

## LDL-c direct FS\* (LDL-c directo FS\*)

### Información de Pedido

Nº de pedido

1 4131 99 10 921

Tamaño del envase

▽ 480 (4 x 120)

### Uso Previsto

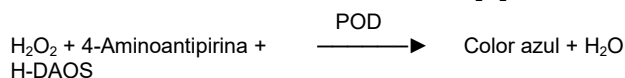
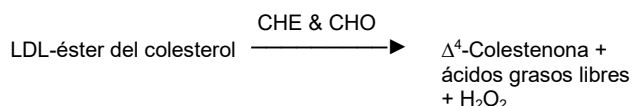
Reactivo de diagnóstico para la determinación cuantitativa in vitro del colesterol LDL (C-LDL: colesterol lipoproteínas de baja densidad) en suero humano o plasma heparinizado en respons<sup>®</sup>910 automatizados.

### Resumen

El colesterol se obtiene generalmente de la absorción intestinal del colesterol dietario y biliar, pero también puede ser sintetizado de novo en varios tejidos, predominantemente en el hígado y el intestino. Un adulto que sigue una dieta baja en colesterol suele sintetizar unos 800 mg de colesterol al día. El colesterol es esencial para todas las células. Se utiliza ampliamente como un importante componente estructural de las membranas celulares y como sustrato para la síntesis de los ácidos biliares, de la vitamina D y de las hormonas sexuales (estradiol, progesterona, androsterona y testosterona). El colesterol es insoluble en agua y, por lo tanto, debe ser transportado ligado a las proteínas. Las lipoproteínas son partículas complejas con un núcleo central que contiene ésteres y triglicéridos de colesterol (TG) rodeados de colesterol libre, fosfolípidos y apolipoproteínas, que facilitan la formación y el funcionamiento de las lipoproteínas. Las lipoproteínas del plasma pueden clasificarse en diferentes clases según su tamaño, composición lipídica y apolipoproteínas; las cuatro clases principales son: Quilomicrones, lipoproteínas de muy baja densidad (very low density lipoproteins: VLDL), lipoproteínas de baja densidad (low density lipoproteins: LDL) y lipoproteínas de alta densidad (high density lipoproteins: HDL). Las lipoproteínas de baja densidad se derivan del VLDL y del IDL (intermediate density lipoprotein) en plasma y contienen una gran cantidad de colesterol y ésteres de colesterol. La función principal de las LDL es llevar estas dos formas de colesterol a los tejidos periféricos. Al menos dos tercios del colesterol circulante se encuentran en las LDL. La evidencia de estudios epidemiológicos, genéticos y de intervención clínica ha demostrado que las LDL son causales en el proceso de desarrollo de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (atherosclerotic cardiovascular disease: ASCVD). El alto nivel del C LDL es uno de los principales factores de riesgo que contribuyen a la formación de placas ateroscleróticas en la íntima arterial y está fuertemente asociada con la enfermedad coronaria (coronary heart disease: CHD) y la mortalidad relacionada con ella. Los resultados de recientes estudios clínicos sobre la reducción del C-LDL indican que se siguen obteniendo beneficios a bajas concentraciones. Se ha observado una relación lineal directa entre la disminución farmacológica del C-LDL y la reducción del riesgo relativo en los episodios cardiovasculares en tres clases de drogas diferentes: estatinas, ezetimiba e inhibidores de la subilisin/kexina tipo 9 (PCSK9) de la proproteína convertasa. El panel de lípidos estándar representa una plataforma bien establecida para evaluar el riesgo, pero este panel por sí solo puede ser insuficiente y/o engañoso. Mientras tanto, la mayoría de las guías de cribado recomiendan la medición de un perfil lipídico completo que incluya el colesterol total (CT), C-LDL, colesterol-HDL(C-HDL) y TG. [1-6]

