



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“HIPO”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ  
CELAYA**

**SEMESTRE: 6**

**DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ**

**ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA**

**UNIDAD: 4**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS,  
DICIEMBRE DE 2020**

El hipo es una contracción repetida, involuntaria y espasmódica del diafragma y los músculos inspiratorios intercostales que se produce principalmente en series irregulares, con cierre de la glotis mediado por las ramas sensitivas de los nervios frénico, torácico simpático y vago.

Para que se produzca el característico hipo deben ocurrir múltiples fenómenos en una sucesión rápida. Inicialmente, el techo de la boca y la parte posterior de la lengua se elevan, lo cual con frecuencia se acompaña de un eructo.

Posteriormente, el diafragma y los músculos inspiratorios se contraen de forma brusca e intensa, con el consiguiente cierre de las cuerdas vocales, lo cual produce el típico sonido «hic», que se asocia a una disminución de la frecuencia cardíaca.

Generalmente, cada frecuencia individual del hipo es razonablemente constante en un episodio dado de hipo, con una frecuencia de 4 a 60 hipos por minuto.

El hipo que dura hasta 48 horas se denomina crisis de hipo y se considera agudo.

El hipo crónico, persistente o recurrente, generalmente se considera patológico. El hipo que dura más de 48 horas se denomina hipo persistente; si el hipo dura más de 2 meses, se considera resistente al tratamiento.

Existen más de 100 causas de hipo, de las cuales las más frecuentes son las digestivas. Las causas pueden ser naturales o inducidas por fármacos y los mismos fármacos que se utilizan para tratar el hipo pueden también inducirlo.

## **EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA**

El hipo puede ser hasta 5 veces más frecuente en varones que en mujeres. La distensión gástrica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) pueden ser las causas más importantes. Una clasificación amplia de las múltiples causas de hipo incluye la irritación de los nervios vago y frénico (p. ej., manipulación intraoperatoria, esofagitis), trastornos del sistema nervioso central (p. ej., traumatismos craneoencefálicos, esclerosis múltiple, encefalitis), trastornos tóxico-metabólicos o asociados a fármacos (p. ej., uremia, intoxicación por alcohol, anestesia general) y factores psicógenos (p. ej., estrés, ansiedad).

Los fármacos pueden inducir hipo los corticoides y las benzodiazepinas son los tipos más frecuentes de fármacos asociados al desarrollo de hipo. Otros fármacos son los quimioterápicos (p. ej., cisplatino) y los opiáceos (p. ej., hidrocodona).

Los fármacos que se han utilizado para tratar el hipo, como los antidopaminérgicos (p. ej., perfenazina) y el midazolam, también pueden inducir hipo, y los fármacos que se conoce que inducen o facilitan la aparición de hipo (p. ej., anticolinérgicos, esteroides) también han demostrado ser capaces de tratar el hipo (p. ej., atropina).

## **TRATAMIENTO.**

El tratamiento del hipo debería estar dirigido a la causa específica si puede identificarse.

La eliminación de los fármacos causantes y la corrección de las situaciones o desequilibrios que pueden facilitar el hipo deberían constituir los esfuerzos terapéuticos iniciales.

El hipo secundario a ERGE se resuelve tras el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) (p. ej., lansoprazol).

### **Tratamiento farmacológico del hipo**

Los tratamientos del hipo crónico idiopático han incluido numerosos abordajes farmacológicos. Se cree que el baclofeno, un análogo del GABA que activa un neurotransmisor inhibitor, y el ácido valproico, que potencia la transmisión central del GABA, contribuyen a bloquear el estímulo del hipo. En el caso del hipo resistente a la monoterapia, la polifarmacia racional parece ser un abordaje razonable. La combinación de cisaprida, omeprazol y baclofeno (COB) se ha utilizado para este tipo de tratamiento. Debido a que ya no se dispone de cisaprida, algunos médicos han utilizado tegaserod (también un agonista de los receptores 5-HT<sub>4</sub>) en su lugar. La clorpromazina (un derivado dimetilamina de la fenotiazina) y el haloperidol actúan como antagonistas centrales de la dopamina en el hipotálamo.

La metoclopramida puede reducir la intensidad de las contracciones esofágicas y también actúa como antagonista dopaminérgico.

La nifedipina (un antagonista de los canales del calcio) puede desempeñar una función en la reversión de la despolarización anómala en el arco reflejo del hipo.

La sertralina también puede ser beneficiosa.

### **Tratamiento no farmacológico del hipo**

Los abordajes no farmacológicos han incluido los tratamientos físicos (inicio de la maniobra de Valsalva o conirritación del nervio vago) y el uso de marcapasos respiratorios.

Pueden intentarse maniobras físicas anecdóticas, como mantener la respiración, la irritación de la nasofaringe, los tragos largos y lentos de agua, la compresión de la nariz mientras se deglute, el agua helada intranasal, el lavado gástrico con hielo, la presión prolongada sobre el diafragma, la maniobra de Heimlich y la hipnosis.

La estimulación faríngea tiende a inhibir el hipo, pero el efecto puede ser sólo temporal.

Los abordajes quirúrgicos al tratamiento del hipo (p. ej., la ablación del nervio frénico) deberían reservarse como último recurso sólo para los casos más graves y resistentes, porque conllevan un riesgo de complicaciones pulmonares

## Bibliografía

- Walsh, D. (2010). *Medicina paliativa*. Barcelona, España: Elsevier.