



FORMACIÓN MÉDICA

Ketamina y su indicación en el dolor agudo postoperatorio

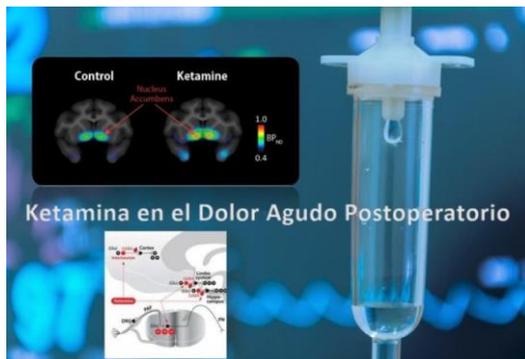
Salazar Loaiza K, Abad Torrent A.

Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.

Resumen

La ketamina fue sintetizada por primera vez en 1962 por Calvin Stevens en Parke-Davis Co como anestésico alternativo a la fenciclidina. Se utilizó por primera vez en humanos en 1965 por Corssen y Domino bajo el nombre de "Ketalar". Se trataba de 20 presidiarios que se ofrecieron como voluntarios. En 1970 se introdujo en la clínica hospitalaria y poco después se administró ampliamente a los soldados americanos durante la guerra del Vietnam. Se describió como una "droga única" por ser capaz de producir hipnosis, analgesia y amnesia. Ningún otro fármaco utilizado en la práctica clínica produce estos tres efectos importantes al mismo tiempo.

Introducción



La [ketamina](#) fue sintetizada por primera vez en 1962 por Calvin Stevens en [Parke-Davis Co](#) como anestésico alternativo a la fenciclidina.

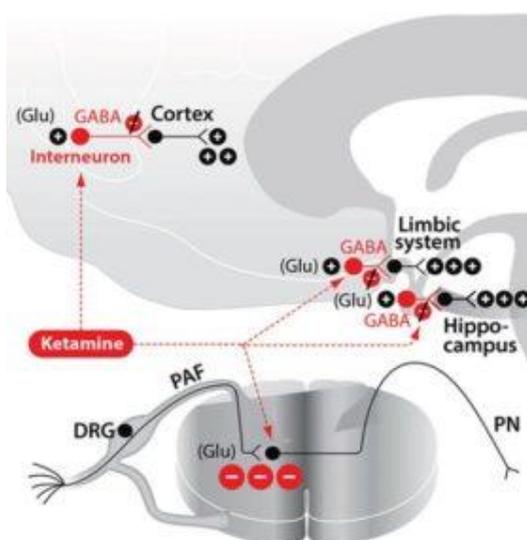
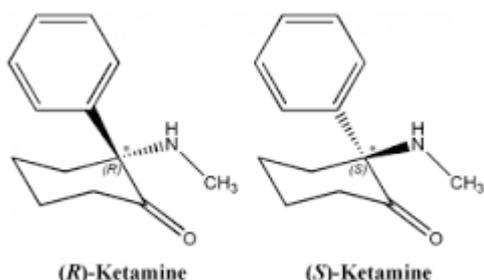
Se utilizó por primera vez en humanos en 1965 por Corssen y Domino bajo el nombre de "Ketalar". Se trataba de 20 presidiarios que se ofrecieron como voluntarios. En 1970 se introdujo en la clínica hospitalaria y poco después se administró ampliamente a los soldados americanos durante la guerra del Vietnam. Se describió como una "droga única" por ser capaz de producir

hipnosis, analgesia y amnesia. Ningún otro fármaco utilizado en la práctica clínica produce estos tres efectos importantes al mismo tiempo.



La ketamina (2-0-clorofenil-2-metilamino-ciclo-hexamina) está relacionada estructuralmente con la fenciclidina y la ciclohexamina. Existen dos isómeros, uno S (+) y otro R (-) debido a la presencia de un carbono asimétrico en la molécula. En la práctica clínica se usa una mezcla

racémica de ambos. El isómero S tiene un efecto analgésico 3-4 veces superior, una afinidad a los receptores NMDA 4 veces mayor y un efecto hipnótico 1,5 veces más potente que el isómero R, dando lugar a efectos psicótropos más leves.



Mecanismo de acción

La [ketamina](#) es un anestésico general disociativo, no barbitúrico y no narcótico. Se presenta un peculiar estado de inconsciencia en el que hay una **disociación funcional de dos áreas cerebrales**. El tálamo y los sistemas de proyección neocortical se bloquean, por lo que la información sensorial procedente del cuerpo y del entorno queda prácticamente anulada. Al mismo tiempo se estimula el sistema límbico, por lo que sigue funcionando la corteza visual. Así, cuando se produce la anestesia se cierran los ojos durante 30-60 segundos pero luego quedan completamente abiertos y presentan movimientos rápidos de nistagmus.

Mecanismo de acción

La ketamina tiene varias acciones que incluyen interacciones con canales de calcio, unión débil a receptores opioides mu y kappa, bloqueo de canales de sodio a altas dosis, efectos anticolinérgicos por la inhibición de receptores nicotínicos y muscarínicos, antagonismo no competitivo del receptor de ácido N-metil D-aspartico (NMDA) e inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina, requiriendo vías descendentes inhibitorias intactas para producir analgesia. Además tiene efectos anestésicos locales e interviene en la síntesis y liberación de óxido nítrico.

