

DIASpot MultiQUANT Neptune ANA²⁵ Screen IgG

Order Code: KAPDTANA25N

Neptune Instrument Protocol: 02

1. INTENDED USE

DIASpot MultiQUANT Neptune ANA25 Screen IgG is an Immunodot kit intended for the detection, in human sera only, of IgG autoantibodies against the following antigens: Nucleosome, dsDNA, Histones, Sm, RNP 68kD/A/C, Sm/RNP, SSA/Ro 60kD, SSA/Ro 52kD, SSB, Scl70, Ku, PM-Scl 100, Mi-2, Jo-1, PL-7, PL-12, SRP-54, Ribosome P0, CENP-A/B, PCNA, sp100, gp210, M2 recombinant, M2/nPDC and F-actin.

This kit is intended to confirm results of patterns obtained by immunofluorescence, the screening and reference method in autoimmunity; the kit is intended as an aid in the diagnosis of several autoimmune diseases (for more details, see *Autoantibodies diagnostic values*).

The test is intended for confirmation of IFA positive population and IFA negative with strong suspicion of autoimmune disorder.

This kit is strictly reserved for professional use in clinical analysis laboratories. This kit is strictly foreseen as an automated test and can only be used in a Neptune Instrument.

Detection of the different IgG autoantibodies is semi-quantitative (see point 10.2).

For a semi-quantification of the test results, it is necessary to use the Neptune Scanner and Neptune Quantification Software. This system is not included in the Neptune Instrument.

2. PRINCIPLE OF THE TEST

This kit and all its components are intended to be performed exclusively on the Neptune Instrument.

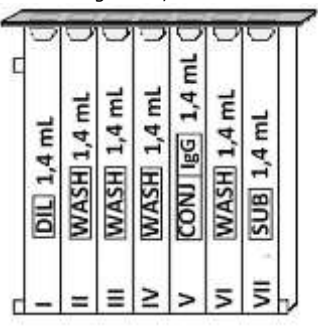
The test is based on the principle of an Enzyme Immunoassay. The test strip is composed of a membrane fixed on a specific plastic support. During the automated test procedure, the Neptune Instrument sequentially incubates the strips in the wells of ready-to-use reagent cartridges. Briefly: the strips are first incubated with diluted patients' sera. Human antibodies, if present, bind to the corresponding specific antigen(s) dotted on the membrane. Unbound or excess antibodies are removed by washing. Upon further incubation into AP-conjugated goat antibodies against human IgG, the enzyme conjugate binds to the antigen-antibody complexes. After removal of excess conjugate by washing, the strips are finally incubated into a substrate solution. Enzyme activity, if present, leads to the development of purple dots on the membrane pads. The intensity of the coloration is directly proportional to the amount of antibody present in the sample. All the measured results are semi-quantitative thanks to a 6 points built-in calibration curve, including blank control. Different types of controls (sample, conjugate and substrate) are also coated on the strips. Their presence validates the whole process of the test (from sample loading to substrate kinetics, through conjugate specificity / reactivity). For optimum precision, all dots are coated in a triplicate microdot format, allowing calculation of a mean value and a confidence interval for each parameter (antigens, calibration curve and controls). The kit is composed of 24 single-use tests.

3. KIT CONTENTS

Prior to any use of the kit, please check that all the items listed are present or if characteristics of the product are not corresponding to those described hereafter.

If one of the items is missing or damaged or not conforming, please do not use the kit and contact your distributor.

3.1 COMPONENTS

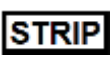
 a) Stripholder with microdot strips (3 x 8 units in plastic holders, breakable individually); conditioned in aluminium pouches). Each strip is for single-use. EA 1 2D Bar-Code Sample Control Coated Antigens Blank Control Calibration curve Conjugate Controls Substrate Control Sample Control	 b) Cartridge (24 units having each 7 compartments; sealed) Each cartridge is for single use; I DIL 1,4 mL II WASH 1,4 mL III WASH 1,4 mL IV WASH 1,4 mL V CONJ IgG 1,4 mL VI WASH 1,4 mL VII SUB 1,4 mL Diluent buffer Ist position, 1 x 1,4 ml (yellow) contains: H₂O • TBS • BSA • NaCl • Tween • Preservatives • Dye • Antifoam emulsion Wash buffer IInd, IIIrd, IVth and VIth position, 4 x 1,4 ml (colourless) contains: H₂O • TBS • NaCl • Tween • Preservatives • Antifoam emulsion Conjugate Vth position, 1 x 1,4 ml (red) contains: H₂O • TBS • NaCl • KCl • MgCl₂ • AP-conjugated goat anti-human IgG • Preservatives • Dye • Antifoam emulsion Substrate VIIth position, 1 x 1,4 ml (pale yellow solution) contains: H₂O • Preservatives • MgCl₂ • TBS • NBT Stabilizer • NBT • BCIP c) Documents: Instructions for Use (IFU), Certificate of Analysis (CoA)
--	--

Abbreviations in alphabetic order:

AP = Alkaline Phosphatase; BCIP = Bromo-Chloro-Indolyl-Phosphate; BSA = Bovine Serum Albumin; KCl = Potassium Chloride; MgCl₂ = Magnesium Chloride; NaCl = Sodium Chloride; NBT = NitroBlue Tetrazolium; TBS = Tris Buffer Saline

For more information on the composition and concentration of the active ingredients used, please refer to the MSDS available on request or on www.diasource-diagnostics.com.

Symbols used on kit labels

	Consult instructions for use		CE Mark + Notified Body
	In Vitro Diagnostic Medical Device		For 24 uses
	To be stored from 2-8°C		Reference
	Batch Number		To be protected from direct sunlight
	Use-by date		Manufacturer
	Cartridge		Do not re-use
	Strip		Caution

3.2 Antigens used

Nucleosome	dsDNA wrapped around a core histones octamer. Heterogenous mixture of pure native poly-nucleosomes composed of about 7 to 28 mono-nucleosomes. Contains Histones H2a, H2b, H3-H4 and traces of H1 (purified from bovine thymus chromatin)
dsDNA	Double-stranded DNA (purified from bovine thymus)
Histones	Mixture of H1, H2a, H2b, H3-H4 (purified from bovine thymus)
Sm	Core proteins of snRNP particles; contains mainly D Protein; E, F, G subunits are detectable; BB' proteins are not detectable (purified from bovine thymus)
RNP 68kD/A/C	Mixture of 68 kD, A and C proteins from snRNP particles (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
Sm/RNP	snRNP particles; contains essentially 68kD, A, BB', C and D proteins; a significant amount of snRNA is detectable (purified from bovine thymus)
SSA/Ro 60kD	Ro60kD protein (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
SSA/Ro 52kD	E3-ubiquitine ligase (Tripartite motif protein 21, TRIM21) (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
SSB	La50kD protein (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
Scl-70	DNA topoisomerase I (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
Ku	Regulatory subunit of DNA-dependent protein kinase (70/80 kD heterodimer (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
PM-Scl 100	Polymyositis-Scleroderma antigen (100 kD subunit) (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
Mi-2	CHD4 protein (chromodomain helicase DNA binding protein), subunit Mi-2 beta (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
Jo-1	Histidyl-tRNA synthetase (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
PL-7	Threonyl-tRNA synthetase (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
PL-12	Alanyl-tRNA synthetase (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
SRP-54	54 kD subunit of the signal recognition particle (SRP) (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
Ribosome P0	Ribosomal P0 protein (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
CENP-A/B	Centromere Proteins A + B (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
PCNA	Proliferating Cell Nuclear Antigen (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
sp100	100 kD protein of the nuclear body (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
gp210	Glycoprotein of the nuclear pore complex (36-amino acid sequence corresponding to the C-terminal cytoplasmic tail of gp210, human, recombinant, expressed in E.coli)
M2 recombinant	Subunits E2 of: Branched-Chain OxoAcid Dehydrogenase Complex, of OxoGlutarate Dehydrogenase Complex and of Pyruvate Dehydrogenase Complex (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)
M2/nPDC	E1, E2, E3 subunits of Pyruvate Dehydrogenase Complex (purified from bovine heart)
F-actin	In-vitro polymerized actin filaments (prepared from purified G-actin (rabbit skeletal muscle)

