



## 6015-208. UTILIDAD DEL CAMBIO EN LOS NIVELES DE ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA PARA PREDECIR EL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO EN SUPERVIVIENTES DE UN PARO CARDIACO EXTRAHOSPITALARIO

Agnès Rafecas Ventosa<sup>1</sup>, Jordi Bañeras<sup>1</sup>, Irene Buera<sup>1</sup>, Laia Milà<sup>1</sup>, Ferrán Rueda<sup>2</sup>, Esteban Santamarina<sup>1</sup>, José A Barrabés<sup>1</sup> y Rosa M. Lidón<sup>1</sup> del <sup>1</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona y <sup>2</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Los niveles de enolasa neuronal específica (ENE) tras un paro cardiaco extrahospitalario (PCEH) en pacientes sometidos a hipotermia moderada terapéutica (HT) pueden ser marcadores de pronóstico neurológico. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre cambios en los niveles plasmáticos de ENE durante los primeros días de ingreso con el estado neurológico y mortalidad hospitalaria.

**Métodos:** Registro prospectivo de todos los pacientes ingresados durante 7 años (2008-2015) en 2 centros públicos después de haber sufrido un PCEH por ritmo desfibrilable y tratados con HT por coma persistente. La HT se realiza mediante catéter endovascular con enfriamiento rápido hasta los 33 °C, temperatura que se mantiene durante 24 horas, y recalentamiento progresivo posterior. Se realiza una primera determinación de ENE (ENE1) durante las primeras 72 horas y una segunda (ENE2) a partir de las 72 horas. El pronóstico neurológico al alta se valora con la escala Cerebral Performance Category (CPC).

**Resultados:** 141 pacientes fueron incluidos. A partir de mayo de 2011 se iniciaron las determinaciones seriadas de ENE, a un total de 62 pacientes (53 varones y 9 mujeres, edad media 57,9 años). Como promedio, ENE1 se obtuvo 27,35 horas tras el PCEH y ENE2, 81,92 horas después; calculándose  $\Delta$ -ENE =  $(ENE2 - ENE1)/ENE1 \times 100$ . El diagnóstico final fue: síndrome coronario agudo (SCA) 62,9%, cardiopatía isquémica (no SCA) 9,7%, miocardiopatías 14,5%, cardiopatías congénitas 9,7% y canalopatías 3,2%. La mortalidad hospitalaria fue del 25,8%. El cambio en los niveles de ENE ( $\Delta$ -ENE) no se asoció ni al tiempo entre PCEH e inicio de reanimación cardiopulmonar ni al tiempo entre PCEH y recuperación de la circulación espontánea. En cambio, se pudo establecer una asociación con CPC al alta:  $\Delta$ -ENE  $-33,2 \pm 25,6$  ng/ml en pacientes con CPC 1-2 y  $\Delta$ -ENE  $+28,3 \pm 83,1$  ng/ml en pacientes con CPC 3-5 ( $p = 0,003$ ). Además,  $\Delta$ -ENE también se relacionó con la mortalidad hospitalaria:  $\Delta$ -ENE  $-30,4 \pm 26,7$  ng/ml en supervivientes al alta;  $\Delta$ -ENE  $+43,3 \pm 92,0$  ng/ml en pacientes que fallecieron durante el ingreso ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones:** Un incremento de los niveles de ENE durante los primeros días de ingreso es un potente predictor de mortalidad y mal pronóstico neurológico al alta, y una disminución se asocia a mejores resultados. Este dato puede resultar muy útil en la toma de decisiones.