

disautonomía – dysautonomia

Authored by
memjavad

January 1, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *disautonomía – dysautonomia*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=7996>

Disautonomía

Campo(s) Disciplinario(s) Primario(s): Neurología, Cardiología, Medicina Interna

1. Definición Central

La disautonomía, también conocida como disfunción autonómica o neuropatía autonómica, constituye un término paraguas que describe una serie de trastornos médicos caracterizados por el mal funcionamiento del [sistema nervioso autónomo](#) (SNA). Este sistema es fundamentalmente responsable de regular las funciones corporales involuntarias y vitales, aquellas que operan sin el control consciente, asegurando la homeostasis interna del organismo. Entre estas funciones se incluyen la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la digestión, la regulación de la temperatura corporal, la función respiratoria y la micción. La disautonomía, por lo tanto, representa una falla en la capacidad del cuerpo para mantener un equilibrio interno estable en respuesta a los cambios ambientales o las demandas fisiológicas, llevando a una amplia y a menudo desconcertante gama de síntomas. Dada la ubicuidad del SNA, que inerva prácticamente todos los órganos y sistemas, la disfunción puede manifestarse de manera multisistémica, afectando gravemente la calidad de vida de los pacientes. Es crucial entender que la disautonomía no es una enfermedad única, sino una manifestación patológica que puede ser primaria, idiopática, o secundaria a una variedad de condiciones subyacentes, tales como enfermedades neurodegenerativas, diabetes mellitus, o trastornos autoinmunes.

El SNA se compone de dos ramas principales que trabajan en un equilibrio dinámico: el sistema nervioso simpático, que prepara al cuerpo para la acción ("lucha o huida"), y el sistema nervioso parasimpático, que promueve el descanso y la digestión ("descanso y digestión"). Una disautonomía puede implicar la hipoactividad de una rama, la hiperactividad de la otra, o una descoordinación general entre ambas. Los síntomas resultantes son directos reflejos de esta alteración del equilibrio. Por ejemplo, una falla en la respuesta simpática adecuada puede resultar en [hipotensión ortostática](#), donde la presión arterial cae drásticamente al ponerse de pie, mientras que una disfunción parasimpática puede afectar la motilidad gastrointestinal o la función pupilar. La complejidad de su presentación clínica y la falta de biomarcadores sencillos hacen que el diagnóstico de la disautonomía sea frecuentemente un desafío significativo, requiriendo una alta sospecha clínica y pruebas especializadas para evaluar las respuestas autonómicas.

2. Etiología y Desarrollo Histórico

El reconocimiento formal de las funciones del sistema nervioso autónomo data de principios del siglo XX, aunque las descripciones de síntomas que hoy asociamos con la disautonomía, como los desmayos al levantarse o las palpitaciones inexplicables, han existido durante siglos. El término "autónomo" fue acuñado por [John Newport Langley](#) a principios del siglo XX, quien

estableció la división funcional entre los sistemas simpático y parasimpático. Sin embargo, la comprensión de que una disfunción primaria de este sistema podía ser la causa fundamental de un síndrome clínico complejo se desarrolló más lentamente. Durante gran parte del siglo XX, las manifestaciones disautonómicas a menudo se diagnosticaban erróneamente como trastornos psicósomáticos o ansiedad, debido a la naturaleza vaga y fluctuante de los síntomas.

El desarrollo histórico crucial se centra en la identificación de síndromes específicos. La disautonomía asociada a la diabetes mellitus (neuropatía diabética autonómica) fue una de las primeras formas bien caracterizadas, destacando el papel de las enfermedades sistémicas en la destrucción de las fibras nerviosas autonómicas. En las últimas décadas, ha habido un reconocimiento creciente de las formas primarias e idiopáticas. Un hito fundamental fue la caracterización del [Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática](#) (STPO o POTS, por sus siglas en inglés) en la década de 1990. El STPO, que es quizás la forma de disautonomía más investigada actualmente, ayudó a consolidar la disautonomía como una entidad médica legítima y a impulsar la investigación sobre sus mecanismos fisiopatológicos, especialmente en el contexto de la regulación del volumen sanguíneo y la función vascular periférica. Este desarrollo ha sido clave para sacar a la disautonomía del ámbito de los trastornos funcionales inespecíficos y colocarla firmemente dentro de la neurología y la cardiología.

