

¿PUEDE EL PRAMIPEXOL PRODUCIR INSUFICIENCIA CARDIACA (IC)?

Póster nº 019

Martínez Bolaños, I. Casado Pesquero, JX. González Moneo, MJ. | Contacto: inesmartinezbo@gmail.com

ESCENARIO CLÍNICO

ÁMBITO DEL CASO: Atención Primaria (AP).

MOTIVO DE CONSULTA: Disnea de mínimos esfuerzos, palpitaciones y edema en MMII.

HISTORIA CLÍNICA

- **Paciente:** ♀, 84 años.
- En tratamiento con pramipexol por síndrome de piernas inquietas.
- Cuadro de meses de evolución.
- ✓: **Consentimiento verbal.**

DISCORDANCIA DIAGNÓSTICA

EF: CLÍNICA CONGESTIVA

- Taquicardia irregular (120-150lpm).
- Edema perimaleolar bilateral.
- Reflujo hepatoyugular (+).
- Disnea de esfuerzo progresiva.



BIOMARCADORES NROMALES

- NT-proBNP 66 pg/mL (inferior al punto de corte de IC).
- Función renal conservada.
- Proteínas totales (6,1 g/dL) y Albúmina (4,3 g/dL) normales.

RESOLUCIÓN

EVOLUCIÓN E INTERVENCIÓN

- Sospecha de causa farmacológica tras descartar IC por biomarcador.
- Acción: Retirada de pramipexol.
- Resultado: Resolución completa del edema, desaparición de la disnea y normalización de la FC.



CONCLUSIONES

- El edema periférico por pramipexol puede simular una IC, especialmente en ancianos.
- La interpretación del NT-proBNP debe individualizarse y contextualizarse siempre con la clínica.
- Revisar sistemáticamente la medicación ante hallazgos discordantes evita cascadas diagnósticas y derivaciones innecesarias.

Palabras clave: Insuficiencia cardiaca; Edema; Pramipexol