3.3 Reactive ingredients

Substance	Origin	Intend purpose in ANA Screening kits	Concentration in ANA Screening kits	Purity
Goat anti-human IgG-alkaline phosphatase	Animal (Goat)	Secondary antibody (detection antibody) in conjugate buffer	< 0,1 µg/ml in conjugate buffer	Unknown. No antibody is detectable to non-immunoglobulin serum components.
Nucleosomes	Animal (purified from Bovine Thymus chromatin)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,1 mg/ml One Nucleosomes spot = 25nl on each strip	>80%
dsDNA	Animal (purified from Bovine Thymus)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,5 mg/ml	>80%



			One dsDNA spot = 25nl on each strip	
Histones	Animal (purified from Bovine Thymus)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,025 mg/ml One Histones spot = 25nl on each strip	>80%
Sm	Animal (purified from Bovine Thymus)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,04 mg/ml One Sm spot = 25nl on each strip	>80%
RNP 68kD/A/C	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,02 mg/ml One RNP 68kD/A/C spot = 25 nl on each strip	>80%
Sm/RNP	Animal (purified from Bovine Thymus)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,02 mg/ml One Sm/RNP spot = 25nl on each strip	>80%
SSA/Ro 60kD	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,04 mg/ml One SSA/Ro 60kD spot = 25nl on each strip	>80%
SSA/Ro 52kD	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,0125 mg/ml One SSA/Ro 52kD spot = 25 nl on each strip	>80%
SSB	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,01 mg/ml One SSB spot = 25nl on each strip	>80%
Scl-70	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,02 mg/ml One Scl-70 spot = 25nl on each strip	>80%
Ku	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,025 mg/ml One Ku spot = 25nl on each strip	>80%
PM-Scl 100	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,2 mg/ml One PM-Scl 100 spot = 25nl on each strip	>80%
Mi-2	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,04 mg/ml One Mi-2 spot = 25nl on each strip	>80%
Jo-1	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,02 mg/ml One Jo-1 spot = 25nl on each strip	>80%
PL-7	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,067 mg/ml One PL-7 spot = 25nl on each strip	>80%
PL-12	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,1 mg/ml One PL-12 spot = 25nl on each strip	>80%
SRP-54	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,067 mg/ml One SRP-54 spot = 25nl on each strip	>80%
Ribosome P0	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,025 mg/ml One Ribosome P0 spot = 25nl on each strip	>80%
CENP-A/B	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	CENP-A: 0,033 mg/ml CENP-B: 0,025 mg/ml One CENP-A/B spot = 25nl on each strip	>80%
PCNA	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,2 mg/ml One PCNA spot = 25nl on each strip	>80%
sp100	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,04 mg/ml One sp100 spot = 25nl on each strip	>80%
gp210	Bacterial (recombinant, expressed in E.coli)	Biomarker (antigen) coated on strips	< 0,01 mg/ml One gp210 spot = 25nl on each strip	>80%
M2 recombinant	Animal (recombinant, human, expressed in Baculovirus-infected Sf9 cells)	Biomarker (antigen) coated on strips	<0,5 mg/ml One M2 rec. spot = 25nl on each strip	>80%
M2/nPDC	Animal (purified from bovine heart)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,04 mg/ml One M2/nPDC spot = 25nl on each strip	>80%

F-actin	Animal (prepared from rabbit skeletal muscle)	Biomarker (antigen) coated on strips	0,65 mg/ml One F-actin spot = 25nl on each strip	>80%
Protein L	Bacterial (from Peptostreptococcus magnus)	Reactive (positive) control	0,01 mg/ml One RC spot = 25nl on each strip	>95%
Streptavidin-Alkaline Phosphatase	Bacterial (from Streptomyces avidinii)	Cut-off (negative) control	< 0,1 µg/ml One CO spot = 25nl on each strip	Unknown.
NBT-BCIP	Synthetic (chemical substance)	Substrate for alkaline phosphatase	0,2 mg/ml	≥ 98%

4. MATERIAL REQUIRED BUT NOT PROVIDED

Neptune Instrument:



The Neptune Scanner and Neptune Quantification Software:



The Neptune Instrument is an instrument that performs the various steps of incubation and washing of Diasource's immunodot strips, from the deposit of the sample to the final colour development. The maximum capacity is of 24 strips which are incubated simultaneously. Each strip is associated with a cartridge containing the various reagents making it possible to carry out the test. The Neptune Instrument has a barcode reader which controls the correct association between a strip and its cartridge.

Prior training is strongly recommended (see your distributor).

Please consult The User Manual before using the Neptune Instrument.

The Neptune Scanner and Neptune Quantification Software are intended for reading test results of Diasource's immunodot strips. The Neptune Quantification Software and Neptune Scanner have to be used in combination.

The scanner has been specifically developed for the reading of the strips with this design. Based on the image of the scanned strips, the Neptune Quantification Software converts the intensity of each dot/line into a numerical value (the numerical scale is based on a greyscale). Results are expressed in arbitrary units (from 0-100). 1-24 strips can be read. Prior training is strongly recommended (see your distributor).

Please contact your distributor to obtain the latest version of the Neptune Quantification Software. Please consult The User Manual before using the Neptune Scanner and Neptune Quantification Software.

Other Material: Micropipettes, absorbent paper, protective equipment (see point 6).

5. STORAGE

The test kit must be stored at a temperature between +2°C to +8°C throughout its validity period (see expiration date on the kit). Do not freeze.

After initial opening of the kit, unused reagent cartridges must be stored at 2-8°C protected from (sun)light preferably inside the original kit box.

Unused strips must be placed back into the provided pouches, sealed and stored at 2-8°C preferably inside the original kit box. When stored properly, all test kit components are stable until the indicated expiry date.

6. SAFETY PRECAUTIONS

- All reagents are for in vitro diagnostic and professional use only. The test kit should be processed by trained technical staff only.
- The reagents in the kit are considered as not dangerous, as the concentrations of potentially dangerous chemicals are below the thresholds specified by European regulations:

Name	CAS	EINECS	Concentration in strip	Classification according to Regulation EC 1272/2008 Significance H Phrases
Cellulose Nitrate	9004-70-0	-	< 5 %	Flam. Sol. 1 H228

Annex VI to Regulation (EC) No 1272/2008: Index N°: 603-037-00-6; Commission Regulation (EU) 2015/830; 3.2.1

Name	CAS	EINECS	Concentration in mixture	Classification (in concentrated form) according to Regulation EC 1272/2008 Significance H Phrases
MIT:	55965-84-9	-	< 0,0015 %	Acute Tox. 2 H330 Acute Tox. 2 H310 Acute Tox. 3 H301 Skin Corr. 1 C H314; C ≥ 0,6% Eye Dam. 1 H318; C ≥ 0,6% Skin Sens. 1 A H317 ; C ≥ 0,0015% A Aquatic Acute 1 H400 Aquatic Chronic 1 H410

Annex to Commission Regulation (EU) 2018/1480; Index Number: 613-167-00-5 ; Commission Regulation (EU) 2015/830; 3.2.1

Name	CAS	EINECS	Concentration in mixture	Classification (in concentrated form) according to Regulation EC 1272/2008 Significance H Phrases
NaN₃	26628-22-8	247-852-1	< 0.1 %	Acute tox. 2 H300 Acute tox. 1 H310 STOT RE 2 H373 Aquatic acute 1 H400 Aquatic chronic, 1 H410

Annex VI to Regulation (EC) No 1272/2008: Index Number: 011-004-00-7; Commission Regulation (EU) 2015/830; 3.2.1

Name	CAS	EINECS	Concentration in mixture	Classification (in concentrated form) according to Regulation EC 1272/2008 Significance H Phrases
NBT	298-83-9	206-067-4	< 0,01%	Acute tox. 4 H302

Nevertheless, these chemicals are toxic in concentrated form. Therefore, contact with the skin, eyes or mucous membranes should be avoided by using suitable individual protection (gloves, laboratory coat, goggles). As with any chemical containing specific hazards, the product/components of the product should only be handled by qualified personnel and with the necessary precautions.

- Patient samples should be handled as if they were capable of transmitting infectious diseases; they therefore require suitable protection (gloves, laboratory coat, goggles). In any case, GLP should be applied with all the general or individual safety rules in force.
- Waste disposal: Patient samples, incubated test strips and used cartridges should be handled as infectious waste. The boxes and other containers do not need to be collected separately, unless stated otherwise in official regulations.
- The device contains substances from animal, human, and bacterial origins (cfr 3.3) at very low concentration. All these substances were selected in order to not contain any microbial or transmissible agents and are non-toxic at the concentration used in the device. Nevertheless, laboratory good practice at user site (glasses, gloves) is necessary.

