobre receptores dopaminérgicos, histaminérgicos, muscarínicos y adrenérgicos, junto con su interacción sobre receptores serotoninérgicos, constituye un ejemplo de fármaco con efecto clínico “multimodal” (Glare et al., 2011; Green et al., 2004). Desde esta perspectiva, el “regreso” de la levomepromazina puede interpretarse como una persistencia de uso clínico frente a necesidades contemporáneas no completamente cubiertas, más que como una reintroducción basada exclusivamente en nueva evidencia de alta calidad. Este fenómeno pone de manifiesto que la evolución de la terapéutica no es estrictamente progresiva ni acumulativa, sino que puede incluir procesos de reevaluación y rescate de herramientas previamente disponibles (Adam, 1997; Green et al., 2004).

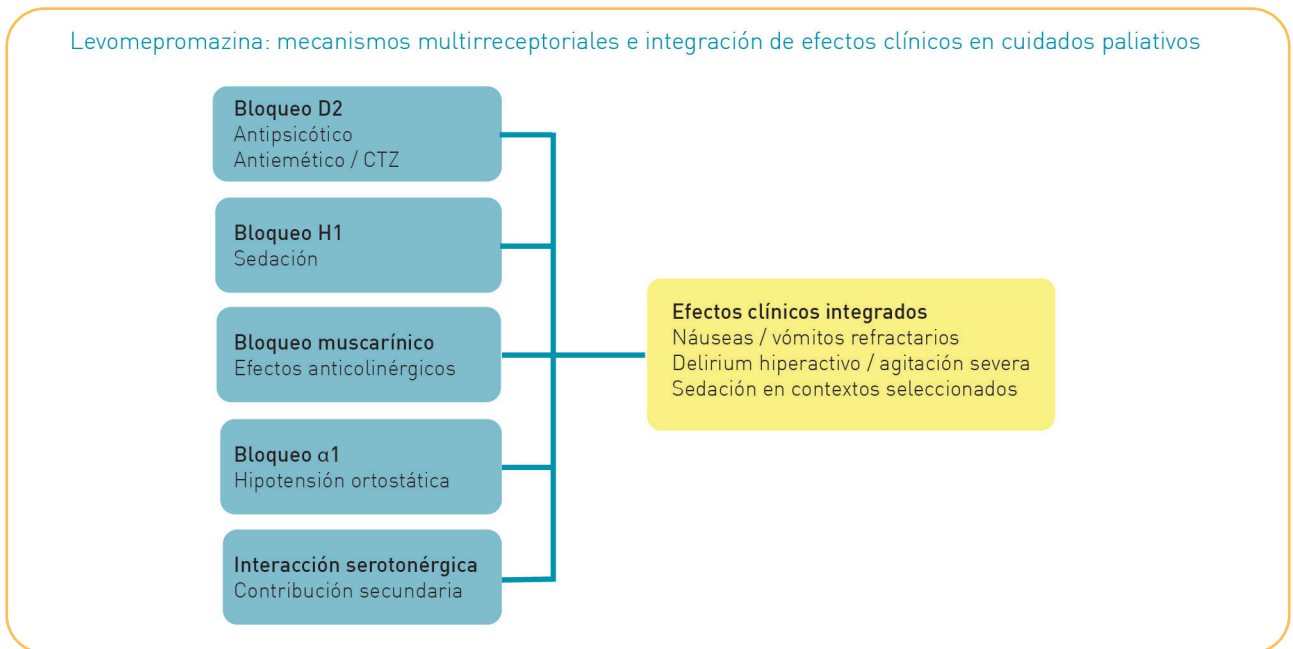
2. Perfil farmacológico y receptorial de la levomepromazina

Dentro del grupo de las fenotiazinas, la levomepromazina se distingue por un perfil farmacodinámico amplio y de baja selectividad, rasgo que explica a la vez su versatilidad terapéutica y buena parte de sus efectos adversos. A diferencia de fármacos con perfiles farmacológicos más selectivos, la levomepromazina interactúa con múltiples sistemas de neurotransmisión y produce un efecto clínico multimodal, especialmente pertinente en cuadros de alta complejidad sintomática (Green et al., 2004).

Como se muestra en la *Figura 1*, la acción multirreceptorial de la levomepromazina permite comprender la integración de sus efectos clínicos en el contexto de síntomas complejos.

Desde el punto de vista receptorial, su mecanismo de acción comprende el antagonismo dopaminérgico D2, histaminérgico H1, muscarínico y adrenérgico α 1, junto con interacción sobre receptores

Figura 1. Mecanismos multirreceptoriales e integración de efectos clínicos de la levomepromazina.
Elaboración propia basada en Green et al., 2004; Glare et al., 2011



serotoninérgicos. Esta acción multirreceptorial permite explicar la amplitud de sus efectos clínicos en situaciones de síntomas coexistentes (Green et al., 2004).

El bloqueo dopaminérgico D2 constituye la base de su efecto antipsicótico y contribuye a su posible papel en el control del delirium hiperactivo y de la agitación en contextos seleccionados. Asimismo, este mecanismo participa en su acción antiemética a nivel del área postrema, que corresponde a la zona quimiorreceptora gatillo (chemoreceptor trigger zone, CTZ), donde los receptores dopaminérgicos D2 participan en la respuesta emética. Este aspecto resulta particularmente relevante en el tratamiento de náuseas y vómitos refractarios, sobre todo cuando su origen es multifactorial (Cox et al., 2015; Glare et al., 2011).

El antagonismo sobre receptores histaminérgicos H1 explica su marcado efecto sedante. Esta propiedad resulta clínicamente relevante cuando se busca una sedación intensa, sin implicar un efecto ansiolítico específico en sentido farmacológico estricto (Green et al., 2004; Jufe & Rebok, 2023).

Por otra parte, su acción anticolinérgica, mediada por el bloqueo de receptores muscarínicos, con

efectos tanto centrales como periféricos, contribuye tanto a ciertos efectos clínicos como a la aparición de reacciones adversas tales como sequedad de boca, retención urinaria o constipación. Este componente también puede influir sobre el estado cognitivo, especialmente en pacientes vulnerables, añosos o con compromiso orgánico avanzado (Green et al., 2004).

El bloqueo de receptores $\alpha 1$ adrenérgicos explica la hipotensión ortostática frecuentemente observada con este fármaco. Este efecto puede contribuir a la sensación de astenia o mareo, especialmente en pacientes frágiles o con compromiso hemodinámico, aunque la sedación farmacológica propiamente dicha se vincula principalmente con el antagonismo histaminérgico H1 (Green et al., 2004).

En conjunto, este perfil receptorial amplio permite comprender por qué la levomepromazina puede actuar simultáneamente sobre múltiples manifestaciones clínicas, entre ellas síntomas psicóticos, agitación, distrés, náuseas y vómitos, y necesidad de sedación en contextos seleccionados. Esta característica resulta particularmente relevante en pacientes con enfermedades avanzadas, en quienes los síntomas suelen ser coexistentes, dinámicos y de difícil delimitación fisiopatológica (Glare et al., 2011; Green et al., 2004).

Estudios de unión a receptores han demostrado que la levomepromazina presenta afinidad significativa por receptores histaminérgicos H1 y muscarínicos, lo que aporta plausibilidad farmacológica a su perfil sedante y anticolinérgico. Estos hallazgos, aunque clásicos, siguen siendo pertinentes para comprender el perfil farmacodinámico del fármaco (Hals et al., 1988).

El *Cuadro 1* sintetiza los principales blancos receptoriales y sus correlatos clínicos.

Sin embargo, esta misma baja selectividad se asocia con un mayor riesgo de efectos adversos, lo que ha contribuido a que su lugar en la psiquiatría general se haya vuelto más acotado. A pesar de ello, en contextos donde la prioridad es el alivio sintomático global más que la especificidad farmacológica, este perfil puede aportar una racionalidad clínica potencial en escenarios seleccionados y contribuir a explicar su uso actual en cuidados paliativos, siempre ponderando su perfil de efectos adversos (Green et al., 2004).

