DETERMINACIÓN	PTH intacta
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	01/06/2010
SERVICIO	An?lisis Cl?nicos (secci?n Hormonas-Lab Endocrinolog?a)
MÉTODO ANALÍTICO	Determinaci?n cuantitativa en suero de PTH mediante quimioluminiscencia automatizada (Liason, Diasorin) con la utilizaci?n de dos anticuerpos espec?ficos, uno frente a la secuencia de aa 1-34 y otro contra la 39-84.
MUESTRA/ESPECIMEN	Suero o Plasma (EDTA). NO utilizar heparina de litio
INDICACIONES	- Diagn?stico diferencial de las alteraciones del metabolismo fosfo-c?lcico - Diagn?stico diferencial del Hiper o Hipoparatiroidismo. Sensibilidad del 90% en la detecci?n del Hiperparatiroidismo - Diagn?stico diferencial de las hiper e hipocalcemias
CONDICIONES PACIENTE/MUESTRA	Preferible en ayunas, pero no estrictamente necesario. Tras separaci?n del suero (que debe ser lo m?s inmediata posible) debe ser cuantificada de inmediato o congelada a -20ºC hasta procesamiento. No soporta ciclos de recongelaci?n.
INSTRUMENTACIÓN	Kit de Quimioluminiscencia de DiaSorin espec?fico y Equipo Liaison
MATERIALES Y REACTIVOS	Kit de Quimioluminiscencia de DiaSorin
PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO	Ver PNT espec?fico del laboratorio.
TIEMPO DE EMISIÓN DE INFORMES	Aproximadamente 3 d?as. Se realiza 2 veces por semana
VALORES DE REFERENCIA	17-70 pg/ml (Mediana 39,3, con un intervalo de confianza del 95%)
INTERPRETACIÓN	**SIEMPRE ES NECESARIO DETERMINAR LOS NIVELES S?RICOS DE CALCIO AL MISMO TIEMPO QUE LA PTH PARA SU CORRECTA INTERPRETACI?N** **Aumentada en**: - Hiperparatiroidismo primario (**hipercalcemia**; Fosforo N o ↑; 25-OH-vitD N o ↓; 1-25-(OH)2-Vit D N o ↑; Calciuria ↑) - Hiperparatiroidismo secundario (**normocalcemia o hipocalcemia**): Insuficiencia renal, Sd de Malabsorci?n, Déficit nutricional de calcio, Déficit de Vit D, Hipercalciuria renal - Hipercalcemia hipocalci?rica familiar (**hipercalcemia**; Fosforo N; PTH N o ↑; 25-OH-vitD N; 1-25-(OH)2-Vit D N; Calciuria ↓↓↓) - Hipercalcemia inducida por litio - Hiperparatiroidismo terciario (**hipercalcemia**) - F?rmacos que pueden elevar los niveles de PTH: anticonvulsivantes, esteroides, fosfatos, isoniacida, rifampicina **Disminuida en:** - Hipercalcemia tumoral (PTHrp, hipercalcemia; calciuria ↑↑↑). En un 90% de los casos de hipercalcemia tumoral aparece suprimida. - Enfermedades granulomatosas cr?nicas (sarcoidosis, tuberculosis). Aum de la producci?n de calcitriol; 25-OH-vit D N o ↓; calciuria ↑↑↑) - Intoxicaci?n vit D (Hipercalcemia; 25-OH-vit D ↑↑; 1-25-(OH)2-vit D N; Calciuria ↑↑↑; Hipertiroidismo (Hipercalcemia; normofosfatemia; 25OH-vitD y 1-25-(OH)2- vit D N; Calciuria ↑↑↑)
INDICADORES DE ACTIVIDAD	N?mero de determinaciones PTH/mes.

INDICADORES DE CALIDAD	- Ensayo duplicado - Control interno técnico (alto y bajo) (DiaSorin) - Control externo (Liquicheck® Bio Rad)
COSTES ECONÓMICOS	
OBSERVACIONES	**EXISTE UNA CONSIDERABLE SUPERPOSICI?N DE LOS NIVELES S?RICOS DE PTH ENTRE INDIVIDUOS NORMALES Y PACIENTES CON HIPO e HIPERPARATIROIDISMO, POR LO QUE <u>SIEMPRE ES NECESARIO DETERMINAR LOS NIVELES S?RICOS DE CALCIO</u> AL MISMO TIEMPO QUE LA PTH PARA SU CORRECTA INTERPRETACI?N** **LA MONITORIZACI?N DE LOS NIVELES DE PTH DURANTE LA CIRUG?A PARATIROIDEA, asegura la extirpaci?n del tej paratiroideo an?malo (descenso del 50% del valor basal a los 10' de la extirpaci?n de la gl?ndula) con una sensibilidad del 95% en el adenoma paratiroideo o evalua la afectaci?n del tej paratiroideo durante la cirug?a tiroidea. La técnica para determinaci?n intraoperatoria es una técnica de realizaci?n r?pida (10') en el lab de urgencias, pero no es adecuada para la valoraci?n de la PTH sérica en el diagn?stico diferencial de los trastornos del metabolismo fosfo-c?lcico.** **Caracter?sticas metodol?gicas:** **- Sensibilidad anal?tica: 1,0 pg/ml** **- Reproductibilidad intraensayo e interensayo: 3,5% y 5,5% respectivamente** **- Especificidad: 100 % PTH 1-84; 52% PTH 7-84; y 0,1% con el resto de fragmentos pept?dicos de la PTH.**