

Prueba de Unión de FVIII a Factor von Willebrand

Actualizado Febrero 2024 por TM Patricia Hidalgo.

Revisado y Aprobado por Dr. Jaime Pereira

Código del Examen : 998

Nombres del Examen : Unión de FVIII a Factor von Willebrand

Laboratorios de Procesamiento :

Laboratorio	Días de Procesamiento	Plazo de Entrega de Resultados
Trombosis y Hemostasia	Lunes a Viernes (8.00-17.00 hrs)	Hasta 20 días hábiles.

Un plazo de entrega inferior al estipulado, DEBE ser autorizado por el Laboratorio. Las muestras que lleguen fuera del horario de atención del laboratorio de Hemostasia, deben ser enviadas al Laboratorio Hospital de la red UC-Christus.

Preparación del Paciente : Ayuno de 4 horas

Muestra Requerida :

- 1 tubo de sangre con citrato de sodio al 3.2 % (tapa celeste, 2.7 mL)
- En caso de menores de 2 años ,1 tubo pediátrico 1.0 ml de sangre con citrato de sodio al 3.2 % (tapa celeste, 2.7 mL)
- Si se envía plasma citrato de Sodio, se requieren 2 alícuotas de 200 ul, congeladas y transportadas en hielo seco.

NOTA: Condiciones de toma de muestra y derivaciones desde laboratorios externos a la red de salud, DEBEN ser hechos de acuerdo a:

“Instructivo Laboratorio de Hemostasia para envío de muestras”
(<https://agenda.saluduc.cl/Sinfex/#!/list>)

Estabilidad de la Muestra :

Muestra	T° ambiente 20-25 °C	Refrigerada 2-8 °C	Congelada -20 °C	Congelada -80 °C
Sangre completa	8 horas	No aplica	No aplica	No aplica
Plasma	No aplica	No aplica	10 días	1año

Condiciones de Envío al Laboratorio :

- *Dentro de Santiago y en el día
Sangre Total con citrato de sodio: Ambiente SI/ Refrigerada NO/
Congelada NO
Plasma - Citrato: Ambiente NO/Refrigerado NO/ Congelada SI
- *Desde fuera de Santiago
Sangre Total con citrato de sodio: Ambiente SI/ Refrigerada NO/
Congelada NO
Plasma - Citrato: Ambiente NO/ Refrigerada NO/ Congelada SI

***Sólo si el tiempo de traslado cumple con la estabilidad de la muestra.**

Método Utilizado	: ELISA modificado
Intervalo de Referencia	: No aplica.
Valor Crítico	: No aplica.
Parámetros de Desempeño	: Coeficiente de Variación analítica inter-ensayo = 15%

Información Clínica

: El factor de von Willebrand (FvW) es una proteína plasmática multimérica con sitios de unión para proteínas circulantes (factor VIII), estructuras insolubles del subendotelio (colágeno) así como estructuras de la superficie celular (glicoproteínas de la superficie de las plaquetas). Es sintetizado en el endotelio, en los megacariocitos y en las plaquetas y liberado al plasma en forma multimérica.

El FvW tiene dos importantes funciones en la hemostasia:

1. Mediar la adhesión de las plaquetas al subendotelio injuriado
2. Transportar y estabilizar el factor VIII (FVIII) en circulación. Protege al factor VIII de la ruptura proteolítica prematura por la proteína C en circulación.

Los defectos cuantitativos y cualitativos del FvW son la causa de la enfermedad de von Willebrand (EvW) hereditaria o adquirida. Conocer el tipo y subtipo exacto de la EvW es indispensable para que la terapia correcta sea instaurada, para tomar las medidas profilácticas y para entregar consejo genético.

El ensayo “Prueba de Unión FVIII a FvW” mide la afinidad del FvW por el FVIII. Esta técnica se realiza cuando la razón FVIII/FvW es $<0,5$ para distinguir la EvW variante Normandía (tipo 2N) de la EvW, de una hemofilia A moderada.

Utilidad Clínica:

Esta prueba distingue la EvW tipo 2N, ya que en este subtipo el FvW presenta disminución en su capacidad de unión al FVIII.

- Referencias**
- : 1. *British Journal of Haematology* 2002; 117:716-718.
2. Palomo I, y cols. Estudio de Laboratorio de las Enfermedades Hemorrágicas. En: Palomo I., Pereira J., Palma J. Hematología - Fisiopatología y Diagnóstico. Talca. Editorial Universidad de Talca, julio de 2009. p. 745-765.
3. Wallach J. “Interpretación Clínica de Pruebas Diagnósticas”. 8° Edición. Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN 978-84-96921-04-7
4. Quality standards for sample processing, transportation and storage in hemostasis testing.
Dorothy M. Adcock, Funk, M.D Giuseppe Lippi, M.D. Emmanuel Favaloro
Semin Thromb Hemost 2012;38:576-585.