Farmacocinética / Farmacodinámica

Clin Pharmacokinet
DOI 10.1007/s40262-016-0383-6

REVIEW ARTICLE

Ketamine: A Review of Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics in Anesthesia and Pain Therapy

Marko A. Peltoniem¹ · Nora M. Hageberg¹ · Klaus T. Ohkola² · Teijo I. Saari¹

La [ketamina](#) es altamente liposoluble, tiene un gran volumen de distribución, rápidamente se redistribuye a los tejidos periféricos. Se metaboliza extensamente en el hígado por N-desmetilación y vías de hidroxilación. Norketamina es el principal metabolito. Se excreta en la orina y las heces como norketamina y como derivados hidroxilados. Tiene un efecto acumulativo. La resistencia gradual se acumula en la administración repetida. La semivida de eliminación es de 2-3 horas y el aclaramiento es de 12-17 ml / kg / min. La disfunción renal podría causar una depuración prolongada de los metabolitos de ketamina, aunque esto probablemente no sea clínicamente significativo ya que la gran mayoría se metaboliza en metabolitos inactivos.

[Limitaciones y precauciones con el uso de ketamina](#) (Link)

siempre ajustándose a los tiempos anestésico-quirúrgicos, para evitar la aparición de dichos efectos en la educación. Durante las **cirugías largas**, deben considerarse bolos repetidos de ketamina cada 30-45 min. No hay consenso sobre el límite superior de la infusión de ketamina, pero 0,3 mg/ kg/h es un límite superior razonable, que debe considerarse en pacientes despiertos durante su estancia en una Sala de Reanimación. En pacientes **obesos**, el peso corporal ideal debe utilizarse para el cálculo de la dosis.

	Procedimientos dolorosos	Menos dolorosos
BOLO	0,5 mg/kg antes o después de la inducción (antes de la incisión)	0,25 mg/kg antes de la incisión
DOSIS REPETIDAS	0,25 mg/kg c/30 min	0,125 mg/kg c/30 min
INFUSION	500 µg /kg/h	250 µg /kg/h
STOP KETAMINA	60 min antes de finalizar	30 min antes de finalizar

Tabla 1. Esquemas de dosificación

Fuente: Ketamine for Perioperative Pain Management Tabla.2 ([PDF](#))

Cirugía abdominal mayor: Infusión intraoperatoria de 500 µg/kg/h precedida de un bolo preincisional de 1 mg/kg - 0,5 mg / kg.

Procedimientos pélvicos mayores con anestesia general o epidural: Menos dolor postoperatorio con dosis de 0,5 mg/kg de Ketamina S (+) preincisional seguido de bolos intermitentes de 0,2 mg / kg, en comparación con la Ketamina S (+) únicamente preincisional.

Ketamina en Anestesia Regional



La aplicación clínica de la S(+)-ketamina en el [tratamiento del dolor por vía intratecal](#) no se considera del todo segura por sus efectos secundarios

psicomiméticos y su anestesia incompleta.

En el dolor oncológico ha demostrado ser efectiva cuando la analgesia convencional neuroaxial ha fallado, logrando un sustancial alivio del dolor y disminuyendo las dosis de morfina, clonidina y bupivacaína.

En el caso del dolor crónico, los tratamientos prolongados de ketamina intratecal pueden causar neurotoxicidad. Su administración vía intratecal durante tres semanas incrementa la incidencia de mielopatía vacuolar.

Estaría indicado el empleo de ketamina en su enantiómero S (+) y libre de cualquier excipiente. Según lo descrito, la ketamina intratecal se recomendaría solo en pacientes terminales, en quienes la terapia intratecal con otros analgésicos convencionales hayan fracasado. **Fuente:** Fármacos adyuvantes por vía neuroaxial ([PDF](#))

Otras aplicaciones de la Ketamina

1. Ketamina a dosis baja (0,5 mg / kg) no se ha relacionado con cambios hemodinámico y efectos adversos. Es una dosis óptima para la analgesia preventiva en la colecistectomía laparoscópica.
2. Ketamina intranasal preventiva 1,5 mg / kg mejora la analgesia postoperatoria después de la cirugía nasal endoscópica.
3. Dosis de 0,25-0,5 mg/kg iv bolo inicial, seguido de una infusión de 50-500 µg/kg/ h, como complemento para la analgesia postoperatoria y para la reducción de la hiperalgesia exógena inducida por opioides.

4. Ketamina para la **depresión resistente** al tratamiento e ideas de suicidio.
5. Dolor crónico y oncológico: **Utilización de ketamina en el tratamiento del dolor agudo y crónico (PDF)**

- Dolor Neuropático
 - Dolor Central
 - Dolor Regional Complejo
 - Neuralgia Postherpética
 - Dolor Orofacial
- Dolor Oncológico
- Dolor Isquémico
- Fibromialgia

<http://anestesiario.org/2009/sindrome-regional-complejo-doloroso-alodinia-y-ketamina/>

<http://anestesiario.org/2011/ketamina-en-analgesia-multimodal-postcesarea/>

Bibliografía

1. Himmelseher S, Durieux ME. Ketamine for perioperative pain management. *Anesthesiology* 2005 Jan;102(1):211-20. ([HTML](#))
2. Gorlin A, Rosenfeld D, Ramakrishna H. Intravenous sub-anesthetic ketamine for perioperative analgesia. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2016 Apr-Jun; 32(2): 160–167. ([HTML](#))
3. Kurdi MS, Theerth KA, Deva RS. Ketamine: Current applications in anesthesia, pain, and critical care. *Anesth Essays Res*. 2014 Sep-Dec;8(3):283-90. ([HTML](#))
4. Peltoniemi MA, Hagelberg NM, Olkkola KT, Saari TI. Ketamine: A Review of Clinical Pharmacokinetics and Pharmacodynamics in Anesthesia and Pain Therapy. *Clin Pharmacokinet*. 2016 Sep;55(9):1059-77 ([Pubmed](#))

Correspondencia al autor

Karen Salazar Loaiza
salazarloaizaka@gmail.com
 Residente de Anestesiología y Reanimación.
 Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.

Aceptado para blog en agosto de 2017.