

PROCALCITONINA (PCT)

Octubre de 2014

Procalcitonina en sepsis y choque séptico.

La PCT ha sido propuesta recientemente como un marcador de infección bacteriana en pacientes críticamente enfermos. La elevación de los niveles séricos de PCT correlaciona con complicaciones asociadas a infección tales como disfunción orgánica o trastornos metabólicos y es útil para detectar sepsis grave o choque séptico.

Ensayo: Inmunocromatografico

Muestra: Suero (Tubo tapón rojo) o Plasma (Tubo tapón lavanda)

Nota: Para pruebas subsecuentes debe ser el mismo tipo de muestra

Volumen: 2 ml

Tiempo de entrega de resultado: 90 minutos

Tabla 1.- Interpretación de los valores de Procalcitonina (PCT)	
Valores	Interpretación
Menor de 0.5 µl/L	1) Normal: No es probable una infección sistémica
	2) Alerta: Los niveles de PCT menores 0.5 µl/L no excluyen la infección y si la medición se realiza poco después de la exposición bacteriana (menos de seis horas) , las concentraciones de PCT pueden estar bajas todavía, se recomienda repetir la prueba entre 6 y 24 horas más tarde
0.5 - 2.0 µl/L	1) Es posible una infección sistémica (septicemia) pero se conocen varias enfermedades que también elevan la PCT, ver tabla 2.
	2) Riesgo moderado de evolución hacia la septicemia severa, el paciente debe ser controlado clínicamente y repetir la prueba entre 6 y 24 horas más tarde
2.0 - 10 µl/L	1) Es probable una infección sistémica (septicemia) a menos que se sospechen otras causas
	2) Riesgo elevado de evolución hacia la septicemia severa
Mayor de 10 µl/L	1) Importante respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) debida casi exclusivamente a septicemia bacteriana severa o a choque septicémico

Tabla 2. Indicaciones primarias para la determinación de Procalcitonina (PCT)
1. Diagnóstico de infección en inflamación sistémica
2. Monitorización del tratamiento y el curso de las infecciones bacterianas
3. Diagnóstico diferencial en enfermedades inflamatorias y fiebre de origen desconocido
4. Identificación de infección en necrosis pancreática.
5. Identificación de la etiología de la pancreatitis aguda (biliar versus no biliar)
6. Diagnóstico diferencial de meningitis (bacteriana versus viral)
7. Identificación de etiología infecciosa o no infecciosa del SIRA
8. Fiebre infecciosa inducida por bacterias en pacientes inmunocomprometidos
9. Rechazo agudo versus infección post-trasplante
10. Manejo y seguimiento de enfermedades inflamatorias de origen desconocido
11. Determinar la etiología del proceso inflamatorio de base
12. Monitorización y manejo de pacientes críticamente enfermos

M.C. CARLOS FLORES DIMARCO
JEFE DE LABORATORIO