Cuadro 1. Perfil receptorial y correlatos clínicos de la levomepromazina

Receptor o Sistema	Correlato clínico principal
Dopaminérgico (D2)	Efecto antipsicótico, control del delirium hiperactivo, acción antiemética principal
Serotonérgico	Contribución secundaria al efecto antiemético global (no mecanismo principal)
Histaminérgico (H1)	Sedación intensa
Muscarínico	Efectos centrales y periféricos (anticolinérgicos); posible impacto cognitivo
Adrenérgico $\alpha 1$	Hipotensión ortostática (no sedación primaria)

3. Uso de levomepromazina en medicina paliativa

La levomepromazina se utiliza en la práctica de la medicina paliativa, particularmente en el manejo de síntomas refractarios o de etiología multifactorial. Su acción sobre múltiples sistemas de neurotransmisión aporta una racionalidad farmacológica para un abordaje integrado de cuadros clínicos complejos, frecuentes en pacientes con enfermedad avanzada (Glare et al., 2011).

Un aspecto particularmente relevante en el uso de levomepromazina en cuidados paliativos es su papel en la fase final de la vida, particularmente en las últimas 48 horas, etapa en la que los pacientes suelen presentar una combinación de síntomas como delirium, agitación, ansiedad y secreciones respiratorias. En este contexto, la superposición sintomática dificulta la distinción entre componentes psicóticos y afectivos, lo que limita la utilidad de abordajes farmacológicos altamente específicos. Observaciones clínicas en unidades de cuidados paliativos muestran que la levomepromazina, por su patrón de acción farmacológica no selectiva, permite abordar simultáneamente estos distintos componentes, siendo utilizada con frecuencia en infusión subcutánea continua en combinación con opioides y otros fármacos. En la literatura paliativa internacional se describe también su uso por vía subcutánea, particularmente en pacientes con deterioro funcional avanzado o imposibilidad de utilizar la vía oral. No obstante, la disponibilidad de formulaciones puede variar según el país y el contexto regulatorio. En este escenario, la levomepromazina ha sido descrita en series clínicas y estudios observacionales como una opción terapéutica para el abordaje del delirium con agitación en pacientes con enfermedad avanzada, particularmente cuando existe refractariedad o alta carga sintomática, aunque con variabilidad entre estudios y sin evidencia comparativa sólida. Su uso se inscribe dentro de una práctica clínica paliativa sostenida en escenarios seleccionados (O'Neill & Fountain, 1999; Dietz et al., 2013).

Uno de los principales escenarios de uso es el control de náuseas y vómitos refractarios, espe-

cialmente cuando estos no responden a tratamientos de primera línea o presentan un origen multifactorial. En este contexto, la levomepromazina se describe como un antiemético de amplio espectro, particularmente pertinente cuando coexisten distintos mecanismos fisiopatológicos. Su acción predominante sobre receptores dopaminérgicos D2 a nivel del área postrema, sumada a su efecto sobre otros sistemas, contribuye a explicar su posible lugar en estos cuadros (Cox et al., 2015; National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2024; Navari, 2020).

En línea con esta perspectiva, guías clínicas contemporáneas continúan contemplando a la levomepromazina dentro de esquemas de manejo sintomático en cuidados paliativos, particularmente como antiemético de segunda línea en náuseas y vómitos refractarios o de etiología multifactorial. La guía de Greater Manchester la incluye como opción de amplio espectro en estos escenarios, con posibilidad de administración subcutánea intermitente o mediante infusión continua, especialmente cuando la sedación no constituye una limitación clínica relevante (Greater Manchester Strategic Clinical Network, 2025). En la misma línea, la guía institucional del South Eastern Sydney Local Health District la ubica como tratamiento de segunda línea para náuseas y vómitos refractarios y como opción para agitación refractaria en fase terminal, incluyendo además precauciones de seguridad vinculadas con sedación, hipotensión, efectos anticolinérgicos, prolongación del intervalo QT, enfermedad de Parkinson, demencia, epilepsia, encefalopatía y reacciones en el sitio de infusión (South Eastern Sydney Local Health District, 2025).

Estudios recientes han señalado que, incluso bajo estrategias antieméticas optimizadas, una proporción significativa de pacientes en cuidados paliativos continúa presentando náuseas persistentes, lo que pone de manifiesto la necesidad de abordajes farmacológicos de amplio espectro en contextos de alta complejidad clínica (Pietsch et al., 2026). En este marco, revisiones contemporáneas sobre el manejo de náuseas y vómitos en cuidados paliativos destacan que fármacos con perfil multirreceptorial, como la levomepromazina, pueden resultar

particularmente pertinentes cuando coexisten múltiples mecanismos emetogénicos o cuando la etiología es incierta (Berner-Sharma et al., 2025).

La evidencia disponible para este uso permite orientar un posicionamiento clínico prudente, aunque todavía se requieren estudios controlados de mayor calidad para precisar su eficacia comparativa frente a otros antieméticos (Cox et al., 2015). En la misma línea, otra revisión identificó 33 estudios con predominio de diseños no aleatorizados, reforzando la necesidad de integrar uso clínico y evidencia formal (Dietz et al., 2013). A pesar de ello, su uso persiste en la práctica paliativa en escenarios seleccionados, lo que refleja la complejidad de integrar distintos niveles de evidencia en la práctica clínica en el manejo de pacientes con enfermedad avanzada.

En relación con la eficacia comparativa frente a otros antieméticos, un ensayo clínico aleatorizado en pacientes oncológicos en cuidados paliativos comparó directamente methotrimeprazine (denominación internacional de la levomepromazina) con haloperidol en el tratamiento de náuseas, mostrando tasas de respuesta similares entre ambos fármacos. Este hallazgo sugiere que la levomepromazina puede considerarse una alternativa en situaciones seleccionadas de náuseas en pacientes oncológicos en cuidados paliativos, sin establecer superioridad frente a haloperidol (Hardy et al., 2019).

El interés clínico de la levomepromazina no radica en una mayor potencia dopaminérgica, sino en su perfil farmacológico amplio, que le permite actuar sobre distintas vías implicadas en la génesis de náuseas y vómitos. Mientras que el haloperidol ejerce su efecto antiemético principalmente a través del bloqueo dopaminérgico D2, y la metoclopramida combina dicho efecto con una acción procinética periférica, la levomepromazina agrega además acciones antihistaminérgicas, antimuscarínicas y antiadrenérgicas. En el contexto de los cuidados paliativos, donde las náuseas suelen tener una etiología multifactorial, esta menor selectividad puede aportar una racionalidad clínica potencial en escenarios seleccionados, aunque también contribuye a explicar parte de su perfil de efectos adversos.

Otro contexto en el que la levomepromazina puede considerarse es el manejo del delirium en fase avanzada, particularmente cuando se presenta

con agitación significativa o refractariedad a otros antipsicóticos. Su efecto sedante, derivado principalmente del antagonismo histaminérgico H1, puede ser beneficioso en situaciones donde el objetivo terapéutico es el control del malestar y la reducción de la agitación, más que la restitución completa del estado cognitivo (Glare et al., 2011). Además, revisiones centradas en delirium en cuidados paliativos subrayan que el tratamiento no debe reducirse a la elección del antipsicótico, sino incluir la búsqueda de factores precipitantes, medidas no farmacológicas y una adecuación de la intensidad terapéutica a la trayectoria de enfermedad y a los objetivos de cuidado (Agar et al., 2017; Bush et al., 2014; Hui et al., 2024).

Un estudio retrospectivo en una unidad australiana de cuidados paliativos describió que midazolam fue la medicación más utilizada en delirium hiperactivo refractario al final de la vida, y que la combinación doble más frecuente fue midazolam más levomepromazina (Tham et al., 2022).

En la misma línea, un estudio observacional prospectivo reciente en unidades de cuidados paliativos halló que esquemas basados en haloperidol con benzodiazepinas a demanda, clorpromazina o levomepromazina fueron descritos como opciones clínicas para el control de la agitación terminal, aunque el diseño observacional limita las conclusiones comparativas.

Los autores plantean como posible ventaja práctica de clorpromazina y levomepromazina evitar cambios sucesivos de fármacos cuando la necesidad principal es el control sintomático rápido en los últimos días de vida (Kawashima et al., 2024).