### Método

Existen diferentes métodos para determinar las C-LDL. El método de referencia es la ultracentrifugación, que es tediosa y técnicamente exigente, por lo que no es adecuada para la rutina. Un procedimiento común para determinar el C-LDL en el laboratorio clínico es el cálculo de Friedewald, que estima el C-LDL a partir de mediciones de CT, triglicéridos (TG) y C-HDL, pero el método sólo se aproxima al C-LDL y está sujeto a limitaciones bien establecidas. A finales del siglo pasado se introdujeron métodos homogéneos del C-LDL para la determinación totalmente automatizada. Esos métodos permiten la determinación directa del colesterol LDL y presentan otras ventajas en comparación con los métodos utilizados anteriormente. El c-LDL directo FS es un método homogéneo sin pasos de centrifugación para la medición directa del colesterol LDL. Los detergentes de polímero en bloque protegen las HDL, las VLDL y los quilomicrones de manera que sólo se determina selectivamente el colesterol LDL mediante una medición enzimática del colesterol. [7]



La intensidad del tinte formado es directamente proporcional a la concentración de colesterol y se mide fotométricamente.

### Reactivos

#### Componentes y Concentraciones

<b>R1:</b>	Solución amortiguadora Peroxidasa (POD) N-(2-hidroxi-3-sulfopropil)- 3,5-dimetoxianilina sal de sodio (H- DAOS)	pH 6,65	20 mmol/L ≥ 2000 U/L ≥ 0,7 mmol/L
<b>R2:</b>	Solución amortiguadora Colesterol esterasa (CHE) Colesterol oxidasa (CHO) Peroxidasa (POD) 4-Aminoantipirina (4-AA)	pH 8,15	20 mmol/L ≥ 2000 U/L ≥ 2000 U/L ≥ 15000 U/L ≥ 1,5 mmol/L

### Almacenamiento y Estabilidad

Los reactivos son estables hasta la fecha de expiración indicada en el kit, si son almacenados entre 2 y 8 °C, y si se evita la contaminación. No congelar y proteger de la luz.

Para garantizar un mejor funcionamiento, el reactivo debe permanecer a temperatura ambiente durante 4 horas antes de su uso.

La estabilidad en el uso del reactivo es de 18 meses.

### Advertencias y Precauciones

- Los componentes contenidos en LDL-c directo FS están clasificados de acuerdo con el reglamento CE 1272/2008 (CLP) como sigue:



⚠ Reactivo 1: Atención. Contiene: Mezcla de 5-cloro-2-metil-2H-isotiazol-3-on y 2-metil-2H-isotiazol-3-on (3:1). H317 Puede provocar una reacción alérgica en la piel. P280 Llevar guantes/ropa de protección/equipo de protección para los ojos. P302+P352 EN CASO DE CONTACTO CON LA PIEL: Lavar con agua y jabón abundantes.

- El reactivo 2 contiene azida de sodio (0,95 g/L) como conservante. ¡No ingerir! Evitar el contacto con la piel o las membranas mucosas.
- Los reactivos contienen material de origen biológico. Tratar el producto como potencialmente infeccioso según las precauciones universales y la buena práctica de laboratorio.
- Mezclas de lípidos sintéticos (p. ej. Intralipid<sup>®</sup>) podrían causar interferencias con el test. No utilizar especímenes de suero procedentes de pacientes quién fueron tratados por tales soluciones.
- Especímenes de pacientes sufriendo de un raro tipo de hiperlipoproteinemia (del tipo III) pueden manifestarse en resultados falsos.
- En casos muy raros, especímenes de pacientes sufriendo de gammapatías podrían acabar en valores falsificados [8].
- El acetaminofén y la medicación metamizol conducen a resultados falsamente bajos en muestras de pacientes.
- En caso de mal funcionamiento del producto o de alteración de su aspecto que pudiera afectar al desempeño, contactar al fabricante.
- Cualquier incidente grave relacionado con el producto debe notificarse al fabricante y a la autoridad competente del Estado miembro donde se encuentre el usuario y/o el paciente.
- Consultar las fichas de seguridad (FDS) de los reactivos y observar todas las medidas de precaución necesarias para la manipulación de reactivos de laboratorio. Para el diagnóstico, se recomienda evaluar los resultados según la historia médica del paciente, los exámenes clínicos, así como los resultados obtenidos con otros parámetros.
- Únicamente para el empleo profesional.

