



# Capítulo 21

## HIPO

A. B. Núñez Aceves - J. G. Sentenac Merchán

### INTRODUCCIÓN

- ▲ El hipo es un fenómeno frecuente y generalmente transitorio que no suele reflejar patología grave. Sin embargo, en ocasiones se hace persistente o rebelde al tratamiento. En estos casos no debemos restarle importancia, ya que puede tener de base, enfermedades tan graves como una neoplasia, una lesión del SNC u otras patologías que sí pueden suponer una urgencia médica.
- ▲ Por otro lado, no debemos olvidar que lo pueden producir algunos fármacos.

### CONCEPTO

Es un sonido inspiratorio que resulta de la contracción brusca, espasmódica, involuntaria e intermitente del diafragma y músculos intercostales inspiratorios y que finaliza debido a un cierre brusco de la glotis.

### CLASIFICACIÓN

#### Según su duración distinguiremos:

- HIPO AGUDO, TRANSITORIO O BENIGNO: el episodio *durará menos de 48 horas*. Es debido frecuentemente a distensión gástrica por bebidas carbonatadas, aerofagia, insuflación tras endoscopia. Otras causas son ingestión excesiva de alcohol o tabaco, algunos fármacos (benzodiacepinas, barbitúricos y corticoides) y la histeria.
- HIPO PERSISTENTE: *dura más de 48 horas y menos de 1 mes*.
- HIPO INTRATABLE: *dura más de 1 mes*.

#### Estos 2 últimos se pueden dividir en función de su etiología en:

- CENTRAL: hipertensión intracraneal, meningitis, encefalitis, epilepsia, intoxicaciones, cetoacidosis diabética, uremia, etc.
- PERIFÉRICO: linfoma cervical, divertículos esofágicos, bocio intratorácico, hernia de hialo, IAM, aneurisma aórtico, derrame pericárdico, neoplasia de esófago, etc.
- REFLEJO: absceso subfrénico, candidiasis esofágica, colangitis, peritonitis, pancreatitis, tumores gástricos, etc.

### ACTITUD EN URGENCIAS

- 1º.-El hipo agudo no requiere intervenciones médicas especiales, sólo tratamiento sintomático (ver más adelante) por el médico de Atención Primaria, una vez que se descartan razonablemente por la Historia Clínica y la exploración causas que requieran evaluación hospitalaria como el I.A.M, etc.
- 2º.-En el hipo persistente o intratable debemos valorar:
  - Historia clínica (antecedentes personales, consumo de alcohol, drogas...).
  - Es importante saber la duración del hipo o si le deja dormir o no (p.e: en la histeria no impide el sueño).
  - Exploración física completa.
  - Pruebas complementarias (según sospecha clínica):

- Hemograma: ayuda a descartar infección, malignidad,...
  - Bioquímica rutinaria para detectar posibles alteraciones electrolíticas, renales u otras.
  - Radiografía de tórax: puede poner de manifiesto alteraciones pulmonares, mediastínicas, afectación del nervio frénico, vago o del diafragma.
  - ECG: para descartar infarto silente.
- Según los resultados obtenidos se valorará realizar otros exámenes para investigar la etiología: Calcio, RNM, TAC torácico, endoscopia, punción lumbar, pruebas de función pulmonar, etc.

### CRITERIOS DE INGRESO

- ▲ Si la enfermedad causante diagnosticada o probable lo requiere.
- ▲ En el hipo que no ceda con tratamiento habitual y que dificulte el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria del paciente; se ingresará para estudio y tratamiento más intensivo.

### TRATAMIENTO

1º NO FARMACOLÓGICO: maniobras de Valsalva; hiperextensión del cuello; compresión del epigastrio o del nervio frénico entre los cabos del músculo esternocleidomastoideo; provocación del estornudo; estimulación faríngea con sonda; contención de la respiración; ingestión de sorbos de agua helada; gargarismos. Si no cede con las maniobras anteriores:

2º FARMACOLÓGICO:

- Causa conocida: tratamiento etiológico.
- Causa desconocida: *Clorpromacina*, en el Servicio de Urgencias se administra 1/2 o 1 ampolla de 25 mg i.m. Se pueden utilizar comprimidos de 25 y 100 mg, 3 ó 4 veces al día durante 7 ó 10 días. Si se administra i.v. cuidado con la hipotensión que puede producir.

De 2º elección *Metoclopramida*: comprimidos de 10 mg, (en solución oral contiene 100 mg, utilizaremos cucharillas dosificadoras de 5-10 mg; en inyectable contiene 10 mg en 1 ampolla de 2 ml i.m o i.v), 3 ó 4 veces al día. Es más seguro que *Clorpromacina*, pero menos eficaz.

Otros fármacos: el *Baclofen* se usa a dosis de 5 mg/8 horas; los anticonvulsivantes, antidepressivos y antiarrítmicos, también se podrían usar en casos seleccionados.

3º QUIRÚRGICO: si fallan los anteriores tratamientos, de forma excepcional se puede hacer frenicotomía o colocar un marcapasos diafragmático.

### BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Salgado Marqués R. Hipo. En: Moya Mir MS, editor. Normas de actuación en urgencias. Edición. 1998. p. 142-144.
- ▲ Pérez Arellano JL. Hipo. En: Laso FJ, editor. Diagnóstico diferencial en Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1997. p. 43-46.
- ▲ Friedman, NL. Hiccups: A treatment review. *Pharmacotherapy* 1996; 16: 986