

## Ketamina, Special K o Kit Kat: el anestésico que se consume como droga social. Consecuencias de consumo prolongado en paciente joven.

M<sup>a</sup> Lorena Bartolomé Herrero\*, M<sup>a</sup> de la Concepción Gelado Matellán\*, Lorena Carrascal Laso\*\*, Carlos Llanes Álvarez C\*\*, Patricia López Landeiro\*\*, Manuel Ángel Franco Martín\*\*\*.

\* LES. Unidad Clínica de Gestión. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

\*\* MIR de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

\*\*\* Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de los Hospitales Universitario Río Hortega de Valladolid y Complejo Asistencial de Zamora (España).

**Correspondencia:** Lorena Bartolomé Herrero: [lorena.bartolome@hotmail.com](mailto:lorena.bartolome@hotmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** Los alucinógenos están asociados a ataques de pánico, trastornos perceptivos persistentes, *flashbacks*, psicosis, trastornos del estado de ánimo y ansiedad. La *fenciclidina* y la *Ketamina* se denominaron *anestésicos disociativos* porque producen un estado en el que los individuos están desorientados, pero aparentemente insensibles o disociados del entorno, actuando como antagonistas del subtipo NMDA de los receptores del glutamato.

En 1970 la FDA aprobó la *Ketamina* como anestésico de uso hospitalario. En 2018 el preocupante y creciente uso recreativo le ha devuelto el protagonismo.

**Exposición del caso:** Exponemos un caso clínico de un paciente joven que presenta un cuadro de inicio subagudo de inquietud psicomotriz e insomnio con alucinaciones cenestésicas y "sensación de que su cuerpo flotaba mientras lo veía inerte en el suelo creyendo que estaba muerto".

**Discusión:** La *Ketamina* no sólo engaña a los médicos, también a quien la consume. Es un "buen viaje" con sensación de distanciamiento de la realidad, sedante y placentero, que va incrustando en el cerebro la psicosis alucinatoria.

**Conclusiones:** Uno de los primeros y más importantes aspectos a considerar por un psiquiatra, y que siempre debe tener presente, es que en cualquier semiología psiquiátrica, fundamentalmente

psicosis, que aparezca en un paciente joven sin antecedentes psiquiátricos previos, de forma aguda o subaguda, que además no responda a la medicación, debe descartarse un consumo de tóxicos..

### PALABRAS CLAVE

Ketamina, Special K, polvo K, fenciclidina.

### ORIGINAL

### INTRODUCCIÓN

La *Ketamina* es un viejo-nuevo compuesto que ha resucitado con fuerza como droga ilegal en personas con alto nivel socio-económico. Descubierta en 1962, inicialmente como un potente analgésico y anestésico, fue muy utilizado por médicos militares en guerras. [1] Actualmente su uso se ha limitado a la veterinaria, pero cada vez irrumpe con más fuerza como droga de abuso con peligrosísimas consecuencias (alucinaciones, embriaguez, insuficiencia cardiorrespiratoria, hipertensión, taquicardia, deterioro cognitivo, ansiedad extrema, hipersalivación, disociación, coma y muerte). Pero no todo es peyorativo para esta sustancia, ya que desde 2006 comenzó a utilizarse como antidepresivo eficaz por su rapidez de acción, aunque se desconocen aún los efectos a largo plazo [2]. El aumento de los casos de suicidio entre altos ejecutivos tecnológicos de

*Silicon Beach* en Los Ángeles, propició que la Asociación Americana de Psiquiatría apoyara su administración como antidepresivo de acción rápida [3].

Se ha descrito, cómo perfusiones subanestésicas de Ketamina han conseguido reducir los síntomas en depresión unipolar resistente al tratamiento, así como en depresión bipolar, y reducir los pensamientos suicidas aunque los efectos no se mantienen más allá de unos pocos días [4]. Se investiga, no obstante, sobre una formulación de inicio rápido y eficacia mantenida [5].

Se está desarrollando una formulación intranasal llamada *Esketamina* en dosis de 28, 56, y 84 mg., tal y como aparece publicado en el JAMA Psychiatry.

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 29 años de edad desplazado desde otra ciudad. Sin antecedentes médicos de interés, tampoco refiere antecedentes psiquiátricos, personales o familiares. No tratamientos en el momento de la primera consulta. Niega consumo de tabaco, alcohol u otros tóxicos.

Motivo de consulta: El paciente refiere encontrarse “muy nervioso” (se objetiva en consulta una inquietud psicomotriz con necesidad continua de moverse, permaneciendo de pie sin sentarse y saliendo de la consulta a orinar en repetidas ocasiones), problemas de la esfera del sueño con inversión del ritmo vigilia-sueño, hiporexia, irritabilidad fácil, ataques de pánico y ánimo bajo.

En la exploración psicopatológica el paciente se encuentra lúcido, consciente, bien orientado en tiempo y espacio, auto y alopsíquicamente. Atención dispersa. Estado de ánimo disfórico. Ansiedad basal incrementada. Clínica de crisis de angustia frecuentes (taquicardia, palpitaciones, sensación de ahogo, miedo a perder el control, a morir, sensación de despersonalización y de desrealización). Lenguaje fluido, espontáneo y coherente, con discurso y pensamiento ideofugaz. Cierta inquietud psicomotriz y conducta inadecuada donde llama la atención la polaquiuria del paciente así como la mucosidad nasal y la hipersalivación (usa varios pañuelos en el transcurso de la consulta). Dudosa ideación delirante, aunque sí verbalizaba cierta desconfianza hacia una persona de su entorno, de matiz suspicaz, receloso y paranoide con alguna interpretación de perjuicio. Presentaba una sensación “como si levitara” y en ocasiones percibía su cuerpo fuera del cuerpo “como si saliera mi alma y mirase a mi cuerpo muerto” así como

alucinosis cenestésicas. No ideación autolítica. No auto/heteroagresividad ni verbal ni física.