Asimismo, la levomepromazina se emplea en el contexto de la sedación paliativa, especialmente en pacientes con sufrimiento refractario en el marco clínico general del final de la vida, particularmente en los últimos días. Si bien no constituye el fármaco de primera elección para este propósito, puede utilizarse como coadyuvante o como alternativa en determinadas situaciones clínicas, en particular cuando coexisten síntomas como agitación, náuseas o ansiedad intensa. Su perfil farmacológico amplio permite, en estos casos, abordar simultáneamente distintos componentes del sufrimiento (Adam, 1997). De manera más específica, una guía institucional reciente la sitúa como fárma-

co de segunda línea en la agitación refractaria de la fase terminal, una vez que no han respondido tratamientos iniciales como midazolam y/o haloperidol, con dosis habituales de 50 a 200 mg por día por vía subcutánea, administrables en infusión continua o en dosis divididas, y con la intención explícita de disminuir el nivel de conciencia cuando ello forma parte del objetivo terapéutico (South Eastern Sydney Local Health District, 2025; Cherny & Radbruch, 2009; Maltoni et al., 2012; Surges et al., 2024). En este marco, la sedación paliativa se define como el uso proporcional y monitorizado de fármacos orientado al alivio del sufrimiento refractario mediante la reducción del nivel de conciencia, requiriendo una adecuada evaluación de la refractariedad sintomática y de los objetivos de cuidado (Barry et al., 2025). Datos recientes provenientes de estudios observacionales en cuidados paliativos han mostrado que la sedación paliativa continúa siendo una intervención frecuente en la fase final de la vida, particularmente en presencia de síntomas refractarios, y que la utilización de fármacos como la levomepromazina se inscribe dentro de estrategias clínicas orientadas al alivio del sufrimiento en contextos de alta complejidad (Torres-Tenor et al., 2025).

En términos conceptuales, resulta fundamental diferenciar sedación proporcional de sedación profunda continua: la primera supone ajustar la intensidad de la sedación al grado de sufrimiento refractario y a los objetivos de cuidado, mientras que la segunda se reserva para situaciones excepcionales en las que el sufrimiento no puede aliviarse con medidas de menor profundidad sedativa. La actualización Delphi de la EAPC refuerza esta lógica de proporcionalidad, evaluación interdisciplinaria, documentación explícita de refractariedad y revisión continua del nivel de sedación, evitando presentar la sedación paliativa como una intervención uniforme o dicotómica (Arantzamendi et al., 2021; Cherny & Radbruch, 2009; Kirk & Mahon, 2010; Surges et al., 2024).

Desde el punto de vista práctico, un aspecto relevante de la levomepromazina en medicina paliativa es su flexibilidad de administración, lo que facilita su uso en pacientes con deterioro funcional avan-

zado o con dificultades para la deglución. Además, su perfil de efectos puede contribuir en algunos escenarios a racionalizar esquemas terapéuticos cuando coexisten múltiples síntomas, siempre que el balance beneficio-riesgo sea favorable. No obstante, su utilización no está exenta de limitaciones. Su perfil de efectos adversos, que incluye sedación intensa, hipotensión ortostática y efectos anticolinérgicos, requiere una cuidadosa selección de pacientes y un monitoreo clínico adecuado, en función del perfil de riesgo y de los objetivos de cuidado definidos para cada paciente, especialmente en personas añosas o con compromiso hemodinámico. Algunas guías recientes subrayan además precauciones específicas en insuficiencia hepática o renal, enfermedad cardíaca con trastornos de conducción o prolongación del intervalo QT, enfermedad de Parkinson, demencia, epilepsia o encefalopatía, así como la necesidad de vigilar el grado de sedación y las reacciones en el sitio de infusión cuando se administra por vía subcutánea (South Eastern Sydney Local Health District, 2025).

3.1. Estrategia terapéutica y posicionamiento clínico

En la práctica clínica, la elección de levomepromazina no suele realizarse como fármaco de primera línea, sino en un segundo o tercer escalón terapéutico, particularmente en situaciones donde los tratamientos más específicos han resultado insuficientes o cuando la presentación clínica sugiere una etiología multifactorial. En este sentido, su uso se inscribe dentro de una estrategia pragmática, orientada al control sintomático global más que a la corrección de un único mecanismo fisiopatológico.

En las fases terminales, esta estrategia adquiere un carácter aún más pragmático, dado que los síntomas suelen presentarse de manera simultánea y con rápida fluctuación. En estos casos, la levomepromazina puede contribuir a simplificar esquemas terapéuticos y facilitar la administración mediante dispositivos de infusión continua en escenarios seleccionados, integrándose a esquemas combinados con opioides y otros fármacos utilizados en cuidados paliativos. Esta modalidad de uso refleja una adaptación del tratamiento a las condiciones

del paciente, priorizando el control sintomático global por sobre la especificidad farmacológica (O'Neill & Fountain, 1999).

3.2. Ejemplo clínico integrador

Paciente de 68 años con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado, en seguimiento por equipo de cuidados paliativos. Presenta en los últimos días un cuadro caracterizado por náuseas persistentes de difícil control, vómitos intermitentes, agitación psicomotriz y desorganización conductual compatible con delirium hiperactivo.

Había recibido previamente tratamiento con metoclopramida y ondansetrón, con respuesta parcial, así como haloperidol en dosis bajas, sin lograr un adecuado control de la agitación. El cuadro clínico se interpretó como de etiología multifactorial, con participación de mecanismos centrales y periféricos.

En este contexto, y considerando los objetivos paliativos de alivio sintomático, se decidió iniciar levomepromazina, con titulación progresiva según respuesta clínica y tolerabilidad, siempre que la vía de administración elegida resultara adecuada para la situación clínica del paciente. En la evolución posterior se registró una reducción del malestar clínico global, con menor intensidad de las náuseas y de los episodios de vómitos, junto con mejor control de la agitación, en un contexto clínico compatible con el objetivo paliativo de alivio.

Este caso ejemplifica un escenario clínico en el que la coexistencia de náuseas, vómitos y agitación en el contexto de delirium dificulta el abordaje con fármacos más selectivos. En este marco, el perfil farmacodinámico amplio de la levomepromazina ayuda a comprender por qué puede considerarse una opción terapéutica en situaciones seleccionadas, siempre dentro de una evaluación individual de los objetivos de cuidado, la respuesta clínica y la tolerabilidad. El caso se presenta con finalidad ilustrativa, como ejemplo de integración del razonamiento terapéutico en un escenario seleccionado, sin pretender reemplazar la evidencia comparativa disponible.

El *Cuadro 2* resume el posicionamiento clínico de la levomepromazina dentro de escenarios paliativos seleccionados.

En síntesis, la levomepromazina conserva un lugar clínico específico en cuidados paliativos, es-

Cuadro 2. Posicionamiento clínico de la levomepromazina en cuidados paliativos

Escenario clínico	Fármaco inicial habitual	Cuándo considerar levomepromazina
Náuseas vómitos persistentes	Metoclopramida / ondansetrón	Refractariedad o etiología multifactorial
Delirium hiperactivo	Haloperidol	Agitación persistente pese a tratamiento inicial
Ansiedad + insomnio	Benzodiazepinas	Síntomas múltiples + intolerancia a otros fármacos
Síntomas coexistentes	Esquemas combinados	Posible racionalización terapéutica en escenarios seleccionados

pecialmente en escenarios de refractariedad, multifactorialidad o síntomas coexistentes. Se trata de un fármaco con amplia experiencia de uso clínico, pero con evidencia formal limitada, cuyo posicionamiento se apoya en una integración prudente entre su perfil farmacodinámico, la experiencia clínica acumulada, las guías disponibles y la evaluación individual del paciente. Este enfoque refleja las particularidades de la práctica paliativa, donde la toma de decisiones no depende solo de la evidencia disponible, sino también del juicio clínico y de los objetivos de alivio del sufrimiento en contextos de alta vulnerabilidad (Glare et al., 2011; Cox et al., 2015).

