



## IF-029 - PETICIONES PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE INMUNOGLOBULINA A (IGA) AL LABORATORIO Y DÉFICIT SELECTIVO

A. Bielsa Masdeu<sup>1</sup>, R. Bautista Alonso<sup>1</sup>, M. Vicente Altabás<sup>1</sup>, S. Loscos Aranda<sup>1</sup>, E. García González<sup>2</sup>, N. Romero Sánchez<sup>2</sup>, P. Chueca Chueca<sup>2</sup> y L. Rello Varas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Bioquímica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Resumen

**Objetivos:** Valorar el número de determinaciones de niveles de IgA, el número de repeticiones, carga asistencial, coste económico y justificación de la petición.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda general a través del sistema informático del laboratorio de todas las analíticas realizadas por el Laboratorio de Bioquímica durante los años 2015 y 2016, de pacientes de más de 12 meses de edad. También se revisaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en las consultas de IDP.

**Resultados:** Durante los años 2015-2016 se realizaron 42.692 determinaciones de IgA en 31.873 pacientes distintos. De todas ellas, 358 determinaciones correspondieron a 284 pacientes que mostraban déficit selectivo de IgA, un 0,9% del total de pacientes. Una búsqueda en la historia electrónica reveló que durante los años anteriores se realizaron 424 determinaciones adicionales de IgA en estos 284 pacientes. A los 42 pacientes en tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas por déficit de anticuerpos se solicitaron niveles de inmunoglobulinas IgA con frecuencias de tiempo variables siendo el caso más extremo un paciente con enfermedad de Bruton desde los 2 años de edad, y analíticas mensuales durante 24 años acumulando un total de 288 resultados con IgA indetectable. Entre los pacientes con déficit selectivo y asintomático de IgA el caso más extremo trata de un paciente de 30 años de edad con 11 determinaciones en 45 meses de IgA indetectable.

**Discusión:** Si bien el ahorro económico que se podría haber obtenido durante el periodo de estudio si se hubiesen dejado de realizar estas determinaciones no es demasiado significativo (2,5 euros por determinación), es importante destacar la necesidad no realizar otras determinaciones inmunológicas que impliquen la determinación del isotipo IgA, como en el caso de la celiaquía, cuyo marcador serológico de elección en población de más de 3 años es el anticuerpo IgA anti-tTg. En 84 de los 284 pacientes del estudio se realizó esta determinación. Si bien en 80 de los pacientes se amplió la determinación del anticuerpo IgG anti gliadina desamidada, en los 4 pacientes restantes no se realizó esta determinación, informando como negativo el estudio serológico de celiaquía sin la obligada confirmación con el anticuerpo de isotipo IgG. Es por ello imprescindible introducir alarmas en los sistemas de información del laboratorio (SIL) que permitan resolver estas situaciones, si es posible antes de procesar las muestras, tanto para realizar las determinaciones adecuadas como para no realizar aquellas que no tienen ninguna utilidad. Así, en nuestro caso, en pacientes con resultado de IgA indetectable confirmado, se introduce una alarma en el SIL indicando que el

paciente presenta déficit de IgA, de forma que en sucesivas analíticas la IgA se rechaza al solicitarse indicando “No procede, paciente con déficit selectivo de IgA” y en el caso de que se solicite serología de celiaquía se programará únicamente el anticuerpo IgG anti gliadina desamidada. Para evitar la determinación de inmunoglobulinas no requeridas en el diagnóstico o seguimiento del paciente se ha modificado la petición electrónica de modo que pueda solicitarse cada inmunoglobulina de forma independiente.

*Conclusiones:* La valoración y adecuación de la demanda analítica es una cuestión cada día más analizada en los diferentes hospitales del mundo que requiere de la colaboración de los especialistas de laboratorio y los clínicos. En el caso de los niveles indetectables de IgA hay dos situaciones fundamentales: la inmunodeficiencia primaria con déficit total de IgA y los pacientes con sospecha de enfermedad celiaca. En el primer caso no es preciso repetirla tras la confirmación y en el segundo se recomienda su determinación en el diagnóstico. En nuestro hospital, tras la valoración de estos resultados se han introducido en el sistema informático las alarmas oportunas para adecuar dicha cuantificación y evitar así un uso inapropiado de los recursos.