## Manipulación de Desechos

Consultar los requisitos legales locales para las regulaciones de eliminación de productos químicos como se señala en la FDS correspondiente para determinar la eliminación segura.

Advertencia: Manipular los residuos como material potencialmente biopeligroso. Eliminar los residuos de acuerdo con las instrucciones y procedimientos de laboratorio aceptados.

## Preparación del Reactivo

Los reactivos son listos para usar. Los frascos se colocan directamente en el rotor de reactivos.

## Materiales Requeridos

Equipo general de laboratorio

## Espécimen

Suero humano o plasma heparinizado

Utilice únicamente tubos o recipientes de toma de muestras adecuados para la recogida y preparación de las mismas.

Cuando utilice tubos primarios, siga las instrucciones del fabricante.

Estabilidad [9,10,11]:

1 día	de	20 a 25 °C
7 días	de	4 a 8 °C
3 meses	a	-20 °C

Congelar sólo una vez. Desechar las muestras contaminadas.

## Calibradores y Controles

Se recomienda TruCal Lipid de DiaSys para la calibración. Los valores del calibrador son trazables al NIST SRM 1951c Nivel 2. Utilizar TruLab L Nivel 1 y Nivel 2 (TruLab L Level 1/2) de DiaSys para el control de calidad interno. El control de calidad debe realizarse después de la calibración. Los intervalos y límites de control deben adaptarse a los requisitos individuales de cada laboratorio. Los resultados deben estar dentro de los rangos definidos. Siga los requisitos y directrices legales pertinentes. Cada laboratorio debería establecer medidas correctoras en caso de obtener valores fuera del intervalo preestablecido.

	N° de pedido	Presentación
TruCal Lipid	1 3570 99 10 045	3 x 2 mL
TruLab L Level 1	5 9020 99 10 065	3 x 3 mL
TruLab L Level 2	5 9030 99 10 065	3 x 3 mL

## Características

Rango de medición hasta 500 mg/dL.  
En caso de concentraciones más elevadas, medir los especímenes otra vez después de una dilución manual con solución de NaCl (9 g/L) o por la función de repetición del ciclo.

Límite de prueba**	6 mg/dL
Estabilidad en el analizador	4 semanas
Estabilidad de la calibración	3 semanas

Sustancia interferente	Interferencias ≤ 9% hasta	Concentración del analito [mg/dL]
<b>Ácido ascórbico</b>	500 mg/dL	81,1
	500 mg/dL	170
<b>Bilirrubina</b> (conjugada)	60 mg/dL	75,3
	60 mg/dL	158
<b>Bilirrubina</b> (no conjugada)	60 mg/dL	81,0
	60 mg/dL	177
<b>Hemoglobina</b>	1000 mg/dL	81,3
	1000 mg/dL	162
<b>Lipemia</b> (triglicéridos)	1500 mg/dL	93,7
	1500 mg/dL	173
<b>N-acetilcisteína</b> (NAC)	1600 mg/L	78,6
	1600 mg/L	163

Para más información sobre interferencias, véase Young DS [12,13].

Precisión			
En la serie (n=20)	Muestra 1	Muestra 2	Muestra 3
Valor medio [mg/dL]	101	160	469

CV [%]	1,42	1,74	1,49
<b>Precisión total CLSI (n=80)</b>	<b>Muestra 1</b>	<b>Muestra 2</b>	<b>Muestra 3</b>
Valor medio [mg/dL]	89,4	143	415
CV [%]	3,78	4,72	4,74

Comparación de métodos (n=118)	
Test x	LDL-c directo FS de DiaSys (BioMajesty <sup>®</sup> JCA-BM6010/C)
Test y	LDL-c directo FS de DiaSys (respons <sup>®</sup> 910)
Pendiente	1,02
Intersección	1,04 mg/dL
Coefficiente de correlación	0,997