3. Clasificación y Formas Clínicas

La disautonomía se clasifica generalmente según su etiología (causa) y su patrón de afectación. Desde el punto de vista etiológico, puede ser clasificada como primaria (idiopática, sin causa conocida), o secundaria (causada por otra enfermedad). La clasificación por patrón de afectación es crucial para el diagnóstico y manejo, e incluye formas localizadas o generalizadas. Las formas más prominentes y estudiadas incluyen:

Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática (STPO/POTS): Caracterizado por un aumento anormal de la frecuencia cardíaca (taquicardia) al pasar de la posición supina a la bipedestación, sin una caída significativa de la presión arterial. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes y a menudo se presenta después de infecciones virales, cirugías o traumatismos. Los pacientes experimentan fatiga severa, intolerancia al ejercicio, niebla mental y síncope.

Hipotensión Ortostática Neurogena (HON): Definida por una caída sostenida y significativa de la presión arterial al ponerse de pie, causada por una falla en la liberación de norepinefrina por parte de los nervios simpáticos periféricos. Es común en personas mayores y es un sello distintivo de ciertas enfermedades neurodegenerativas.

Atrofia Multisistémica (AMS): Una enfermedad neurodegenerativa fatal que se asemeja al Parkinson, pero que se distingue por una disfunción autonómica grave y precoz, incluyendo HON severa, incontinencia urinaria y disfunción sexual. La AMS representa una forma de disautonomía central.

Neuropatía Autonómica Pura (NAP): Un trastorno raro, a menudo autoinmune, que causa una insuficiencia autonómica periférica generalizada sin afectar otras partes del sistema nervioso. Los síntomas principales son la hipotensión ortostática y la anhidrosis (incapacidad para sudar).

Disautonomía Secundaria: Formas causadas por otras patologías, siendo la [neuropatía diabética autonómica](#) (NDA) la más común a nivel mundial. Otras causas incluyen el síndrome de Sjögren, el lupus, la amiloidosis, la enfermedad de Parkinson y ciertas deficiencias nutricionales.

La distinción entre estas formas es vital, ya que el manejo terapéutico difiere sustancialmente. Por ejemplo, el tratamiento del STPO se centra en la expansión del volumen sanguíneo y la modulación de la frecuencia cardíaca, mientras que el manejo de la HON en el contexto de la AMS se enfoca en el uso de vasopresores y la prevención de caídas, reconociendo el carácter progresivo y neurodegenerativo de la enfermedad subyacente.

4. Fisiopatología

La fisiopatología de la disautonomía es heterogénea y depende de la etiología específica, pero generalmente implica un daño a las neuronas preganglionares o postganglionares, o una falla en la comunicación sináptica. En las formas secundarias, como la neuropatía diabética, el daño es típicamente axonal y degenerativo, causado por el estrés oxidativo y la microangiopatía que afectan las fibras nerviosas pequeñas que componen el SNA. En las formas autoinmunes, el cuerpo produce anticuerpos que atacan directamente los receptores o ganglios autonómicos, interrumpiendo la transmisión nerviosa. Un ejemplo clásico es la neuropatía autonómica paraneoplásica.

En el caso específico del STPO, la fisiopatología es multifactorial y compleja, involucrando al menos tres subtipos principales. Un subtipo hiperadrenérgico implica una liberación excesiva de norepinefrina en respuesta a la bipedestación, causando taquicardia y ansiedad. Otro subtipo, el neuropático, se caracteriza por una denervación parcial de las fibras simpáticas que inervan los vasos de las extremidades inferiores, lo que impide la vasoconstricción adecuada al ponerse de pie. Esto provoca un "estancamiento" de la sangre en las piernas (secuestro venoso) y una disminución del retorno venoso al corazón. El corazón compensa esta disminución del volumen latido aumentando drásticamente la frecuencia cardíaca, de ahí el nombre del síndrome. Finalmente, existen teorías que vinculan el STPO con la hipovolemia (bajo volumen sanguíneo) o con la activación crónica de mastocitos, lo que subraya la naturaleza intrincada y a menudo superpuesta de los mecanismos etiológicos.

La falla en la regulación de la presión arterial (baroreflejo) es central en muchas disautonomías. Normalmente, cuando una persona se pone de pie, el baroreflejo detecta la caída de la presión y rápidamente activa el sistema simpático para aumentar la frecuencia cardíaca y constreñir los vasos sanguíneos. En la disautonomía, este reflejo puede ser lento, insuficiente o completamente

ausente. Cuando la disfunción afecta las estructuras centrales (tronco encefálico o médula espinal), como en la Atrofia Multisistémica, la falla radica en los centros de control que integran las señales autonómicas, lo que resulta en una disfunción más amplia y severa que afecta tanto la porción simpática como la parasimpática.