7. RECOMMENDATIONS

- Diasource and its authorized distributors cannot be held responsible for damages caused indirectly or due to: a change or modification in the indicated procedure, an improper use of the kit and / or the use of an incomplete or damaged kit. The use of this kit is reserved for qualified technical personnel only.
- Diasource and its authorized distributors' responsibility is limited in all cases to the replacement of the kit.
- In the event of a serious incident (injury, deterioration in health, or death) with this IVD device, please report it immediately to the manufacturer (see address below) and to the competent authority in your country.

8. SAMPLE COLLECTION, HANDLING AND STORAGE

Sera with particles should be centrifuged at low speed. Blood samples should be collected in dry tubes. Please avoid using a pool of different sera, as this can lead to inconsistent results (see point 10.4). After separation, the serum samples should be used immediately or aliquoted and stored at 2-8 °C (for maximum 14 days) or frozen at -20°C (for longer storage periods, maximum 13 months). Repeated freezing/ thawing cycles of the samples must be at a maximum of 10 cycles.

9. ASSAY PROCEDURE

BASIC INFORMATION, HANDLING AND TIPS:

TEST PROCESS principle:

After the manual loading of the strips and reagent cartridges, the incubation and washing steps are automatically processed by the Neptune Instrument; the continuous up and down agitation of the strips in the wells of the ready-to-use reagent cartridges ensures an efficient circulation of the fluids over the strips. The whole test procedure is run at room temperature.

Description of the STRIPS:

The reactive (front) side of the strips is coated with antigens which appear as faint blue dots. This coloration ensures that all antigens have been correctly spotted onto the membrane. The coloration disappears during the processing of the test. This front side also displays a strip number and a 2-dimensional square barcode for traceability of the strips after removal from the Neptune Instrument at the end of the test.

The non-reactive (back) side of the strips displays both alphanumeric and bar-coded information for identification of the strip type and lot number by the Neptune Instrument.



The strips must be manually inserted into the dedicated clamp before starting the automated process (see 9.1 and 9.2 Test Preparation hereafter). During this operation, avoid touching the membrane zone of the strips with fingers. Always wear laboratory gloves and use the plastic parts (strip support) for handling or manipulation.

Description of the CARTRIDGES: (see image page 1)

The reagent cartridges are composed of 7 different wells filled with ready-to-use reagents. The cartridges are sealed, and the reagent wells are hermetically separated. The sealing must be removed before starting the test. Once opened, manipulate the cartridges with care in order to avoid reagent spilling and contamination from well to well.

The rear (back) side of the cartridges is labelled with both alphanumeric and bar-coded information for identification of the cartridge type and lot number by the Neptune Instrument.

The cartridges must be manually loaded onto the dedicated cartridge holder before starting the automated process (see 9.1 and 9.2 *Test Preparation* hereafter). The front and rear (back) sides of the cartridges have, respectively, a bottom triangular and two (bottom + top) square plastic edges for secure position and orientation into the holder.

Description of the CONTROLS:

The **Sample Control or Reaction Control (RC)** consists of a protein (Protein L) fixing all the immunoglobulins present in the test sample. If the test has been carried out correctly, this control will show a colouring at the end of the test (with an intensity depending on the effective concentration of immunoglobulins in the sample).

The absence of any colouring of this dot at the end of the test may indicate that the sample has not been pipetted on the strip (see 10.4 *Troubleshooting*). The Neptune Quantification Software gives the information whether the RC is low ($45\% < RC < 55\%$) or absent (45% or less).

The **Blank Control** is a measure of the general background of the test, and is the starting point (0 U/ml) of the calibration curve of the test.

The **calibration curve** consists of 6 points corresponding to a serial dilution of a protein (Streptavidin – alkaline phosphatase) reacting with the enzymatic substrate and with certain constituent elements of the tested samples (0 U/ml, 6 U/ml, 12 U/ml, 25 U/ml, 50 U/ml and 100 U/ml). If the test has been carried out correctly, the calibration is coloured at the end of the test, with a signal depending on the kinetics of the substrate and the characteristics of the sample. The logarithmic regression obtained by measuring the 6 curve points simulates the binding kinetic of an autoantibody on its specific antigen, semi-quantified results obtained on Diasource multiquant kits are then much more correlated with the concentration of autoantibody present into the sample.

The 6 U/ml curve point corresponds to the threshold value (CO = cut-off value) for the final interpretation of the results (see point 10).

The Neptune Quantification Software gives an error message if the condition $0 \text{ U/ml} < 6 \text{ U/ml} < 12 \text{ U/ml} < 25 \text{ U/ml} < 50 \text{ U/ml} < 100 \text{ U/ml}$ is not verified.

The **Conjugate Controls (IgG, IgM and IgA)** consists of immobilized immunoglobulins from different subtypes (G, M and A). If the test has been carried out correctly, the IgG spot is reacting only. The Neptune Quantification Software gives an error message if the IgG control value is too low ($< 15 \text{ AU}$) and/or if the IgM and IgA controls are too high ($> 15 \text{ AU}$). (AU = Absolute Units)

The **Substrate Controls (3 triplet of spots)** consists of immobilized enzyme reacting with the enzymatic substrate. If the test has been carried out correctly, these controls will show a colouring at the end of the test. The Neptune Quantification Software gives an error message if the slope calculated on the linear regression of the 3 triplet of spots is not into specification ($0,1 < \text{slope} < 3,0$).

STRIPS/CARTRIDGES association

The strips and cartridges of a same test kit share the same lot number and are dedicated to be associated in lot-specific pairs. Do not associate a strip and a cartridge with different lot numbers as this will be detected as an invalid setting by the Neptune Instrument and will stop the process.

As long as each strip/cartridge pair is valid, the Neptune Instrument can process strips/cartridges associations of different kits; However, only kits having the same protocol number (same incubation time and sequence) can be processed together in one same run (please refer to the protocol number indicated under the kit reference at the top of first page).

9.1 Test preparation on the Neptune Instrument

Before any usage of the Neptune Instrument, please refer to the manual of use supplied with the instrument.

- Allow all kit components to equilibrate at room temperature ($+18^{\circ}\text{C}$ to $+25^{\circ}\text{C}$) before use.
- A working list (either edited from Neptune Quantification Software, or external) should always be prepared for easy loading and correct association of strips, cartridges and patient samples.
- Make sure that the cartridge holder is fixed in its emplacement in the Neptune Instrument.
- Make sure that the Neptune Instrument is plugged in.

The following steps sequence summarizes the loading and preparation of the Neptune Instrument, test strips, reagent cartridges and patient samples before starting the test. For detailed information or in case of any problem met at one of the following steps, please refer to the Manual of Use of the Neptune Instrument.

1. Switch ON the Neptune Instrument and wait a few seconds until the date and time are displayed on the touch screen.
2. Confirm the correct Date and Time by pressing **V** on the touch screen (in case of first use or for reset, refer to the manual of use of the Neptune Instrument) → "**Initialize?**" is displayed on the screen.
3. Confirm Initialization by pressing **V** on the touch screen → the horizontal arm of the instrument automatically moves forward to a central (stand-by) position → "**Load strips (24)**" is displayed on the screen.
4. (Do not set nor confirm the number of strips at this step). Remove the clamp from its emplacement on the arm by gently pulling it upwards and load the strips to be tested: handle the clamp with numbered side facing up (open position) and insert the strips, also with numbered (reactive) side facing up, by slipping the upper plastic part (tongue) into the dedicated holes of the clamp. Apply a gentle pressure to ensure that the plastic tongue has reached the bottom end of the hole.

Notes:

Always start loading into position 1 of the clamp (left side) and do not leave empty spaces between the strips!

After complete loading, check visually the vertical, horizontal and lateral alignment of the strips. Any obvious misalignment should be corrected by unloading the strip(s) from the clamp and loading them again.

Be careful: any plastic bits remaining after breaking apart the individual strip holders may hinder the processing on the instrument and/or the reading with the Neptune Scanner; please remove them with scissors.

5. Replace the clamp in its emplacement on the arm by gently pushing it downwards.
6. Set the number of loaded strips using the up and down arrows on the touch screen.
7. Confirm the number of loaded strips by pressing **V** on the touch screen → the horizontal arm automatically moves backward to stand over the alignment holes of the cartridge holder → "**Check alignment**" is displayed on the screen.
8. Use the "JOG" function on the screen to check the correct alignment of the strips: maintain a gentle pressure on the down arrow on the touch screen until the bottom of the strips enters into the alignment holes of the cartridge holder. If correctly aligned, the strips will not touch the outlines of the holes.