4. Limitaciones de la evidencia y posicionamiento clínico actual

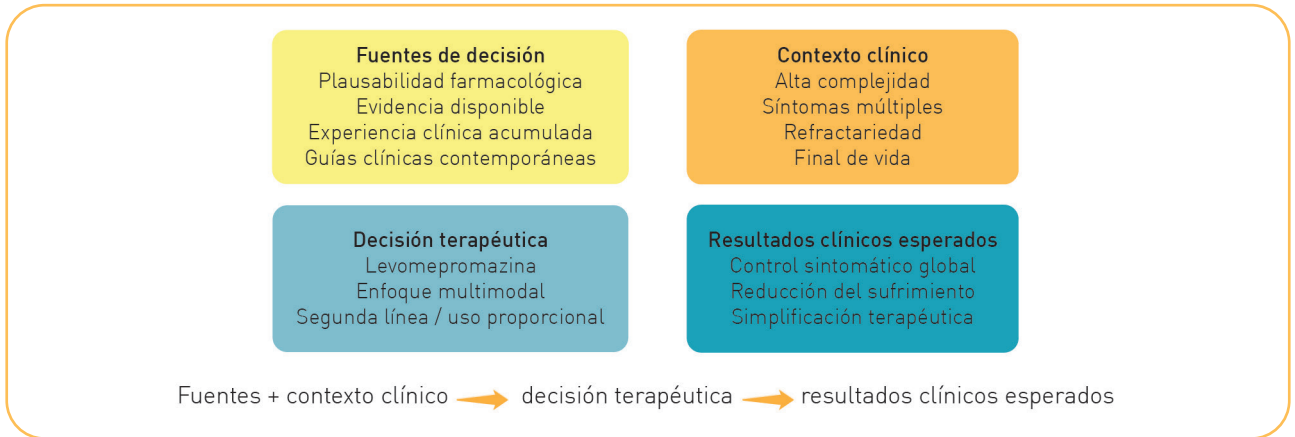
El uso de levomepromazina en medicina paliativa plantea una tensión relevante entre la práctica clínica y los estándares actuales de la medicina basada en la evidencia. A pesar de su utilización extendida en múltiples escenarios clínicos, la evidencia que respalda su eficacia proviene en gran medida de estudios observacionales, series de casos y la experiencia acumulada de expertos, más que de ensayos clínicos controlados de alta calidad (Cox et al., 2015; Dietz et al., 2013).

En cuidados paliativos, la evaluación de intervenciones farmacológicas suele requerir la integración de fuentes de distinto nivel metodológico, debido a la heterogeneidad clínica, las restricciones éticas y

la prioridad del alivio sintomático. En este marco, el posicionamiento clínico de la levomepromazina debe interpretarse a partir de la convergencia entre plausibilidad farmacológica, experiencia acumulada, estudios observacionales, revisiones sistemáticas, guías clínicas y la evidencia aleatorizada disponible. En este sentido, la amplia utilización clínica de la levomepromazina en cuidados paliativos puede entenderse como expresión de un uso pragmático en contextos donde la generación de evidencia sólida presenta limitaciones estructurales. Este modelo de integración clínica se resume en la *Figura 2*.

Un aspecto particularmente relevante en este contexto es el uso de sedación en el final de la vida. Observaciones clínicas en cuidados paliativos indican que la utilización de fármacos sedantes, incluyendo levomepromazina, no se ha asociado consistentemente a una reducción de la sobrevida, sino que constituye un marcador de progresión de enfermedad en fase terminal. En este sentido, la necesidad de sedación debe interpretarse principalmente como expresión de la progresión del cuadro clínico, y no como indicio directo de que la sedación proporcional acorte de forma medible la sobrevida. Esta distinción resulta importante para contextualizar el uso de levomepromazina en estrategias de sedación orientadas al alivio del sufrimiento refractario, sin asumir que una sedación ajustada a la intensidad de ese sufrimiento supon-

Figura 2. Modelo integrador para la toma de decisiones clínicas en el uso de levomepromazina en cuidados paliativos. Elaboración propia a partir de Cherny & Radbruch, 2009; Cox et al., 2015; NCCN, 2024; Greater Manchester Strategic Clinical Network, 2025



ga por sí misma un acortamiento medible de la supervivencia (O'Neill & Fountain, 1999; Maeda et al., 2016; Maltoni et al., 2012).

Sin embargo, la ausencia de evidencia de alta calidad no implica necesariamente ausencia de eficacia clínica. En contextos donde los objetivos terapéuticos se centran en el alivio del sufrimiento y la calidad de vida, la toma de decisiones se apoya con frecuencia en la plausibilidad farmacológica, la experiencia clínica y la respuesta individual del paciente. En este sentido, la levomepromazina presenta un perfil farmacodinámico que aporta racionalidad clínica para considerar su utilización en cuadros complejos y refractarios, especialmente cuando coexisten múltiples síntomas. Este posicionamiento también se refleja en guías contemporáneas de cuidados paliativos, que la contemplan como una opción en escenarios seleccionados de control sintomático, particularmente en náuseas refractarias, aunque sin asignarle un rol uniforme en todos los contextos clínicos. Esta coexistencia entre su inclusión en recomendaciones actuales y un posicionamiento selectivo ilustra el lugar actual de la levomepromazina: un recurso clínico disponible cuyo uso debe individualizarse según el contexto clínico y los objetivos de cuidado (Greater Manchester Strategic Clinical Network, 2025; South Eastern Sydney Local Health District, 2025).

La literatura reciente sobre delirium del final de la

vida va en la misma línea: la evidencia disponible para muchas decisiones farmacológicas continúa siendo heterogénea y se apoya con frecuencia en extrapolación, consenso experto y estudios observacionales, además de ensayos clínicos cuando están disponibles, especialmente cuando se intenta balancear control sintomático, nivel de sedación y objetivos de confort (Hui et al., 2024; Kawashima et al., 2024; Agar et al., 2017; Bramati & Bruera, 2021). La incorporación de la levomepromazina al uso paliativo se apoyó sobre todo en la experiencia clínica acumulada, series de casos, estudios observacionales, revisiones disponibles y recomendaciones de práctica clínica, más que en ensayos clínicos controlados de gran escala. Este recorrido refleja una situación frecuente en cuidados paliativos, donde la heterogeneidad clínica, las restricciones éticas y la prioridad del alivio sintomático dificultan la producción de evidencia experimental de alta calidad.

Este escenario pone en evidencia los límites de una aplicación estrictamente jerárquica del modelo clásico de medicina basada en la evidencia en contextos paliativos. Más que una oposición entre evidencia y experiencia, se requiere articular ambas dimensiones mediante modelos de integración clínica que reconozcan la complementariedad entre plausibilidad farmacológica, experiencia acumulada, guías disponibles, estudios observacionales y evidencia aleatorizada cuando existe.

Por lo tanto, el uso de levomepromazina debe entenderse dentro de un marco clínico individualizado, en el que se ponderen los beneficios potenciales en términos de alivio sintomático frente al riesgo de efectos adversos, considerando los objetivos de cuidado previamente definidos y el contexto clínico integral del paciente (Arantzamendi et al., 2021; Cherny & Radbruch, 2009; Kirk & Mahon, 2010; Surges et al., 2024).

5. Conclusiones

La levomepromazina representa un caso singular dentro de la psicofarmacología contemporánea: un fármaco clásico cuyo lugar en la psiquiatría general se ha vuelto más restringido, pero que conserva un espacio clínico definido en cuidados paliativos, especialmente en escenarios de alta complejidad sintomática.

Su perfil farmacodinámico amplio, caracterizado por la acción sobre múltiples sistemas de neurotransmisión, permite comprender por qué puede considerarse en situaciones donde los síntomas son multifactoriales, coexistentes o refractarios. Esta característica la diferencia de fármacos más selectivos y ayuda a explicar su posible lugar clínico cuando un abordaje farmacológico excesivamente fragmentado resulta insuficiente.

Como ocurre con muchas intervenciones en cuidados paliativos, su uso requiere considerar limitaciones tanto en términos de efectos adversos como de calidad de la evidencia disponible. La disponibilidad limitada de estudios controlados de alta calidad hace necesario sostener su indicación en la integración de la plausibilidad farmacológica, la experiencia clínica y la evaluación individual del paciente.

La levomepromazina no representa un retorno nostálgico de la farmacología clásica, sino una adaptación pragmática a necesidades clínicas contemporáneas. Su lugar actual se sostiene en una integración prudente entre plausibilidad farmacológica, experiencia clínica acumulada, guías disponibles, evidencia disponible y evaluación individual del paciente, sin depender de una superioridad demostrada por ensayos clínicos de alta calidad metodológica.