5. Manifestaciones Clínicas y Síntomas

Las manifestaciones clínicas de la disautonomía son notoriamente variables, lo que contribuye a la dificultad diagnóstica. Los síntomas pueden ser intermitentes o persistentes, y su gravedad puede fluctuar significativamente. El sistema cardiovascular es el más comúnmente afectado, manifestándose con [síncope](#) (desmayo), presíncope (sensación de desmayo inminente), palpitaciones, taquicardia inapropiada, y la ya mencionada hipotensión ortostática. Estos síntomas cardiovasculares a menudo son exacerbados por el calor, la deshidratación, el ejercicio o las comidas copiosas, que desvían el flujo sanguíneo hacia la piel o el tracto gastrointestinal, respectivamente.

Más allá de la esfera cardiovascular, la disfunción autonómica afecta profundamente otros sistemas. A nivel gastrointestinal, los pacientes pueden experimentar **gastroparesia** (vaciamiento gástrico lento), estreñimiento crónico severo, diarrea, o una combinación de ambos (intestino irritable disautonómico). La regulación de la temperatura también se ve comprometida, llevando a la **anhidrosis** (incapacidad para sudar) o, por el contrario, a la sudoración excesiva (hiperhidrosis), lo que dificulta la termorregulación y aumenta el riesgo de golpe de calor. Los síntomas neurológicos incluyen la "niebla mental" (dificultad para concentrarse o procesar información), fatiga crónica y dolores de cabeza o migrañas. Finalmente, la función genitourinaria se ve afectada, manifestándose como disfunción eréctil, eyaculación retrógrada o disfunción vesical (retención o incontinencia urinaria).

La combinación de estos síntomas, especialmente la fatiga extrema y la intolerancia ortostática, resulta en una **reducción drástica de la calidad de vida** y la capacidad funcional. Muchos pacientes con disautonomía experimentan una discapacidad significativa, a menudo quedando postrados en cama o limitados en sus actividades diarias, lo que subraya la necesidad de un diagnóstico temprano y un manejo integral. La naturaleza invisible de la enfermedad y la fluctuación de los síntomas a menudo llevan a la incompreensión social y médica.

6. Diagnóstico y Evaluación

El diagnóstico de la disautonomía es clínico, basado en la historia del paciente, y se confirma mediante pruebas fisiológicas que evalúan la integridad funcional del SNA. El primer paso crucial es descartar otras causas de los síntomas, especialmente cardíacas o endocrinas. La evaluación diagnóstica típicamente requiere una batería de pruebas especializadas que miden las respuestas

autonómicas en diferentes dominios.

Prueba de la Mesa Basculante (Tilt Table Test): Esta es la prueba estándar de oro para evaluar la intolerancia ortostática. El paciente es acostado en una mesa que se inclina rápidamente a un ángulo de 60-80 grados. Se monitorean continuamente la frecuencia cardíaca y la presión arterial. La prueba ayuda a diferenciar entre el síncope vasovagal (reflejo mediado), la hipotensión ortostática (falla de presión) y el STPO (incremento excesivo de la frecuencia cardíaca).

Evaluación de la Función Sudomotora: Pruebas como la **Prueba Cuantitativa del Reflejo Axonal Sudomotor** (QSART) o el mapeo termorregulador de la sudoración evalúan la inervación simpática colinérgica responsable de la sudoración. Los patrones de sudoración anormal ayudan a localizar si la disfunción es central o periférica.

Pruebas de Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC): La VFC, medida durante la respiración profunda o la maniobra de Valsalva, evalúa la función parasimpática vagal. Una VFC reducida es un indicador temprano y sensible de neuropatía autonómica, especialmente en la diabetes.

Pruebas de Presión Arterial (Monitorización Ambulatoria): La monitorización de la presión arterial en diferentes posturas (acostado, sentado, de pie) es esencial para confirmar la hipotensión ortostática neurogena y evaluar la hipertensión supina, una complicación común de la disfunción autonómica severa.

Además de estas pruebas funcionales, se pueden requerir análisis de sangre para detectar autoanticuerpos específicos (si se sospecha una causa autoinmune), mediciones de catecolaminas en plasma (para evaluar el subtipo hiperadrenérgico), y biopsias de piel para evaluar la densidad de las fibras nerviosas pequeñas, ya que muchas disautonomías se asocian con la neuropatía de fibras pequeñas.

7. Tratamiento y Manejo

El tratamiento de la disautonomía es predominantemente sintomático y de apoyo, ya que curar la enfermedad subyacente (especialmente en formas idiopáticas o neurodegenerativas) no siempre es posible. El manejo se enfoca en restaurar la **homeostasis cardiovascular**, mejorar la calidad de vida y abordar los síntomas específicos de cada sistema afectado.