Note:

In case of misalignment (contact of the strips with the cartridge holder), please refer to the Manual of Use of the Neptune Instrument).

9. Confirm the correct alignment of the strips by pressing **V** on the touch screen → the Neptune Instrument lowers the strips completely into the alignment holes and reads the barcodes of the strips → after complete barcode reading, "**Load reagent**" is displayed on the touch screen.

Note:

In case of failure to read one or more strip barcode(s) (flashing LED at the unread position), please refer to the Manual of Use of the Neptune Instrument.

10. Unseal the reagent cartridges and insert them under their respective strips in the dedicated notches of the cartridge holder.
11. Confirm complete loading by pressing **V** on the touch screen → the Neptune Instrument reads the barcodes of the cartridges and checks the correct association with the strips → after complete barcode reading, the number of strips (validated strips/cartridges associations) is displayed on the screen.

Note:

- In case of failure to read one or more cartridge barcode(s), or in case of detection of a wrong strip/cartridge association (flashing LED at the corresponding position), please refer to the Manual of Use of the Neptune Instrument.
12. Confirm the number of strips by pressing **V** on the touch screen → the protocol number identified on the barcodes is displayed on the screen (**Protocol ID xx**).
 13. Confirm the protocol number by pressing **V** on the touch screen → "**Please close cover.**" is displayed on the screen.
 14. Close the cover of the Neptune Instrument and confirm closing by pressing **V** on the touch screen → the Neptune Instrument proceeds to a first washing (pre-treatment) step by incubating the strips into the 2nd well of the cartridges (processing time: 1 minute) → At the end of the wetting step, "**Please open cover.**" is displayed on the screen.
 15. Open the cover of the Neptune Instrument and confirm opening by pressing **V** on the touch screen → the horizontal arm automatically moves forward to the front of the instrument and swings the strips to an oblique position → "**Dry strips**" is displayed on the screen.
 16. Dry the strips by gently applying absorbent paper onto the basis of the bottom small cavity (sample loading hole).
 17. Confirm drying by pressing **V** on the touch screen → "**Apply samples**" is displayed on the screen.
 18. Apply samples by pipetting 10 µl of patient serum into the bottom sample loading holes of the strips.

Note:

If preferred the 10µl of the serum can be directly pipetted into the Diluent Buffer ("Well I") of the cartridge. This operation can be done at any time from opening of the cartridges (see 9.1.10).

19. Confirm samples' loading by pressing **V** on the touch screen → "**Please close cover**" is displayed on the screen. Close the cover of the Neptune Instrument and confirm closing by pressing **V** on the touch screen → the Neptune Instrument starts the test automatically by proceeding the steps sequence of the protocol (see 9.3). After completion of the process, the clamp moves to a central (stand-by) position in the Neptune Instrument to allow easy manipulation of the clamp. The instrument beeps and "**Finished test**" is displayed on the screen.
20. Gently apply absorbent paper onto the basis of the strips to remove liquid from the bottom small cavity (sample loading hole) and allow the strips to dry for 30 minutes before interpretation of the results. The interpretation must be done in the 24 hours following the test processing. In case of use of the Neptune Scanner for help of results interpretation, please leave the processed strips attached to the clamp

TEST DATA REGISTRATION

The test protocol can be downloaded by pressing the USB stick symbol and following the indications on the screen (Insert USB → Writing USB → Remove USB). This step is not obligatory but is highly recommended for traceability and regulatory matters.

9.2 Test Processing (Protocol 02 for all Diasource multiquant kits on the Neptune Instrument):

Step	Description	Processing time
01.	The strips are incubated into the 1 st well of the cartridge (<i>Diluent Buffer</i>). Upon contact with the liquid in the wells and agitation, the pre-loaded patients' samples (see 9.1.18) are released from the small cavity at the bottom of the strips and are diluted in the buffer.	30 min
02.	The clamp moves forwards and the strips are incubated into the 2 nd well of the cartridge (<i>Wash Buffer</i>)	2 min
03.	The clamp moves forwards and the strips are incubated into the 3 rd well of the cartridge (<i>Wash Buffer</i>)	2 min
04.	The clamp moves forwards and the strips are incubated into the 6 th well of the cartridge (<i>Wash Buffer</i>)	2 min
05.	The clamp moves backwards and the strips are incubated into the 5 th well of the cartridge (<i>Conjugate</i>)	10 min
06.	The clamp moves backwards and the strips are incubated into the 4 th well of the cartridge (<i>Wash Buffer</i>)	2 min
07.	The clamp moves backwards and the strips are incubated into the 3 rd well of the cartridge (<i>Wash Buffer</i>)	2 min
08.	The clamp moves backwards and the strips are incubated into the 2 nd well of the cartridge (<i>Wash Buffer</i>)	2 min
09.	The clamp moves forwards and the strips are incubated into the 7 th well of the cartridge (<i>Substrate</i>)	10 min
10.	The clamp moves backwards and the strips are incubated into the 6 th well of the cartridge (<i>Wash Buffer</i>)	2 min

10. INTERPRETATION OF RESULTS

The evaluation of the results is performed via the Neptune Scanner and Neptune Quantification Software system. Please refer to the specific manuals of use.

NB: the Neptune Quantification Software is an interpretation supporting software only. The final clinical interpretation has always to be validated by a professional clinician or physician.

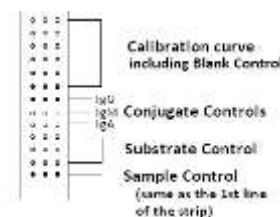
IMPORTANT NOTICE: The positivity of all parameters of this kit is NOT possible and in such a case the test is not valid. An additional test must be performed to establish the diagnosis.

1. Remove the clamp from the Neptune Instrument. Leave the processed strips attached to the clamp. **Be careful: the strips must be completely dry before starting the scanning step!**
2. Insert the clamp, the reactive side of the strips facing down, into the dedicated emplacement in the cover of the Neptune Scanner.
3. Start scanning the strips using the Neptune Quantification Software.

10.1 Validity controls:

Before evaluating the antigen results, the Neptune Quantification Software automatically checks the following points for validation of the test process (see point 9 for the specification values):

- **The Calibration curve (including blank control)** (6 triplicate lines, including blank control, of increasing colour intensity from top to bottom) must fit a pre-determined specific curve equation.
- **The Sample Controls** (2 triplicate lines, first and last on the strip) must have a minimum pre-determined colour intensity.
- **The Conjugate Controls** (3 triplicate lines, respectively IgG, IgM and IgA from top to bottom) must have a minimum pre-determined colour intensity, only for the respective conjugate specificity of the kit.
- **The Substrate Controls** (3 triplicate lines of increasing colour intensity from top to bottom) must fit a pre-determined linear regression.



10.2 Semi-quantification of the results:

Each strip contains an integrated **calibration curve** with **6 dilution points** with the arbitrary values 0 (blank), 6, 12, 25, 50 and 100 U/ml; the Neptune Quantification Software measures the greyscale intensity of each dilution point of the curve triplicate, and calculates a logarithmic regression to establish the calibration curve of the test:

Greyscale value of a spot triplet (AU) = $m \cdot \ln(a \cdot \text{Corresponding value in U/ml} + b)$

Based on this regression, the greyscale value of each antigen spot is calculated in U/ml. In the Diasource multiquant kits, the manufacturer's **cut-off value is 6 U/ml** for all antigens.

POSITIVE RESULT:

A sample is considered positive for a specific antibody if the value of the corresponding Antigen dot is **higher than** the cut-off value.

In its principal results sheet, the Neptune Quantification Software highlights the antigens for which the result is positive and indicates the calculated numeric value into brackets.

NEGATIVE RESULT:

A sample is considered negative for a specific antibody if the value of the corresponding Antigen dot is **lower than or equal to** the cut-off value.

Neptune Quantification Software results (U/ml)	Interpretation
< 6	Negative
6 – 12	Equivocal (*)
>12	Positive

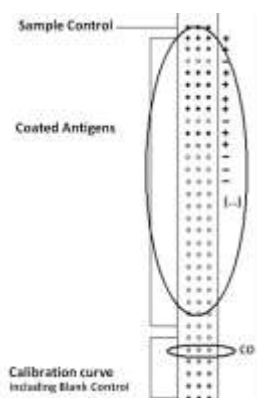
For detailed information about the Neptune Scanner and Neptune Quantification Software please refer to the Manual of Use.