Referencias bibliográficas

- Adam, J. (1997). ABC of palliative care. The last 48 hours. *BMJ*, 315(7122), 1600-1603. PMID: 9437282. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9437282/>
- Agar, M. R., Lawlor, P. G., Quinn, S., Draper, B., Caplan, G. A., Rowett, D., Sanderson, C., Hardy, J., Le, B., Eckermann, S., McCaffrey, N., Devilee, L., Fazekas, B., Hill, M., & Currow, D. C. (2017). Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 177(1), 34-42. PMID: 27918778. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27918778/>
- Arantzamendi, M., Belar, A., Payne, S., Rijpstra, M., Preston, N., Menten, J., Van der Elst, M., Radbruch, L., Hasselaar, J., & Centeno, C. (2021). Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4), 831-844.e10. PMID: 32961218. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32961218/>
- Barry, C., Brodrick, R., Gupta, G., & Panjwani, I. (2025). Palliative sedation at the end of life: Practical and ethical considerations. *Clinical Medicine*, 25(4), 100338. PMID: 40523526. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40523526/>
- Berner-Sharma, J. M., Bausewein, C., & Rémi, C. (2025). Management of nausea and vomiting in palliative care - real life data from a palliative care unit in Germany. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 42(12), 1304-1313. PMID: 39819071. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39819071/>
- Bramati, P., & Bruera, E. (2021). Delirium in palliative care. *Cancers*, 13(23), 5893. PMID: 34885002. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34885002/>
- Bush, S. H., Kanji, S., Pereira, J. L., Davis, D. H. J., Currow, D. C., Meagher, D. J., Rabheru, K., Wright, D. K., Bruera, E., Agar, M., Hartwick, M., Gagnon, P. R., Gagnon, B., Breitbart, W., Regnier, L., & Lawlor, P. G. (2014). Treating an established episode of delirium in palliative care: Expert opinion and review of the current evidence base with recommendations for future development. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(2), 231-248. PMID: 24480529. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24480529/>
- Cherny, N. I., & Radbruch, L. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), 581-593. PMID: 19858355. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19858355/>
- Cox, L., Darvill, E., & Dorman, S. (2015). Levomepromazine for nausea and vomiting in palliative care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(11), CD009420. PMID: 26524693. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26524693/>
- Dietz, I., Schmitz, A., Lampey, I., & Schulz, C. (2013). Evidence for the use of levomepromazine for symptom control in the palliative care setting: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12, 2. PMID: 23331515. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23331515/>
- Glare, P., Miller, J., Nikolova, T., & Tickoo, R. (2011). Treating nausea and vomiting in palliative care: A review. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 243-259. PMID: 21966219. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21966219/>
- Greater Manchester Strategic Clinical Network. (2025). *Palliative care pain & symptom control guidelines for adults* (6th ed.). <https://gmmmg.nhs.uk/wp-content/uploads/2025/05/Palliative-Care-Pain-and-Symptom-Control-Guidelines-DIGITAL.pdf>

- Green, B., Pettit, T., Faith, L., & Seaton, K. (2004). Focus on levomepromazine. *Current Medical Research and Opinion*, 20(12), 1877-1881. PMID: 15701205. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15701205/>
- Hals, P. A., Hall, H., & Dahl, S. G. (1988). Muscarinic cholinergic and histamine H1 receptor binding of phenothiazine drug metabolites. *Life Sciences*, 43(5), 405-412. PMID: 2899826. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2899826/>
- Hardy, J. R., Skerman, H., Philip, J., Good, P., Currow, D. C., Mitchell, G., & Yates, P. (2019). Methotrimeprazine versus haloperidol in palliative care patients with cancer-related nausea: A randomised, double-blind controlled trial. *BMJ Open*, 9(9), e029942. PMID: 31515428. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31515428/>
- Hui, D., Cheng, S.-Y., & Paiva, C. E. (2024). Pharmacologic management of end-of-life delirium: Translating evidence into practice. *Cancers*, 16(11), 2045. PMID: 38893163. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38893163/>
- Jufe, G., & Rebok, F. (2023). Antipsicóticos. En Jufe, G., *Psicofarmacología práctica* (5.ª ed., pp. 323-483). Polemos, Buenos Aires.
- Kawashima, N., Yokomichi, N., Morita, T., Yabuki, R., Hisanaga, T., Imai, K., Hirose, Y., Shimokawa, M., Miwa, S., Yamauchi, T., Okamoto, S., & Satomi, E. (2024). Comparison of pharmacological treatments for agitated delirium in the last days of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 67(5), 441-452.e3. PMID: 38355071. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38355071/>
- Kirk, T. W., & Mahon, M. M. (2010). National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) position statement and commentary on the use of palliative sedation in imminently dying terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(5), 914-923. PMID: 20471551. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20471551/>
- Maeda, I., Morita, T., Yamaguchi, T., Inoue, S., Ikenaga, M., Matsumoto, Y., Sekine, R., Yamaguchi, T., Hirohashi, T., Tajima, T., Tataru, R., Watanabe, H., Otani, H., Takigawa, C., & Mori, M. (2016). Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer: A multicentre prospective cohort study. *The Lancet Oncology*, 17(1), 115-122. PMID: 26610854. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26610854/>
- Maltoni, M., Scarpi, E., Rosati, M., Derni, S., Fabbrì, L., Martini, F., Amadori, D., & Nanni, O. (2012). Palliative sedation in end-of-life care and survival: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1378-1383. PMID: 22412129. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22412129/>
- National Comprehensive Cancer Network. (2024). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: Palliative care*. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?id=1454> (accedido 18 de mayo de 2026)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Care of dying adults in the last days of life* (NICE guideline NG31). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>
- Navari, R. M. (2020). Nausea and vomiting in advanced cancer. *Current Treatment Options in Oncology*, 21(2), 14. PMID: 32025954. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32025954/>
- O'Neill, J., & Fountain, A. (1999). Levomepromazine (methotrimeprazine) and the last 48 hours. *Hospital Medicine*, 60(8), 564-567. PMID: 10621810. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10621810/>
- Pietsch, P., Summerer, L., Mair, R., Müller, K., Authier, D., Herr, W., Rechenmacher, M., & Schnell, A. (2026). Persistent nausea burden at peak antiemetic therapy in palliative care: An exploratory study. *BMC Palliative Care*, 25, 124. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-026-02122-z> (accedido 18 de mayo de 2026)
- Sivaraman, P., Rattehalli, R. D., & Jayaram, M. B. (2010). Levomepromazine for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(10), CD007779. PMID: 20927765. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20927765/>
- South Eastern Sydney Local Health District. (2025). *SESLHD-MG/134 Medicine Guideline: Subcutaneous levomepromazine for refractory nausea in the palliative care patient and agitation in the terminal phase* (Version 2.1). <https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/sites/default/files/documents/SESLHDMG%20134%20-%20Medicine%20Guideline%20-%20Subcutaneous%20levomepromazine%20for%20refractory%20nausea%20in%20the%20palliative%20care%20patient%20and%20agitation.pdf>
- Surges, S. M., Brunsch, H., Jaspers, B., Apostolidis, K., Cardone, A., Centeno, C., Cherny, N., Csikós, Á., Fainsinger, R., Garralda, E., Ling, J., Menten, J., Mercadante, S., Mosoiu, D., Payne, S., Preston, N., Van den Block, L., Hasselaar, J., & Radbruch, L. (2024). Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliative Medicine*, 38(2), 213-228. PMID: 38297460. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38297460/>
- Tham, K., Shiu, A., William, L., Walpole, G., & Rashed, S. (2022). Refractory hyperactive delirium in the dying: Pharmacological management. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(4), 471-474. PMID: 34819327. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34819327/>
- Torres-Tenor, J. L., Villalba-Cuesta, P., Bruera, E., Vilches-Aguirre, Y., Varela-Cerdeira, M., & Alonso-Babarro, A. (2025). Frequency and predictors of palliative sedation among patients with cancer who died in a specialist inpatient palliative care unit: A retrospective study. *BMC Palliative Care*, 24, 153. PMID: 40442717. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40442717/>



LÍNEA
NEUROPSIQUIÁTRICA
ROEMMERS

Togrel®

LEVOMEPRMAZINA

Antipsicótico con acción sedante,
ansiolítica y antiemética

AHORA EN



PRESENTACIONES

TOGREL 2 MG

envases de 30 y 50 comprimidos recubiertos.

TOGREL 25 MG

envases de 30 y 50 comprimidos recubiertos.



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA

LA LEVOMEPRIMAZINA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL PEDIÁTRICO

Sandra Viviana Novas

Médica especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantojuvenil.
Jefa de Unidad de Salud Mental del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG).
Prof. Adjunta del Depto. de Psiquiatría y Salud Mental (UBA).

Luz María Zappa

Médica especialista en Psiquiatra Infantojuvenil.
Médica Psiquiatra de Planta, Unidad de Salud Mental, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
Médica Coordinadora del Área de Internación de Salud Mental, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Introducción

Desde el advenimiento de los psicofármacos en 1956 —con nuestra vieja amiga la clorpromazina— hasta la actualidad, numerosos fármacos con diversos perfiles farmacológicos, mecanismos de acción, efectos adversos y contraindicaciones han estado y están disponibles. Sin embargo, el espectro de fármacos destinado a la población infantojuvenil no solo es mucho más restringido que en la población general, sino que, además, la gran mayoría de las indicaciones son *off label*, ya sea porque no están autorizadas para la patología o trastorno para el cual se utilizan, o bien porque directamente no se encuentran aprobadas por la autoridad regulatoria para población menor de 18 años. Esta situación implica, como todos sabemos, un claro desafío para el psiquiatra infantojuvenil, sobre todo en el caso de los niños pequeños.

