

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

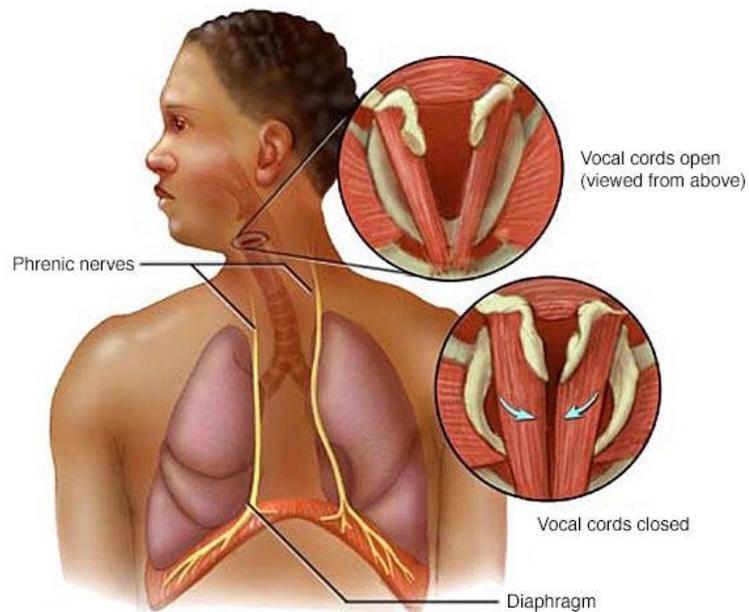
SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

CUARTO PARCIAL.

TEMA: HIPO.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH, ALL RIGHTS RESERVED.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

## HIPO

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. La frecuencia de hipo es inversamente proporcional a la presión parcial arterial de dióxido de carbono ( $P_{aCO_2}$ ; es decir, según disminuye la  $P_{aCO_2}$  (p. ej., en la hiperventilación), la frecuencia de hipo aumenta. Contener la respiración (o respirar en una bolsa de papel) puede causar un aumento en la  $P_{aCO_2}$  y, consiguientemente, una disminución en la frecuencia del hipo. 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.

Además de la obvia disminución de la calidad de vida y el significativo malestar, el hipo grave resistente al tratamiento puede afectar a la conversación, la concentración o la ingesta oral y puede causar astenia, interrupción del sueño<sup>4</sup> e incluso asistolia auriculoventricular.

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. Se han empleado una amplia variedad de tratamientos médicos (tanto farmacológicos como no farmacológicos) para el hipo resistente al tratamiento, como el ácido valproico,

la metoclopramida, la clorpromazina, la proclorperazina, la prometazina, el haloperidol, la carbamazepina, el nifedipino, la fenitoína, la ketamina, la lidocaína, la mexiitina, la amitriptilina y el baclofeno.

El hipo puede ser hasta 5 veces más frecuente en varones que en mujeres. La mayoría de los pacientes con hipo evaluados en un estudio eran varones (91%), mayores de 50 años de edad (intervalo, 9 meses hasta 80 años) y tenían enfermedades coexistentes (78%).

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 tratamiento dirigido (si la causa del hipo es conocida) es el abordaje más racional. El hipo secundario a ERGE se resuelve tras el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) (p. ej., lansoprazol). El hipo en un paciente que realiza diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) con solución «estándar» mejoró con el uso de una solución de diálisis de pH neutro<sup>17</sup>. Por tanto, es prudente realizar una anamnesis y exploración física adecuadas, así como las pruebas diagnósticas de laboratorio, de imagen y endoscópicas apropiadas. Sin embargo, existen muchas situaciones en las que la causa del hipo no puede ser identificada o abordada, y en estos casos deberían instaurarse medidas o tratamientos generales.

**Tratamiento no farmacológico del hipo** Los abordajes no farmacológicos han incluido los tratamientos físicos (inicio de la maniobra de Valsalva o contrairritación 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.

Kumar propuso que una técnica sencilla para eliminar el hipo es iniciar el «reflejo nauseoso» mediante la depresión digital de la base de la lengua. Es posible que la interrupción transitoria de la respiración causada por el inicio del proceso náusea-

deglución pueda restaurar la ritmicidad normal en los nervios frénicos. La acupuntura puede ser útil como opción terapéutica para combatir el hipo resistente al tratamiento. Payne y cols, describieron un caso de hipo resistente al tratamiento que se produjo tras un infarto de fosa posterior que se resolvió completamente tras la colocación de un estimulador del nervio vago. Se ha hablado de otros numerosos tratamientos anecdóticos (p. ej., bloqueo epidural cervical, bloqueo cervical del nervio frénico) como potenciales tratamientos del hipo resistente. También existe un informe anecdótico de dos casos de hipo resistente que no respondía a los «tratamientos habituales» pero se eliminó con metil celulosa (tres sobres de metil celulosa en 300ml de agua templada), cuyo razonamiento es que la distensión gástrica puede eliminar de forma eficaz el estímulo del hipo<sup>34</sup>. 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: Howard S. Smith. (2010). HIPO. En Medicina Paliativa de Walsh (894-999). ESPAÑA: Elsevier.