10.3 Important recommendations for the interpretation of results

- Diasource kits constitute a diagnostic aid. In consequence, no diagnosis can be established solely on the basis of our kits. The results should always be interpreted by taking into account the clinical examination, the patient's history and the results obtained by other methods.
No single technique can rule out the possibility of false positive or false negative results. With this in mind, an indirect immunofluorescence test should, as far as possible, be carried out prior to the use of a Diasource multiquant kit (immunofluorescence being recognized as a reference method in autoimmunity).
- The intensity of a result is not necessarily related to the degree of intensity of the disease, but rather to the level of antibodies detected.
- Low titers of autoantibodies may occur in healthy patients. For this reason, low positive results (close to the CO, between 6 and 12 U/ml), although valid, should be considered equivocal. In such cases, the retesting of the patient, preferably by using a new sample, is recommended. If the result remains equivocal on retesting, other diagnostic tests and/or clinical information should be used to help determine the autoimmune status of the patient.
- For various reasons, and under certain conditions, the kit may show a defect in performance (see 10.4 *Troubleshooting*). In such cases, the results are not valid and cannot be interpreted. It is recommended to repeat the test. If the error persists, please contact your distributor.
- The intensity of the results may decrease when the device is used at the end of its life. However, the performance of the kit is not affected (detection of positives and negatives) under normal conditions of use and storage.
- Sequential sampling (at different dates) of an autoimmune patient can sometimes lead to different results from one sample to another. This difference can have several reasons: the patient's treatment, the evolution of the disease, or a seroconversion. In the specific case of seroconversion, the result can be positive for an autoantibody in an early sampling of the patient, and become positive for another autoantibody in a later sampling of the same patient.

10.4 Troubleshooting

Problem	Possible causes + Action
Discrepancy of results as compared to a reference method	- Use - incorrect pipetting of serum - incorrect volume dispensed - Use of two different samples of the same patient (see point 10.3.6) or wrong sample handling/storage between tests - erroneous Neptune Quantification Software reading → repeat the test - Material - Interfering substance in the sample - Sample is a pool of different human sera → repeat the test and confirm by other methods - Method - intrinsic performance of the kit (see 11.2 <i>Analytical sensitivity and specificity</i>) - expired kit - stability problem Please contact your distributor for any further technical support requests.
Different results in the same batch or between several batches	- Use - incorrect pipetting of serum - incorrect volume dispensed - erroneous Neptune Quantification Software reading → repeat the test - Method - intrinsic performance of the kit (see 11.1 <i>Repeatability and Reproducibility</i>)
Contamination between neighbouring strips	- Use - incorrect pipetting of serum → repeat the test - incorrect verticality of the strips on the Neptune Instrument → correct the verticality Please contact your distributor for any further technical support requests.
Sample Control (RC) absent or weak	- Use - Serum not pipetted at all → repeat the test - Patient with immunoglobulin deficiency → repeat the test to confirm patient status



	- Damaged reagents → check the integrity of the reagents → contact your supplier if you suspect a problem - Spot not on the strip → count the number of dots on the strip; if not correct, contact your supplier
Calibration curve / IgG control / Substrate controls absent or low	- damaged reagents → check the integrity of the reagents, contact your distributor if you suspect a problem - Spot absent from the strip → count the number of spots present on the strip, contact your distributor in case of incorrect number - Patient with immunoglobulin deficiency → repeat the test to confirm patient status
Curve points specification 0 U/ml < 6 U/ml < 12 U/ml < 25 U/ml < 50 U/ml < 100 U/ml is not verified.	- erroneous Neptune Quantification Software reading → check the reading positioning
IgA and/or IgM controls too high	- interfering substance into the sample / high background → unable the IgA/IgM controls reading
Non-specific bindings / high background / high CO value	Suspected presence of a contaminant or an interfering substance in the patient sample → repeat the test and confirm through another method Please contact your distributor for any further technical support requests.
Barcode of the strips or cartridges cannot be read	Manufacturing problem, please contact your distributor
Kit content incorrect	Manufacturing problem, please contact your distributor
Positive results for all the biomarkers of the kit	→ Problem with reagents, please contact your distributor → IgG deficiency (low calibration curve)

NOTE:

The major residual risks of the kit, as given in the risk analysis of the kit at the end of design (after mitigation), are the following:

- 1) Risk of false results based on a pipetting error (bad serum)
- 2) Risk of false results based on an interfering substance contained in the sample

11. PERFORMANCES

11.1 Repeatability and Reproducibility

Reference samples were tested for each antibody in successive statistically representative series, both in the same test as in different tests and between different batches in order to calculate the intra-assay, inter-assay and inter-lot variations respectively.

In all the cases, the variations in colour intensity, when semi-quantified on the Neptune Quantification Software, were within the following expected limits:

CV ≤ 10% for intra-assay runs

CV ≤ 15% for inter-assay runs

CV ≤ 20% for inter-lot runs

11.2 Analytical sensitivity

Measurement range (semi-quantified results): From 0 U/ml (negative) to 100 U/ml (high positive).

Limit of detection: the lowest positive measured value of the test is 6 U/ml (considered as equivocal following the interpretation algorithm, see point 10.2)

As no international standard is available for the autoantibodies, trueness of measurement and linearity are not applicable on this product.

11.3 Analytical specificity

1. The main known interfering substances were tested on each biomarker of the present kit. For each concentration of interfering substance tested, the difference between the result of the sample without the interfering substance and the result obtained in the presence of the interfering substance did not exceed 15%.

Interfering substance	Maximum Concentration	Intermediate Concentration	Minimum Concentration	Difference <15%
Bilirubin	100 mg/dL	50 mg/dL	25 mg/dL	Yes
Haemoglobin	200 mg/dL	100 mg/dL	50 mg/dL	Yes
Cholesterol	224.3 mg/dL	112 mg/dL	56 mg/dL	Yes
Rheumatoid factor IgM	~500IU/ml	~300IU/ml	~100IU/ml	Yes

Note: It is impossible to test all the possible interfering substances described in the literature. Other interferences, amongst others drug-induced interferences, are possible.

2. The high analytical specificity of the test is guaranteed by the quality of the antigen used. This kit detects IgG antibodies against Nucleosome, dsDNA, Histones, Sm, RNP 68kD/A/C, Sm/RNP, SSA/Ro 60kD, SSA/Ro 52kD, SSB, Scl70, Ku, PM-Scl 100, Mi-2, Jo-1, PL-7, PL-12, SRP-54, Ribosome P0, CENP-A/B, PCNA, sp100, gp210, M2 recombinant, M2/nPDC and F-actin. No cross reactions with other autoantibodies have been found.

11.4 Clinical sensitivity and specificity

Characterized samples (confirmed positive or negative for specific antibodies by reference laboratories and/or methodologies) were assayed following the test instructions. Sensitivity and Specificity were calculated from the results obtained by external performance evaluations and EQAs control programs. A detailed clinical report is available upon request.

SENSITIVITY:

The percentage is established with the following calculation:

$$\text{Sensitivity} = \frac{\text{True Positive Results}}{\text{True Positive Results} + \text{False Negative Results}}$$

Antigen	True Positive Results	False Negative Results	Sensitivity (%)
Nucleosome	16	0	>99
dsDNA	30	3	91
Histones	5	0	>99
Sm	23	0	>99
RNP 68kD/A/C	11	0	>99
Sm/RNP	22	0	>99
SSA/Ro 60kD	88	0	>99
SSA/Ro 52kD	60	0	>99
SSB	29	0	>99
Scl-70	11	0	>99
Ku	2	0	>99
PM-Scl 100	2	0	>99
Mi-2	1	0	>99
Jo-1	13	0	>99
PL-7	1	0	>99
PL-12	1	0	>99
SRP-54	1	0	>99
Ribosome P0	4	1	80
CENP-A/B	21	0	>99
PCNA	2	0	>99
Sp100	1	0	>99
Gp210	1	0	>99
M2 recombinant	40	0	>99
M2 n/PDC	40	0	>99
F-actin	4	0	>99

SPECIFICITY:

The percentage is established with the following calculation:

$$\text{Specificity} = \frac{\text{True Negative Results}}{\text{True Negative Results} + \text{False Positive Results}}$$

Antigen	True negative results	False positive results	Specificity (%)
Nucleosome	64	0	>99
dsDNA	175	0	>99
Histones	62	0	>99
Sm	185	0	>99
RNP 68kD/A/C	134	0	>99
Sm/RNP	121	0	>99
SSA/Ro 60kD	120	1	99
SSA/Ro 52kD	112	0	>99
SSB	167	1	99
Scl-70	197	0	>99
Ku	89	0	>99
PM-Scl 100	159	0	>99
Mi-2	61	0	>99
Jo-1	196	0	>99
PL-7	90	0	>99
PL-12	90	0	>99
SRP-54	90	0	>99
Ribosome P0	156	0	>99
CENP-A/B	187	1	99
PCNA	109	0	>99
Sp100	107	0	>99
Gp210	18	0	>99
M2 recombinant	213	0	>99
M2 n/PDC	213	0	>99
F-actin	83	0	>99

Note: Sensitivity and specificity values of 100 % are strictly related to sample cohorts used in clinical evaluations. In theory, a diagnostic kit shouldn't be considered to be 100% sensitive or specific (at least > 99%).