Se inicia tratamiento con diversos antidepresivos, benzodiazepinas e incluso neurolépticos (fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, lorazepam, sertralina, quetiapina, paliperidona, aripiprazol) sin respuesta clínica.

## EVOLUCIÓN

El paciente no evolucionó favorablemente, acudía sin cita a consulta refiriendo angustia, inquietud psicomotriz e insomnio resistente a tratamiento. Presentaba edemas bilaterales en EEII, hipermucosidad de vías respiratorias altas, hipersalivación, astenia importante y retención de orina (se pautó furosemida).

Se realizó analítica completa con hemograma, perfil tiroideo, hepático y renal, bioquímica, perfil férrico y tóxicos en orina.

Presentó una hipertransaminasemia: GGT: 368 GOT: 130 GPT: 63 con tóxicos negativos. Preguntada a la paciente por consumo de alcohol y otras drogas finalmente reconoció llevar años consumiendo ilegalmente Ketamina inhalada.

Actualmente lleva dos meses sin consumir, presenta *craving* y secuelas físicas (daño hepático y renal) y económicas (deudas importantes).

## DISCUSIÓN

La Ketamina, en el campo de la psiquiatría, supone un avance clínico parecido al del Prozac en 1987, donde el gran éxito de su utilización es la alta velocidad de respuesta (hay estudios que hablan incluso de horas) con una tasa altísima de éxito (entre un 60 y 70 % en pacientes respondedores parciales o no respondedores) pero en contraposición tiene la transitoriedad en relación directa con su potencial adictivo y sus graves efectos adversos [6].

Pero que no esté implementada oficialmente en la farmacopea médica, no evita su utilización extra oficial. La Ketamina, una droga de la calle caracterizada por producir experiencias sensorio-perceptivas disociativas (experiencias fuera del cuerpo) y utilizada como una droga para cometer violaciones.

Los *flashback* como recurrencias espontáneas y transitorias de la experiencia inducida por la Ketamina son muy frecuentes [7]. El paciente presentaba episodios de distorsión visual,

alucinaciones, falsas percepciones, pero siendo consciente de la naturaleza patológica del trastorno, describiéndolo como un “mal viaje”.

### CONCLUSIÓN.

Relativamente frecuente ha sido encontrarnos (los médicos), cómo fármacos utilizados para diferentes indicaciones clínicas (dolor, sedación, anestesia) presentan beneficios en patologías psiquiátricas (léase ácido valproico como antiepilépticos, léase bupropion para la deshabituación tabáquica, clorpromazina como anestésico etc.) [8].

Los médicos militares que intervinieron en la guerra de Vietnam, observaron como la Ketamina administrada a los heridos como anestésico, mejoraba el estado de ánimo y las tendencias suicidas en soldados mutilados que no querían regresar a sus casas. ¿Ensayo-error? ¿Azar? El caso es que, transcurrido algún tiempo, observaron la aparición de alucinaciones y su grave adicción.

La Ketamina en este paciente, con un patrón de consumo crónico, le producía un estado de ánimo óptimo, pero la adicción acabó causándole daño hepático, daño renal (oligoanuria), estimulación cardiovascular, hipertensión arterial, taquicardia, sialorrea y flashback junto con disociación, alucinaciones, así como despreocupación por el entorno y la seguridad, que le trajo consecuencias legales y familiares graves.

Es fácil para los pacientes consumidores de Ketamina u otros alucinógenos negar el consumo, al ser difícil su determinación en orina por los cauces normales, pero no olvidemos que “*el cuerpo habla, el cerebro habla, y eso no lo puede camuflar la voluntad humana*”.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan HI., Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 8ª ed. Madrid: Panamericana; 1999.
2. Stephen M. Stahl. Guía del Prescriptor. Psicofarmacología Esencial de Stahl. 4º ed. Madrid: Grupo Aula Médica ; 2012. P.445-49.
3. Gelder M; López Ibor J Jr, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica. Oxford University. 2003.

1. Bell RF. Low-dose subcutaneous ketamine infusion and morphine tolerance. Pain. 1999 Oct; 83(1):101-3.
2. Silvey G. Ketamine. Mt Sinai J Med. 1983 Jul-Aug; 50(4):300-4.
3. Adams JD Jr., Baillie TA, Trevor AJ, Castagnoli N Jr. Studies on the biotransformation of ketamine. 1- Identification of metabolites produced in vitro from rat liver microsomal preparations. Biomed Mass Spectrom. 1981 Nov; 8(11):527-38.
4. White PF, Way WL, Trevor AJ. Ketamine--its pharmacology and therapeutic uses. Anesthesiology. 1982 Feb; 56(2):119-36.
5. Dickenson AH. NMDA receptor antagonists: interactions with opioids. Acta Anaesthesiol Scand. 1997 Jan; 41(1 Pt 2):112-5.