\*\* según CLSI documento EP17-A2, Vol. 32, No. 8

## Factor de Conversión

C-LDL [mg/dL] x 0,02586 = C-LDL [mmol/L]

## Valores de Referencia [14]

Deseable	< 100 mg/dL	≤ 2,59 mmol/L
Por encima del óptimo	100 – 129 mg/dL	2,59 – 3,34 mmol/L
Alto riesgo límite	130 – 159 mg/dL	3,37 – 4,12 mmol/L
Alto riesgo	160 – 189 mg/dL	4,14 – 4,89 mmol/L
Riesgo muy alto	> 190 mg/dL	> 4,92 mmol/L

La clasificación del riesgo del paciente, el manejo y las terapias de tratamiento se describen en la Guía de la AHA/ACC para el Manejo del Colesterol en la Sangre 2018 [15].

Cada laboratorio debe comprobar si los valores de referencia indicados son adecuados para sus pacientes y si es necesario, determinar sus propios valores de referencia.

## Interpretación Clínica

Las directrices sobre lípidos de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC)/Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS) 2019 han establecido los siguientes objetivos para la reducción de las lipoproteínas de baja densidad (LDL):

Pacientes de muy alto riesgo:

≥ Reducción del 50 % del C-LDL desde el valor inicial y un objetivo absoluto de tratamiento de C-LDL de < 1,4 mmol/L (< 55 mg/dL)

Pacientes de alto riesgo:

≥ 50% de reducción de C-LDL y un objetivo de C-LDL de < 1,8 mmol/L (< 70 mg/dL)

## Bibliografía

- Berg JM, Tymoczko JL, Stryer L. New York: W H Freeman; 2015. Biochemistry. 8th edition. Section 26.3 The Complex Regulation of Cholesterol Biosynthesis Takes Place at Several Levels, Page 779 – 788.
- Berg JM, Tymoczko JL, Stryer L. New York: W H Freeman; 2015. Biochemistry. 8th edition. S Section 26.4 Important Derivatives of Cholesterol Include Bile Salts and Steroid Hormones, page 788 – 795.
- Feingold KR, Grunfeld C. Introduction to Lipids and Lipoproteins. [Updated 2018 Feb 2]. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305896/>
- Huff, T.; Jialal, I.I. Physiology, Cholesterol; StatPearls Publishing: Orlando, FL, USA, 2017.
- Ference BA, Ginsberg HN et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Eur Heart J 2017;38: 2459–2472.
- Pirillo A., Norata G.D., Catapano A.L. (2020) LDL-Cholesterol-Lowering Therapy. In: Handbook of Experimental Pharmacology. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Nauck M, Warnick GR, Rifai N. Methods for measurement of LDL-cholesterol: a critical assessment of direct measurement by homogeneous assays versus calculation. Clin Chem 2002;48:236-54.

8. Bakker AJ, Mücke M. Gammopathy interference in clinical chemistry assays: mechanisms, detection and prevention. *ClinChemLabMed* 2007;45(9):1240-1243.
9. WHO Publication: Use of anticoagulants in diagnostic laboratory. investigations, WHO/DIL/LAB/99.1 Rev.2:Jan 2002.
10. Jansen EHLM, Beekhof PK, Schenk E. Long Term Stability of Lipid Metabolism in Frozen Human Serum: Triglycerides, Free Fatty Acids, Total-, HDL- and LDL-cholesterol, Apolipoprotein-A1 and B. *J Mol Biomark Diagn* 2014;5:4.
11. Guder WG, Zawta B et al. The Quality of Diagnostic Samples. 1st ed. Darmstadt: GIT Verlag; 2001; p. 22-3.
12. Young DS. Effects of Drugs on Clinical Laboratory Tests. 5th ed. Volume 1 and 2. Washington, DC: The American Association for Clinical Chemistry Press 2000.
13. Young DS. Effects on Clinical Laboratory Tests - Drugs Disease, Herbs & Natural Products, <https://clinfx.wiley.com/aaccweb/aacc/>, accessed in February 2021. Published by AACC Press and John Wiley and Sons, Inc.
14. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001; 285(19): 2486-2497.
15. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018;73(24):e285-e350.