La levomepromazina (methotrimeprazine), fármaco que nos ocupa en este apartado, al igual que la clorpromazina, son ambos considerados antipsicóticos típicos pertenecientes al grupo de las fenotiazinas, con propiedades sedantes, antieméticas y antipsicóticas. El perfil receptor único de la levomepromazina, antidopaminérgico, pero con afinidad multirreceptor, le otorga propiedades analgésicas, antieméticas y sedantes, sin producir supresión de la función respiratoria (Lambe, 2021). Aunque se trata de un antipsicótico de primera generación, comparte algunas características con los antipsicóticos atípicos, como el bloqueo 5-HT₂ y M₁, lo que explicaría por qué produce menos síntomas extrapiramidales que el haloperidol, y un perfil más cercano al de la clozapina o la clorpromazina (Green, 2004).

El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia disponible sobre el uso de levomepromazina en niños y adolescentes, describir su situación regulatoria actual y presentar la experiencia acumulada en un hospital pediátrico de alta complejidad, analizando los diferentes contextos clínicos en los que continúa constituyendo una herramienta terapéutica de utilidad.

Contexto histórico

La utilización de levomepromazina en psiquiatría infantojuvenil debe entenderse también desde una perspectiva histórica. Durante las décadas de 1960 a 1990, la levomepromazina formó parte del grupo de antipsicóticos sedativos de uso habitual en niños y adolescentes, junto con fármacos como clorpromazina y tioridazina. En la literatura europea de la época era mencionada para el tratamiento de cuadros caracterizados por hiperactividad, trastornos graves de conducta, agresividad, agitación psicomotriz y autismo, en un contexto en el que las alternativas farmacológicas disponibles eran considerablemente más limitadas que en la actualidad (Mouren-Siméoni, 1991). Sin embargo, el desarrollo posterior de antipsicóticos de segunda generación con mejor perfil de tolerabilidad, la creciente exigencia regulatoria respecto de la evidencia científica en población pediátrica y la escasez de ensayos clínicos controlados específicos con levomepromazina condujeron progresivamente a una reducción de su utilización en gran parte de Europa y los EE.UU.

A diferencia de lo ocurrido en otros países, la levomepromazina mantuvo una presencia clínica relevante en Argentina y en algunos sistemas sanitarios de América Latina, particularmente en contextos hospitalarios y en el manejo de cuadros complejos asociados a agitación, agresividad, insomnio grave y desregulación conductual. Esta continuidad parece sustentarse más en la experiencia clínica acumulada y en la tradición psicofarmacológica local que en la existencia de estudios contemporáneos de alta calidad metodológica.

En efecto, la evidencia disponible en niños y adolescentes continúa siendo limitada y se basa principalmente en series de casos, reportes clínicos y opinión de expertos. Entre los trabajos más recientes, Lambe (2021) describió una respuesta favorable a la levomepromazina oral en cuatro adolescentes con alteraciones conductuales severas refractarias, aunque también reportó la aparición de movimientos linguales compatibles con discinesia tardía en dos pacientes, hallazgos que subrayan la necesidad de una cuidadosa evaluación riesgo-beneficio. Del mismo modo, estudios observacionales en unidades de crisis para adolescentes han documentado su utilización, tanto por

vía oral como intramuscular, para el manejo de la agitación y conductas disruptivas graves, aunque la mayor parte de estas indicaciones corresponden a usos fuera de ficha técnica y carecen aún de validación mediante investigaciones controladas (Egron et al., 2016).

Evidencia del uso de la levomepromazina en población pediátrica

Si bien la literatura científica sobre el uso de la levomepromazina en población pediátrica es limitada, la mayor parte de la evidencia disponible proviene de contextos de alta complejidad médica, cuidados intensivos y cuidados paliativos, más que de estudios específicamente orientados a la psiquiatría infantojuvenil. En estos escenarios, se han destacado sus propiedades sedativas, antieméticas y analgésicas adyuvantes. Diversos autores la han descrito como un “analgésico no convencional”, diferente tanto de los opioides como de las benzodiazepinas, atribuyéndole incluso un potencial efecto ahorrador de opioides (Snoek et al., 2014; Hohl et al., 2013; Dietz et al., 2013; Jufe et al., 2025).

Existen reportes que respaldan su utilización en unidades de cuidados intensivos pediátricos, tanto en situaciones de sedación difícil como en pacientes con síntomas refractarios al final de la vida. Hohl y colaboradores (2013), en una serie de 18 pacientes de entre 16 días y 17 años, describieron mejoría de la inquietud terminal en la totalidad de los casos, así como alivio de náuseas y alteraciones del descanso nocturno. Del mismo modo, Snoek et al. (2014) comunicaron resultados favorables en situaciones de sedación compleja en unidades de terapia intensiva pediátrica. En nuestro medio, Becerra y colaboradores (2017) reportaron una disminución significativa en el requerimiento de otros sedantes tras la incorporación de levomepromazina como coadyuvante en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Pediatría “Juan P. Garrahan” de la ciudad de Buenos Aires.

La utilidad de la levomepromazina como antiemético también ha sido señalada en diferentes revisiones. Richards et al. (2017), en una revisión sistemática sobre síndrome de hiperémesis cannabinóide, describieron casos en los que este fármaco mostró eficacia clínica, incluyendo pacientes

adolescentes. En términos generales, la experiencia acumulada sugiere que se trata de un medicamento bien tolerado cuando se emplea con una adecuada selección de pacientes y una titulación cuidadosa. No obstante, se recomienda especial precaución frente a sus potenciales efectos cardiovasculares, particularmente hipotensión arterial y prolongación del intervalo QT, así como evitar su utilización en menores de un año debido al riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante asociado al uso de fenotiazinas.

Con respecto a su utilización en psiquiatría infantojuvenil, la levomepromazina presenta una situación particular. Si bien actualmente no cuenta con aprobaciones pediátricas específicas para la mayoría de las indicaciones psiquiátricas en gran parte de las agencias regulatorias internacionales, continúa siendo utilizada y mencionada en la literatura especializada como una alternativa terapéutica en situaciones clínicas complejas caracterizadas por agitación psicomotriz, agresividad, trastornos graves de conducta y síntomas psicóticos refractarios. La evidencia disponible en niños y adolescentes proviene principalmente de estudios observacionales, series de casos y experiencia clínica acumulada. Diversos autores describen su utilización en pacientes con trastornos del espectro autista, discapacidad intelectual, trastorno bipolar, esquizofrenia de inicio temprano y otros cuadros asociados a desregulación conductual severa, particularmente cuando existe respuesta insuficiente o intolerancia a tratamientos de primera línea.

Asimismo, el Pediamécum de la Asociación Española de Pediatría incluye la levomepromazina entre los fármacos potencialmente utilizables en población pediátrica mayor de 3 años y menciona su empleo en esquizofrenia, psicosis agudas transitorias, estados paranoides, delirium y agitación grave, señalando expresamente el carácter fuera de ficha técnica de varias de estas indicaciones (AEP, 2025). Del mismo modo, algunas guías y consensos clínicos reconocen el uso de antipsicóticos sedativos para el manejo de la agitación grave y de trastornos del sueño asociados a patologías psiquiátricas complejas, generalmente como tratamientos adyuvantes y en contextos

cuidadosamente seleccionados (Riemann et al., 2023; Jufe et al., 2025).

En conjunto, la evidencia disponible sugiere que la levomepromazina mantiene un lugar terapéutico en situaciones clínicas específicas de la práctica pediátrica, tanto médica como psiquiátrica, aunque su utilización debe valorarse individualmente y priorizando, siempre que sea posible, intervenciones con mayor nivel de evidencia y respaldo regulatorio.

Marco regulatorio

Independientemente del país, existe una *contraindicación estricta para niños menores de un año* debido al riesgo asociado de síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS) vinculado a las fenotiazinas.