11.5 Autoantibodies diagnostic values

Anti-Nucleosome	Diagnostic marker for Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Sensitivity of 56-90 %. Can be detected at an earlier stage of disease. Can be detected in patients with Drug-Induced Lupus.
Anti-dsDNA	Diagnostic marker (ACR and SLICC criterion) for Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Frequently detected (>95 %) in SLE with renal involvement, detected in >50-70% in active SLE without renal involvement and in <40% in inactive SLE. Associated with the severity of SLE. May be detected in 1-12% of patients with rheumatoid Arthritis, juvenile idiopathic arthritis, Sjögren's Syndrome, myasthenia gravis, autoimmune hepatitis, uveitis and drug-induced lupus-like syndromes or various infectious diseases.
Anti-Histones	Can be detected in a number of autoimmune diseases, especially rheumatic disorders : Systemic Lupus Erythematosus (SLE) (50-80%) Drug-Induced Lupus (DIL) (92-95%) Rheumatoid Arthritis (RA) (up to 11%) Felty's syndrome (up to 79%) Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) (up to 51%) Systemic Sclerosis (SSc) (up to 30%) ANA positive undifferentiated connective tissue diseases (up to 90%) Primary Biliary Cirrhosis (PBC) (up to 55%) Autoimmune Hepatitis (up to 35%) The detection of high AHA titers in the absence of SLE marker antibodies is characteristic of Drug-Induced Lupus (DIL).
Anti-Sm	Diagnostic marker (ACR and SLICC criterion) for Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Diagnostic specificity of 99% for Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Diagnostic sensitivity of 5-40 % for Systemic Lupus Erythematosus (SLE)
Anti-RNP 68kD/A/C	Diagnostic criterion of Mixed connective tissue disease (MCTD). Highly specific and extremely sensitive (100%) in the absence of Sm and dsDNA antibodies. Found in 13 à 32 % of patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Found in 10 % of patients with Systemic Sclerosis (SSc)
Anti-Sm/RNP	Sm : Diagnostic marker (ACR and SLICC criterion) for systemic lupus erythematosus (SLE) Diagnostic specificity of 99% for systemic lupus erythematosus (SLE) Diagnostic sensitivity of 5-40 % for systemic lupus erythematosus (SLE) RNP 68kD/A/C: Diagnostic criterion of Mixed connective tissue disease (MCTD). Highly specific and extremely sensitive (100%) in the absence of Sm and dsDNA antibodies. Found in 13 à 32 % of patients with systemic lupus erythematosus (SLE), Found in 10 % of patients with systemic sclerosis (SSc)
Anti-SSA/Ro 60kD	Diagnostic marker and classification criterion for Sjögren's Syndrome (SjS). By EIA: Found in 96% of patients with primary SjS, Found in 80% of patients with secondary SjS Found in 25-60% of patients with systemic lupus erythematosus (SLE), Found in 90-100 % of patients with subacute cutaneous lupus erythematosus (SCLE) Found in 90% of patients with neonatal cutaneous lupus erythematosus (NLE) Found more rarely (5-15%) in patients with rheumatoid arthritis (RA) and

	Found in 9% of patients with systemic sclerosis (SSc).
Anti-SSA/Ro 52kD	Found in various autoimmune diseases such as Systemic lupus erythematosus (SLE) (23%), Sjögren's Syndrome (SjS) (17-63%), Systemic Sclerosis (SSc) (20%), Rheumatoid Arthritis (RA) (8%), Primary biliary cirrhosis (PBC) (28%), autoimmune hepatitis (17%). Often detectable in myositis patients with aminoacyl-tRNA synthetase, SRP antibodies, PM/Scl antibodies and Jo-1 antibodies May be detectable in patients with Systemic Sclerosis, in addition to Scl-70, CENP-B, CENP-A, RNA PIII and PM/Scl. Severity marker of patients with Antisynthetase Syndrome and of patients with risk of pulmonary complications in systemic autoimmune rheumatic diseases (SARD)
Anti-SSB	Diagnostic marker for Sjögren's Syndrome (SjS) By EIA: Found in 70% of patients with primary SjS, Found in 50% of patients with secondary SjS Found in 25% of patients with systemic lupus erythematosus (SLE), Found in 80% of patients with subacute cutaneous lupus erythematosus (SCLE) Found in 70% of patients with neonatal cutaneous lupus erythematosus (NLE)
Anti-Scl-70	Diagnostic marker for Systemic Sclerosis (SSc) Diagnostic specificity of 99%, sensitivity of 10 % for limited SSc and up to 65% for diffuse SSc.
Anti-Ku	Found in 23% of patients with "primary" pulmonary hypertension Found in 1.8 à 23% of patients with systemic lupus erythematosus (SLE). Found in 1.2 à 14 % of patients with systemic sclerosis (SSc). Found in 2 à 33% of patients with an overlap syndrome with myositis.
Anti-PM-Scl 100	Diagnostic marker for connective tissue diseases with myositis and symptoms of systemic sclerosis. Diagnostic specificity of 50-70% for polymyositis/scleroderma overlap syndrome, of 20% for idiopathic myositis and of 10% for Systemic Sclerosis (SSc). Diagnostic sensitivity of 24-55% for polymyositis/scleroderma overlap syndrome, of 8-12% in patients with idiopathic myositis and of 1-16% for Systemic Sclerosis (SSc).
Anti-Mi-2	Diagnostic marker for idiopathic myositis, with a diagnostic sensitivity of 4-18%. Detectable in 15-31% of patients with adult dermatomyositis, and in 10-15% of those with juvenile dermatomyositis. Prognostic marker for a relatively mild clinical course, but associated with an increased risk of cancer. Detectable in the early stages of myositis development.
Anti-Jo-1	Diagnostic marker for idiopathic (autoimmune) myositis. Diagnostic specificity of 100%, diagnostic sensitivity of 24-30% for auto-immune idiopathic myositis.
Anti-PL-7	Diagnostic marker for idiopathic myositis, sensitivity of 2-3%. Highly associated with the presence or development of interstitial lung disease (ILD).
Anti-PL-12	Diagnostic marker for idiopathic myositis, sensitivity of 2-3%. Highly associated with the presence or development of interstitial lung disease (ILD).
Anti-SRP-54	Diagnostic marker of polymyositis, specificity of 100%, sensitivity of 4-6% Differential diagnostic and prognostic marker: rapid-progressive proximal muscle weakness.
Anti-Ribosome P0	Diagnostic marker for Systemic Lupus Erythematosus (SLE) (>99%), found in 10-35% of SLE patients. Associated with disease activity (prognostic marker) May be detectable prior to SLE manifestations (predictive marker).
Anti-CENP-A/B	Diagnostic marker for Systemic Sclerosis (SSc). Sensitivity of 57-82 % for patients with CREST syndrome (or other limited cutaneous forms of SSc) and in 3-12% of patients with diffuse cutaneous forms of SSc. Detectable in 10-30 % of patients with Primary biliary cirrhosis (PBC).
Anti-PCNA	Highly specific for Systemic Lupus Erythematosus (SLE), but rarely found (3-7%).
Anti-sp100	Anti-sp100 antibodies are specific (97%) for primary biliary cholangitis (PBC) with a diagnostic sensitivity of 20-40%. These autoantibodies are found relatively often (48%) in the group of AMA negative patients with a clinically and histologically proven PBC. Anti-sp100 antibodies seem to be associated with urinary tract infections. 74% of PBC patients with urinary tract infections are positive for anti-sp100 antibodies (Bogdanos et al., 2003). In low frequencies, anti-sp100 antibodies have been found in rheumatoid disease (3% in rheumatoid arthritis, up to 10% in systemic lupus erythematosus, in ~5% in systemic sclerosis, in 2% in Sjögren's syndrome). Anti-sp100 antibodies persist following liver transplantation, and are therefore an inappropriate marker for possible disease recurrence.
Anti-gp210	Anti-gp210 antibodies are highly specific for primary biliary cholangitis (PBC) and are detectable by enzyme immunoassay in 10-45% of PBC patients with a specificity of 99.5%. They are rarely or very rarely observed in autoimmune hepatitis, chronic hepatitis B (12.6%), rheumatoid arthritis, polymyositis or Sjögren's syndrome. Their possible predictive value is currently unknown. The titer of anti-gp210 antibodies depends on disease activity or stage progression. Anti-gp210 antibodies are associated with extrahepatic manifestations, as arthritis. They are also considered as prognostic markers of a poor outcome and correlated to a higher risk of hepatic failure. Anti-gp210 antibodies persist after liver transplantation, and are therefore an unsuitable marker of possible disease recurrence.
Anti-M2 recombinant	AMA-M2 recombinant are directed against proteins of the E2 components of the 2-oxoacid dehydrogenase family of enzyme complexes (2-OACD). The central target antigens of these complexes are: - Pyruvate dehydrogenase complex (PDC-E2, PDH-E2) - Branched chain 2-oxoacid dehydrogenase complex (BCOADC-E2), sometimes known as branched chain keto acid dehydrogenase (BCKD) 2-oxoglutarate dehydrogenase complex (OGDC-E2, OADC-E2), also known as α-ketoglutarate dehydrogenase (KGD) - Dihydrolipoamide dehydrogenase (E3)-binding protein (E3BP) E1α subunit of pyruvate dehydrogenase complex (PDC-E1α) Each of these antigens is composed of three subunits (E1, E2, E3), with the immunodominant epitope of each being E2. See Anti-M2/nPDC for diagnostic values
Anti-M2/nPDC	Anti-M2/nPDC are marker antibodies of primary biliary cholangitis (PBC) and are detectable in nearly 95% of cases. They count towards the three diagnostic criteria for PBC. Although they are highly specific for PBC, Anti-M2/nPDC can also be detected in patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. It is believed that these patients are at an increased risk of developing PBC in addition to the underlying disease. Particularly in Anti-M2/nPDC positive CREST variant of systemic sclerosis there is an increased risk of PBC development (Fregeau et al., 1988; Zurgil et al., 1992). In patients with SLE, the presence of Anti-M2/nPDC is significantly associated with increased aminotransferase (Li et al., 2006).