El manejo no farmacológico es la piedra angular del tratamiento, especialmente para el STPO y la hipotensión ortostática. Esto incluye: 1) **Aumento de la Ingesta de Sal y Líquidos:** La expansión del volumen plasmático es crucial para contrarrestar la hipovolemia relativa. 2) **Contramedidas Físicas:** El uso de medias de compresión abdominales y para las piernas para reducir el secuestro venoso y mejorar el retorno de la sangre al corazón. 3) **Rehabilitación y Ejercicio Gradual:** Programas de reacondicionamiento físico, a menudo comenzando en posición supina, son vitales para mejorar la tolerancia ortostática y la función cardiovascular general, aunque

deben ser cuidadosamente supervisados para evitar el empeoramiento de los síntomas.

El manejo farmacológico varía según el diagnóstico específico. Para el STPO, los medicamentos pueden incluir **Fludrocortisona** (para retener sodio y agua), **Midodrina** (un vasoconstrictor periférico que eleva la presión arterial) o betabloqueantes en dosis bajas (para reducir la taquicardia excesiva). Para la Hipotensión Ortostática Neurogena severa, se utilizan a menudo medicamentos más potentes como la **Droxidopa**, un precursor de la norepinefrina, para mejorar la vasoconstricción. Además, los síntomas gastrointestinales, urológicos y del sueño deben tratarse de manera individualizada, a menudo requiriendo la intervención de especialistas en gastroenterología o urología con experiencia en disfunción autonómica.

8. Impacto y Calidad de Vida

El impacto de la disautonomía en la vida de los pacientes es profundo y multifacético. La naturaleza crónica, invisible y a menudo malentendida de la enfermedad contribuye a un alto grado de **morbilidad psicológica**, incluyendo depresión y ansiedad. La fatiga crónica y la intolerancia al ejercicio limitan severamente la capacidad de los pacientes para trabajar, estudiar y participar en actividades sociales, conduciendo a la pérdida de independencia y a un aislamiento social significativo. La variabilidad de los síntomas significa que los pacientes pueden tener "días buenos" y "días malos", lo que dificulta la planificación y puede generar escepticismo en el entorno laboral o familiar.

Desde una perspectiva de salud pública, la disautonomía, especialmente en sus formas más comunes como el STPO, representa una carga económica considerable debido a las visitas médicas frecuentes, las pruebas diagnósticas complejas y la pérdida de productividad. La concientización sobre la disautonomía ha aumentado, en parte debido a su asociación reconocida con síndromes post-virales, como la disfunción autonómica observada en el [COVID-19 persistente](#). Este fenómeno ha validado las experiencias de muchos pacientes y ha impulsado una mayor demanda de investigación y clínicas especializadas. Mejorar la calidad de vida de estos pacientes requiere no solo un manejo médico efectivo, sino también un soporte multidisciplinario que incluya fisioterapia, terapia ocupacional y apoyo psicológico.

9. Controversias y Retos

A pesar del avance en el conocimiento, la disautonomía sigue siendo un campo plagado de controversias y retos significativos. Uno de los principales retos es la **heterogeneidad etiológica**. Dado que el término abarca desde una complicación diabética hasta un trastorno autoinmune post-viral, la búsqueda de un tratamiento único o un biomarcador universal ha sido infructuosa. Esto obliga a un enfoque de medicina personalizada que es difícil de implementar en entornos clínicos generales.

Otra controversia importante radica en la superposición de síntomas con otros trastornos, como el síndrome de fatiga crónica (SFC) y la fibromialgia. Aunque existe una alta comorbilidad entre estas condiciones, la distinción clara de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes sigue siendo un área activa de debate. Algunos críticos argumentan que el STPO es un epifenómeno de la desregulación del volumen o del desacondicionamiento físico, mientras que la evidencia creciente apunta a una verdadera neuropatía o disfunción inmunológica primaria. El reto clínico reside en que muchos médicos, incluyendo neurólogos y cardiólogos, carecen de la formación especializada necesaria para diagnosticar y manejar adecuadamente las formas menos comunes de disautonomía, lo que resulta en años de retraso diagnóstico para muchos pacientes.

Lecturas Adicionales

[Disautonomía - Wikipedia](#)

[Síndrome de taquicardia postural ortostática \(STPO\) - Mayo Clinic](#)

[Autonomic Neuropathy Information Page - National Institute of Neurological Disorders and Stroke \(NINDS\)](#)