Fuera de esta restricción universal, el marco regulatorio presenta diferencias significativas entre países y su uso muchas veces está fuera de prospecto. En adultos, diversas agencias regulatorias mantienen aprobaciones para el tratamiento de trastornos psicóticos, esquizofrenia, estados de agitación psicomotriz, ansiedad severa y determinadas indicaciones en cuidados paliativos, incluyendo el manejo de delirium terminal, agitación, distrés y náuseas refractarias. En población pediátrica y adolescente, las autorizaciones son más heterogéneas. En Estados Unidos la levomepromazina no cuenta actualmente con aprobación de la FDA y no forma parte del uso habitual en psiquiatría infantil ni en la práctica clínica general, habiendo sido reemplazada por otros antipsicóticos y sedantes con mayor respaldo de evidencia contemporánea.

Mientras que en varios países europeos su uso se encuentra restringido o desaconsejado por la limitada evidencia disponible, formularios especializados y guías de cuidados paliativos pediátricos continúan contemplando su utilización para el manejo de delirium, agitación, sedación y síntomas refractarios en pacientes con enfermedades avanzadas. Por ejemplo, las guías pediátricas desarrolladas por el NHS de Inglaterra junto con Asociación de Medicina Paliativa Pediátrica (APPM) contemplan su utilización dentro de los protocolos de control

sintomático en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos complejos (NICE, 2016; BNFC, 2024).

En Argentina, la ANMAT tiene aprobada la formulación pediátrica (levomepromazina solución oral) para problemas graves de comportamiento con agitación y agresividad en niños a partir de los 10 años de edad, contraindicando su uso en menores de esa edad (ANMAT, 2017), constituyendo así una de las pocas agencias que conserva una particularidad regulatoria poco frecuente en comparación con las tendencias observadas en Europa y los EE.UU.

Experiencia en el hospital pediátrico

1. Indicación en contexto de psiquiatría de enlace / interconsulta psiquiátrica

En el caso de pacientes que presentan diferentes enfermedades orgánicas, internados en salas de pediatría o especialidades pediátricas (cirugía, neurocirugía, traumatología, cardiología, etc.), unidades de terapia intermedia o intensiva; casos de complejidad mediana, grave o muy grave, en los que el psiquiatra infantojuvenil es interconsultado para un abordaje conjunto de la sintomatología.

a. En unidades de cuidados intensivos o intermedios se utiliza como:

- Sedativo en agitación durante procesos de extubación, sobre todo prolongados.
- Sedativo ante otros estados de irritabilidad severa, agitación, delirio o estados confuso-oníricos.
- Coadyuvante analgésico.
- Antiemético.
- Favorecedor o potenciador de otras medidas de confort ante un paciente en fin de vida.

Se utiliza en general la vía IV. La indicación y/o seguimiento se realiza en conjunto con el médico pediatra intensivista y/o el médico especializado en cuidados paliativos. Si la paciente está vigil (más frecuente en unidad de terapia intermedia se puede administrar por vía oral o enteral (SNG).

b. En salas de internación pediátrica se utiliza como:

- Sedativo ante estados de irritabilidad, ansiedad, insomnio refractario a otras terapéuticas, agitación grave o delirio de diversa etiología.
- Sedativo ante estados de ansiedad, irritabilidad

o agitación, para facilitar o favorecer procedimientos médicos, en general invasivos, que se consideren fundamentales para el paciente; como coadyuvante de otra terapia ansiolítica y/o sedativa (BZD), o cuando su indicación se considere más beneficiosa que una BZD.

- Analgésico y ansiolítico para casos de menor complejidad que requieren estrategias conjuntas en contexto de abordaje paliativo, no necesariamente en fin de vida.

2. Indicación en contexto de consulta psiquiátrica ambulatoria

La levomepromazina se utiliza:

a. En la asistencia de población pediátrica que presenta patologías o síndromes neurológicos, metabólicos, genéticos o congénitos (por ejemplo: síndrome de Down, encefalopatía crónica no evolutiva, síndrome de Prader-Willis, Síndrome de West, etc.) los cuales requieren, en la gran mayoría de los casos, de un abordaje psiquiátrico integral. Dichas patologías ocasionan retraso en el desarrollo, con discapacidad motriz, intelectual y psíquica severa. Síntomas como agitación, auto y hetero agresión, alteraciones de conducta y alteraciones del ritmo sueño-vigilia son frecuentes y de difícil tratamiento, y requieren un abordaje multidisciplinario.

El tratamiento farmacológico es muy complejo y los efectos sedativos de la levomepromazina son de suma utilidad para estos casos, utilizándose dosis repartidas para minimizar efectos adversos e interacciones con otros fármacos. Suelen utilizarse en estos casos a mediano y largo plazo.

b. Para el tratamiento de conductas altamente disruptivas, auto y/o hetero agresivas, de difícil manejo, como consecuencia de patología psiquiátrica severa (desregulación anímica severa, psicosis, trastornos del neurodesarrollo etc). No suele utilizarse como único tratamiento, sino como coadyuvante del tratamiento de base (antipsicótico atípico o estabilizador), sobre todo a corto y mediano plazo; por ejemplo, hasta alcanzar la titulación del antipsicótico de base o, en algunos casos, ante descompensación aguda o alteración severa del sueño.

Recordemos que las benzodiazepinas no están indicadas en niños por la posibilidad de provocar efecto paradójico.

3. Indicación en contexto de internación de salud mental

Es de uso frecuente en el contexto de una internación, sobre todo en pacientes adolescentes, como medicación de refuerzo en caso de ansiedad, agitación o alteración del sueño, para minimizar el uso de benzodiazepinas (efecto paradójico en niños y dependencia en adolescentes). Siempre se utiliza la vía oral.

4. Indicación en contexto de consulta psiquiátrica de urgencia

En el caso de que se requiera una tranquilización relativamente rápida de pacientes con sintomatología severa, es una opción a tener en cuenta, teniendo presente que luego de la administración oral el tiempo de latencia de la respuesta oscila entre 30 a 60 minutos.

En caso de que la urgencia requiera una tranquilización inmediata, se deberá recurrir, siguiendo las guías de buenas prácticas, a los fármacos sugeridos, para aplicación IM con mayor margen de seguridad.

Es importante recordar que, siempre que sea posible ante una urgencia, se debe intentar la vía oral, evitando las BZD en niños menores de 10/12 años y teniendo en cuenta los fármacos a los que el paciente haya respondido en ocasiones anteriores, sobre todo en el caso de pacientes polimedicados.

La elección pertinente de la vía de administración resulta un elemento clave en la eficacia de la intervención, teniendo en cuenta la ecuación riesgo-beneficio. Así como en contextos de alta complejidad, en los que los pacientes se encuentran bajo monitoreo cardiorrespiratorio, la vía IV de administración es la elegida, en contextos de menor complejidad de atención pediátrica, así como en indicaciones ambulatorias y de urgencia, la vía oral es la que debe privilegiarse.

La vía de administración IM, tanto de la LMZ como de cualquier otra fenotiazina si bien en nuestro medio es bastante utilizada, sobre todo en contextos de urgencia sin monitoreo CV, solo debería ser considerada en situaciones excepcionales en las que no se cuente con otra droga efectiva

con menos efectos graves cardiovasculares (por ej.: haloperidol, lorazepam). Recordemos que los efectos CV hipotensores de las fenotiazinas suelen ser severos y que la población pediátrica es particularmente sensible a los mismos.

Si bien es cierto que, a grandes rasgos, podría asumirse que la población pediátrica tiene menos posibilidades que la población adulta de presentar algún tipo de patología o alteración del funcionamiento cardíaco, ello constituye solo una presunción. En la atención de urgencia, y sobre todo desconociendo los antecedentes del paciente, tanto en relación con probable patología previa como con un eventual consumo de tóxicos, no se recomienda la administración de fenotiazinas por vía IM sin monitoreo CV, existiendo actualmente disponibilidad de drogas más seguras.

Mayor precaución aún debe tenerse en la población asistida en hospitales de alta complejidad, donde la gran mayoría de los pacientes presenta patologías de base complejas.

Precauciones cardiovasculares:

- Las fenotiazinas pueden producir efectos cardiovasculares hipotensores severos.
- La población pediátrica presenta mayor sensibilidad a dichos efectos.
- En contextos de urgencia no se recomienda la administración IM sin monitoreo cardiovascular.

Dosis en población pediátrica (Pedia-mecum, 2025)

Antiemético:

Vía oral:

- Niños de un mes a 11 años: dosis inicial 50-100 µg/kg/día cada 24 h (noche) o, alternativamente, cada 12 h. Dosis máxima 400 µg/kg/día, sin exceder de 25 mg/día.
- Niños mayores de 12 años: dosis inicial 2,5-5 mg/día cada 24 h (noche) o, alternativamente, cada 12 h. Dosis máxima 25 mg/día.