Las adiciones y/o cambios en el documento están resaltados en gris. Para las supresiones, remítase a la información para usuarios por conocer el número de edición correspondiente de las noticias.



DiaSys Diagnostic Systems GmbH  
Alte Strasse 9 65558 Holzheim  
Alemania  
[www.diasys-diagnostics.com](http://www.diasys-diagnostics.com)

\* Fluid Stable = Líquido Estable

## LDL-c direct FS

### Application for serum and plasma samples

This application was set up and evaluated by DiaSys. It is based on the standard equipment at that time and does not apply to any equipment modifications undertaken by unqualified personnel.

Identification	
This method is usable for analysis:	Yes
Twin reaction:	No
Name:	LDLCD
Shortcut:	
Reagent barcode reference:	073
Host reference:	073

Technic	
Type:	End point
First reagent:[ $\mu$ L]	180
Blank reagent	Yes
Sensitive to light	
Second reagent:[ $\mu$ L]	45
Blank reagent	No
Sensitive to light	
Main wavelength:[nm]	600
Secondary wavelength:[nm]	700
Polychromatic factor:	1.0000
1 st reading time [min:sec]	(04:24)
Last reading time [min:sec]	10:00
Reaction way:	Increasing
Linear Kinetics	
Substrate depletion: Absorbance limit	
Linearity: Maximum deviation [%]	
Fixed Time Kinetics	
Substrate depletion: Absorbance limit	
Endpoint	
Stability: Largest remaining slope	
Prozone Limit [%]	

Reagents	
Decimals	
Units	

Sample	
Diluent	DIL A (NaCl)
Hemolysis:	
Agent [ $\mu$ L]	0 (no hemolysis)
Cleaner	
Sample [ $\mu$ L]	0
Technical limits	
Concentration technical limits-Lower	6.0000
Concentration technical limits-Upper	500.0000
SERUM	
Normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Normal dilution (factor)	1
Below normal volume [ $\mu$ L]	
Below normal dilution (factor)	
Above normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Above normal dilution (factor)	6
URINE	
Normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Normal dilution (factor)	1
Below normal volume [ $\mu$ L]	
Below normal dilution (factor)	
Above normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Above normal dilution (factor)	6
PLASMA	
Normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Normal dilution (factor)	1
Below normal volume [ $\mu$ L]	
Below normal dilution (factor)	
Above normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Above normal dilution (factor)	6
CSF	
Normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Normal dilution (factor)	1
Below normal volume [ $\mu$ L]	
Below normal dilution (factor)	
Above normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Above normal dilution (factor)	6
Whole blood	
Normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Normal dilution (factor)	1
Below normal volume [ $\mu$ L]	
Below normal dilution (factor)	
Above normal volume [ $\mu$ L]	3.0
Above normal dilution (factor)	6

Results	
Decimals	2
Units	mg/dL
Correlation factor-Offset	0.0000
Correlation factor-Slope	1.0000

Range	
Gender	All
Age	
SERUM	>= <=100.00
URINE	
PLASMA	>= <=100.00
CSF	
Whole blood	
Gender	
Age	
SERUM	
URINE	
PLASMA	
CSF	
Whole blood	

Contaminants	
Please refer to r910 Carryover Pair Table	

Calibrators details	
Calibrator list	Concentration
Cal. 1/Blank	0
Cal. 2	*
Cal. 3	
Cal. 4	
Cal. 5	
Cal. 6	
	Max delta abs.
Cal. 1	0.005
Cal. 2	0.015
Cal. 3	
Cal. 4	
Cal. 5	
Cal. 6	
Drift limit [%]	0.80

Calculations	
Model	X
Degree	1

\* Enter calibrator value