Tabla 1. Indicaciones clínicas de la levomepromazina en psiquiatría infantojuvenil en hospital pediátrico

Contexto asistencial	Objetivo principal	Síntomas / situaciones	Vía utilizada	Observaciones
Psiquiatría de enlace / UTI e intermedia	Sedación y confort	Agitación, extubación prolongada, delirio, estados confuso-oníricos, fin de vida	IV Enteral/ SNG	Trabajo conjunto con intensivistas y cuidados paliativos
Salas de internación pediátrica	Sedación / ansiolisis	Irritabilidad, ansiedad, insomnio refractario, agitación, procedimientos invasivos	Oral Por SNG	Como coadyuvante de otras terapéuticas
Consulta psiquiátrica ambulatoria	Regulación conductual	Auto y heteroagresión, alteraciones de conducta y sueño-vigilia	Oral	Frecuente uso a mediano y largo plazo
Internación en salud mental	Control sintomático	Ansiedad, agitación, alteraciones del sueño	Oral	Corto plazo
Urgencia psiquiátrica	Tranquilización rápida o semirápida	Agitación severa Ansiedad psicótica	Oral	Evitar IM sin monitoreo CV

Tabla 2. Consideraciones sobre vías de administración

Vía	Contexto sugerido	Observaciones
IV	Pacientes de alta complejidad con monitoreo cardiorrespiratorio	Utilizada principalmente en UTI/intermedios
Oral	Consultorio, internación general y urgencia	Vía de elección
IM	Situaciones excepcionales	No recomendada sin monitoreo cardiovascular

Infusión continua intravenosa o subcutánea:

- Niños de un mes a 11 años: dosis inicial de 100 µg/kg/día. Dosis máxima 25 mg/día.
- Niños mayores de 12 años: dosis inicial de 5 mg/24 h. Dosis máxima 25 mg/24 h.

Inyección subcutánea o endovenosa:

- Niños de 12 a 17 años: dosis inicial de 2,5 mg, 1 o 2 veces al día.

Antipsicótico:

- Niños >3 años: 0,5-2 mg/kg/día, por vía oral, en 2-3 dosis. Dosis máxima 40 mg/día.

Sedación, delirium y dolor refractario:

Oral/infusión continua endovenosa o subcutánea:

- Niños de un mes a 11 años: dosis inicial de 350 µg/kg/día (sin exceder de 12,5 mg). Dosis máxima 3 mg/kg/día.
- Niños mayores de 12 años: dosis inicial de 12,5 mg/día. Dosis máxima 200 mg/día.

Las dosis presentadas corresponden a las recomendaciones pediátricas disponibles en Pedia-mécum por ser una de las escasas fuentes que proporcionan esquemas de dosis pediátricos específicos para levomepromazina. En la práctica clínica psiquiátrica con adolescentes es frecuente utilizar dosis como las referidas para delirium, pudiendo alcanzar hasta 200 mg.

Conclusiones

La introducción de los antipsicóticos de segunda generación, con el desarrollo de marcos regulatorios más exigentes y una creciente demanda de evidencia específica para población pediátrica, contribuyeron a una progresiva reducción del uso de levomepromazina en numerosos países. Como consecuencia, su utilización actual en psiquiatría

infantojuvenil se encuentra circunscripta principalmente a situaciones clínicas seleccionadas y, en muchos casos, fuera de las indicaciones formalmente aprobadas.

No obstante, la experiencia clínica acumulada durante décadas, así como la evidencia disponible proveniente de estudios observacionales, series de casos y diferentes ámbitos asistenciales, sugieren que la levomepromazina continúa constituyendo una herramienta terapéutica de utilidad en determinados contextos. Sus propiedades sedativas, ansiolíticas, antieméticas y antipsicóticas le otorgan un perfil farmacológico singular que puede resultar particularmente valioso en pacientes con agitación grave, desregulación conductual severa, trastornos complejos del sueño o situaciones de elevada complejidad médica.

La experiencia desarrollada en hospitales pediátricos de alta complejidad muestra que la levomepromazina mantiene un lugar relevante tanto en el ámbito de la interconsulta psiquiátrica y la psiquiatría de enlace como en la internación de salud mental, la atención ambulatoria y determinadas situaciones de urgencia. Su utilización requiere una cuidadosa evaluación individualizada de riesgos y beneficios, así como un adecuado conocimiento de sus potenciales efectos adversos y de las particularidades de cada contexto asistencial.

Diversos autores han señalado que la levomepromazina constituye una alternativa terapéutica probablemente subutilizada en determinados contextos clínicos (Jufe et al., 2025). Asimismo, su bajo costo y amplia disponibilidad la convierten en una opción accesible, particularmente relevante en entornos con recursos limitados y en poblaciones en

situación de vulnerabilidad. Estudios prospectivos y controlados en población pediátrica permitirían definir con mayor precisión su perfil de eficacia, seguridad e indicaciones dentro de la psiquiatría infantojuvenil contemporánea.

Referencias bibliográficas

ANMAT. Disposición N° 12923/2017. Modificaciones de prospectos, rótulos e información para el paciente de Nozinan® (levomepromazina). Buenos Aires: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica; 2017.

Becerra, V., Buamscha, D., Ponce, C., Cambaceres, C., Noman, A., Galván, M. E., y Lenz, M. (2017). Levomepromazina como coadyuvante de sedación en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 28(136), 411–415.

British Medical Association y Royal Pharmaceutical Society. (2024). Formulario Nacional Británico para Niños (British National Formulary for Children, BNFC). Londres: *BMJ Group, Pharmaceutical Press y RCPCH Publications*.

Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Levomepromazina. En: Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría.

Dietz, I., Schmitz, A., Lampey, I., & Schulz, C. (2013). Evidencia del uso de levomepromazina para el control de los síntomas en el entorno de cuidados paliativos: un estudio sistemático. *Cuidados paliativos de BMC*. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-1>

Egron, A., Kompe-Tchamgoue, A., Malet, D., & Queuille, E. (2016). Les psychotropes chez l'adolescent : étude des prescriptions dans une unité de crise pour adolescents et documentation du hors AMM. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.05.008>

Green, B., Pettit, T., Faith, L., y Seaton, K. (2004). Focus on levomepromazine. *Current Medical Research and Opinion*, 20(12), 1877–1881. <https://doi.org/10.1185/030079904X12708>

Hohl, C. M., Stenekes, S., Harlos, M. S., Shepherd, E., McClement, S., y Chochinov, H. M. (2013). Methotrimeprazine for the management of end-of-life symptoms in infants and children. *Journal of Palliative Care*, 29(3), 178–185

Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE). (2016). *Cuidados al final de la vida para lactantes, niños y jóvenes con enfermedades terminales*: Planificación y gestión (Guía NICE NG61). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng61>

Jufe, G., Gargoloff, P. D., Rebok, F. (2025). Levomepromazina en psiquiatría. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 36(167), 6-16.

Lambe, J. A. (2021). The use of levomepromazine, a.k.a. methotrimeprazine, a.k.a. nozinan, in child and adolescent psychiatry. *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 9, 40–42. <https://doi.org/10.12970/2310-8231.2021.09.07>

Levomepromazina. En: *Pediamécum* [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; [citado 5 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.pediamecum.com>

Mouren-Siméoni, M. C. (1991). *La psychopharmacologie chez l'enfant*. Presses Universitaires de France.

Richards, J. R., Gordon, B. K., Danielson, A. R., y Moulin, A. K. (2017). Pharmacologic treatment of cannabinoid hyperemesis syndrome: A systematic review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 37(6), 725–734. <https://doi.org/10.1002/phar.1931>

Snoek, A., James, P., Arenas-López, S., y Durward, A. (2014). Levomepromazine for difficult sedation in pediatric intensive care. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 3(2), 53–57.



LÍNEA
NEUROPSIQUIÁTRICA
ROEMMERS

Togrel[®]

LEVOMEPRMAZINA

Antipsicótico con acción sedante,
ansiolítica y antiemética

AHORA EN



PAMI
INSSJP



PRESENTACIONES

TOGREL 2 MG

envases de 30 y 50 comprimidos recubiertos.

TOGREL 25 MG

envases de 30 y 50 comprimidos recubiertos.



ROEMMERS

CONCIENCIA POR LA VIDA