	Anti-M2/nPDC are detectable in 3–6% of autoimmune hepatitis (AIH) type 1 patients. These are most often cases of an AIH/PBC overlap syndrome. AIH/PBC overlap should be considered when the ALP to aminotransferase ratio is less than 1.5, IgG is elevated and the SMA are present with a titer greater than 1:80 (Bowlus & Gershwin, 2014). Anti-M2/nPDC can be predictive. They can appear years before manifestations of PBC. Individuals with persistently high Anti-M2/nPDC antibody levels have a higher risk of developing PBC. Prospective studies have shown that 76% of asymptomatic Anti-M2/nPDC positive patients over a period of observation from 11–24 years are diagnosed with PBC (Metcalf et al., 1996). The prevalence of Anti-M2/nPDC in the first-degree relatives of PBC patients is high (13.1%) (Nakamura et al., 2014). Anti-M2/nPDC titers do not change over time and are not associated with disease severity or progression (Benson et al., 2004). On the other hand some groups have been shown that the Anti-M2/nPDC titer decrease with the treatment with UDCA (Nakamura et al., 2014). Anti-M2/nPDC persist following liver transplantation.
Anti-F-actin	High titers of anti-F-actin are marker antibodies and are accordingly diagnostic criteria of the International Autoimmune Hepatitis Group (three points in the scoring system for a titer >1: 80, two points for 1:80 and one point for 1:40) for autoimmune hepatitis (AIH) type 1. They are also part of the simplified criteria of AIH. They are very often associated with anti-nuclear antibodies (ANA), however they can be isolated positive in ~35% of AIH type 1 patients. The diagnostic sensitivity and specificity for AIH type 1 are ~80% and 96%, respectively. Therefore, a negative anti-F-actin result cannot completely rule out AIH. The titer has a limited correlation with disease activity. Only high titers >1:80 are associated with the disease activity. Neither the antibody titer at diagnosis nor the antibody behavior in the course of the disease are prognostic markers. Note: In children a titer of 1:20 can be diagnostically relevant. Most low titers of anti-F-actin can be found in viral infections, such as infectious mononucleosis, chronic hepatitis C (8–10%), however also in rheumatic diseases, primary biliary cholangitis (PBC) (22%), patients with alcoholic liver disease (3–16%) and neoplastic disease. Their prevalence in healthy individuals is ~5%.

Publication references:

- Orme ME, Andalucia C, Sjölander S, Bossuyt X. A comparison of a fluorescence enzyme immunoassay versus indirect immunofluorescence for initial screening of connective tissue diseases: Systematic literature review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018 Aug;32(4):521–534. doi: 10.1016/j.berh.2019.03.005. Epub 2019 Apr 15. PMID: 31174821.
- Jeong S, Hwang H, Roh J, Shim JE, Kim J, Kim GT, Tag HS, Kim HS. Evaluation of an Automated Screening Assay, Compared to Indirect Immunofluorescence, an Extractable Nuclear Antigen Assay, and a Line Immunoassay in a Large Cohort of Asian Patients with Antinuclear Antibody-Associated Rheumatoid Diseases: A Multicenter Retrospective Study. *J Immunol Res*. 2018 May 2;2018:9094217. doi: 10.1155/2018/9094217. PMID: 29854849; PMCID: PMC5954951.
- Shovman O, Gilburd B, Chayat C, Amital H, Langevitz P, Watad A, Guy A, Perez D, Azoulay D, Blank M, Segal Y, Bentow C, Mahler M, Shoenfeld Y. Prevalence of anti-DFS70 antibodies in patients with and without systemic autoimmune rheumatic diseases. *Clin Exp Rheumatol*. 2018 Jan-Feb;36(1):121–126. Epub 2017 Jul 27. PMID: 28770702.
- Zheng B, Wang Z, Mora RA, Liu A, Li C, Liu D, Zhai F, Liu H, Gong H, Zhou J, Liu J, Chen L, Wu L, Yuan L, Ying L, Jie L, He M, Hao M, Xu P, Lu Q, Han S, Chen S, Chen S, Zhu S, Sun W, Guo X, Chen Y, Wang Y, Qu Y, Li Z, Niu Z, Han Z, Chan EKL. Anti-DFS70 Antibodies Among Patient and Healthy Population Cohorts in China: Results From a Multicenter Training Program Showing Spontaneous Abortion and Pediatric Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases Are Common in Anti-DFS70 Positive Patients. *Front Immunol*. 2020 Oct 2;11:562138. doi: 10.3389/fimmu.2020.562138. PMID: 33133072; PMCID: PMC7566153.
- Hayashi N, Uto K, Imanishi A, Sugiyama D, Morinobu A, Saegusa J. Prevalence of anti-dense fine speckled 70 antibodies in healthy individuals and patients with antinuclear antibody-associated autoimmune rheumatic diseases in Japan. *Medicine (Baltimore)*. 2021 Mar 5;100(9):e24556. doi: 10.1097/MD.00000000000024556. PMID: 33655922; PMCID: PMC7939200.
- Aberle T, Bourn RL, Munroe ME, Chen H, Roberts VC, Guthridge JM, Bean K, Robertson JM, Sivils KL, Rasmussen A, Liles M, Merrill JT, Harley JB, Olsen NJ, Karp DR, James JA. Clinical and Serologic Features in Patients With Incomplete Lupus Classification Versus Systemic Lupus Erythematosus Patients and Controls. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Dec;69(12):1780–1788. doi: 10.1002/acr.23201. Epub 2017 Nov 14. PMID: 28118528; PMCID: PMC5524597.
- Zian Z, Maamar M, Aouni ME, Barakat A, Naima Ghailani Nourouti, El Aouad R, Arji N, Bennani Mechita M. Immunological and Clinical Characteristics of Systemic Lupus Erythematosus: A Series from Morocco. *Biomed Res Int*. 2018 Sep 30;2018:3139404. doi: 10.1155/2018/3139404. PMID: 30363993; PMCID: PMC6186365.
- Wei Q, Jiang Y, Xiao M, Zhang X, Qi J, Xie J, Wu J, Wu Z, Gu J. Comparison of chemiluminescence microparticle immunoassay, indirect immunofluorescence assay, linear immunoassay and multiple microbead immunoassay detecting autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *Scand J Immunol*. 2020 Mar;91(3):e12849. doi: 10.1111/sji.12849. Epub 2020 Jan 3. PMID: 31899559.
- Au EY, Ip WK, Lau CS, Chan YT. Evaluation of a multiplex flow immunoassay versus conventional assays in detecting autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *Hong Kong Med J*. 2018 Jun;24(3):261–269. doi: 10.12809/hkmj177007. Epub 2018 May 25. PMID: 29807953.
- Betteridge ZE, Woodhead F, Lu H, Shaddick G, Bunn CC, Denton CP, Abraham DJ, du Bois RM, Lewis M, Wells AU, McHugh NJ. Brief Report: Anti-Eukaryotic Initiation Factor 2B Autoantibodies Are Associated With Interstitial Lung Disease in Patients With Systemic Sclerosis. *Arthritis Rheumatol*. 2016 Nov;68(11):2778–2783. doi: 10.1002/art.39755. PMID: 27273608.
- René Louis Humbel, Groupe d'étude de l'auto-immunité (GEAI), l'info n°7, Mise au point anticorps anti Mi-2, Anticorps anti-DFS70/LEDGF/P75, p3, p6 mai 2015
- Karsten Conrad, Werner Schössler, Falk Hiepe, Marvin J. Fritzler, Book "Autoantibodies in systemic Autoimmune Diseases", Volume 2, third edition – 2015
- Chen BH, Wang QQ, Zhang W, Zhao LY, Wang GQ. Screening of anti-mitochondrial antibody subtype M2 in residents at least 18 years of age in an urban district of Shanghai, China. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016 May;20(10):2052–60. PMID: 27249604.
- Pang SY, Dai YM, Zhang RZ, Chen YH, Peng XF, Fu J, Chen ZR, Liu YF, Yang LY, Wen Z, Yu JK, Liu HY. Autoimmune liver disease-related autoantibodies in patients with biliary atresia. *World J Gastroenterol*. 2018 Jan 21;24(3):387–396. doi: 10.3748/wjg.v24.i3.387. PMID: 29391761; PMCID: PMC5776400.
- Zandanell S, Strasser M, Feldman A, Tevini J, Streibinger G, Niederseer D, Pohla-Gubo G, Huber-Schönauer U, Ruhaltinger S, Paulweber B, Datz C, Felder TK, Aigner E. Low rate of new-onset primary biliary cholangitis in a cohort of anti-mitochondrial antibody-positive subjects over six years of follow-up. *J Intern Med*. 2020 Apr;287(4):395–404. doi: 10.1111/joim.13005. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31802567; PMCID: PMC7154539.
- Calise SJ, Zheng B, Hasegawa T, Satoh M, Isailovic N, Ceribelli A, Andrade LEC, Boylan K, Cavazzana I, Fritzler MJ, de la Torre IG, Hiepe F, Kohl K, Selmi C, Shoenfeld Y, Tincani A, Chan EKL; IUIS Autoantibody Standardization Committee. Reference standards for the detection of anti-mitochondrial and anti-rods/rings autoantibodies. *Clin Chem Lab Med*. 2018 Sep 25;56(10):1789–1798. doi: 10.1515/ccml-2017-1152. PMID: 29478040; PMCID: PMC8128709.
- Amin K, Rasool AH, Hattam A, Al-Karboly TA, Taher TE, Bystrom J. Autoantibody profiles in autoimmune hepatitis and chronic hepatitis C identifies similarities in patients with severe disease. *World J Gastroenterol*. 2017 Feb 28;23(8):1345–1352. doi: 10.3748/wjg.v23.i8.1345. PMID: 28293081; PMCID: PMC5330819.
- Deng CW, Wang L, Fei YY, Hu CJ, Yang YJ, Peng LY, Zeng XF, Zhang FC, Li YZ. Exploring pathogenesis of primary biliary cholangitis by proteomics: A pilot study. *World J Gastroenterol*. 2017 Dec 28;23(48):8489–8499. doi: 10.3748/wjg.v23.i48.8489. PMID: 29358857; PMCID: PMC5752709.

- 19: Yannick Chantrana , Christophe Corpechotb, David Haddouk, et al., Groupe d'étude de l'auto-immunité (GEAI), 8eme Colloque, Anticorps anti-gp210 et anticorps anti-Sp100 dans la cirrhose biliaire primitive: une association de très mauvais pronostic, n°464 bis, juillet/août 2014
 - 20: Karsten Conrad, Werner Schössler, Falk Hiepe, Marvin J. Fritzler, Book "Autoantibodies in organ Autoimmune Diseases", Volume 8, second edition – 2017
 - 21: Damoiseaux J, Vulsteke JB, Tseng CW, Platteel ACM, Piette Y, Shovman O, Bonroy C, Hamann D, De Langhe E, Musset L, Chen YH, Shoenfeld Y, Allenbach Y, Bossuyt X. Autoantibodies in idiopathic inflammatory myopathies: Clinical associations and laboratory evaluation by mono- and multispecific immunoassays. *Autoimmun Rev.* 2019 Mar;18(3):293-305. doi: 10.1016/j.autrev.2018.10.004. Epub 2019 Jan 11. PMID: 30639643.
 - 22: Tansley SL, Betteridge ZE, Gunawardena H, Jacques TS, Owens CM, Pilkington C, Arnold K, Yasin S, Moraitis E, Wedderburn LR, McHugh NJ; UK Juvenile Dermatomyositis Research Group. Anti-MDA5 autoantibodies in juvenile dermatomyositis identify a distinct clinical phenotype: a prospective cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2014 Jul 2;16(4):R138. doi: 10.1186/ar4600. PMID:24989778; PMCID: PMC4227127.
 - 23: Peene I, Meheus L, Veys EM, De Keyser F. Diagnostic associations in a large and consecutively identified population positive for anti-SSA and/or anti-SSB: the range of associated diseases differs according to the detailed serotype. *Ann Rheum Dis.* 2002 Dec;61(12):1090-4. doi: 10.1136/ard.61.12.1090. PMID: 12429541; PMCID: PMC1753972.
 - 24: Gniewek RA, Stites DP, McHugh TM, Hilton JF, Nakagawa M. Comparison of antinuclear antibody testing methods: immunofluorescence assay versus enzyme immunoassay. *Clin Diagn Lab Immunol.* 1997 Mar;4(2):185-8. doi: 10.1128/cdli.4.2.185-188.1997. PMID: 9067653; PMCID: PMC170499.
 - 25: Satoh M, Chan JY, Ross SJ, Li Y, Yamasaki Y, Yamada H, Vazquez-del Mercado M, Petri MH, Jara LJ, Saavedra MA, Cruz-Reyes C, Sobel ES, Reeves WH, Ceribelli A, Chan EK. Autoantibodies to transcription intermediary factor TIF1 β associated with dermatomyositis. *Arthritis Res Ther.* 2012 Apr 17;14(2):R79. doi: 10.1186/ar3802. PMID: 22513056; PMCID: PMC3446453.
 - 26: Karsten Conrad, Werner Schössler, Falk Hiepe, Marvin J. Fritzler, Book "Autoantibodies in systemic Autoimmune Diseases", Volume 2, third edition – 2015
- Remark : the references n°12 and 26 are the same.

12. TEST LIMITATIONS

1. The results obtained with this confirmatory test are dependent on the intrinsic performance of the kit and must be considered as an aid to the final diagnosis, taking into account the results obtained by a reference technique and the clinical data of the patient.
2. In case of hyper-lipemic samples, it is recommended to centrifuge it before the pipetting of the 10 μ l of sample, which must be done into the supernatant.
3. There is no link between the concentration of the different autoantibodies detected by the device, and the severity of its associated autoimmune diseases.
4. The concentration of autoantibodies in a serum sample is not relative to the results provided by the device.



DIAsource ImmunoAssays S.A.
Rue du Bosquet, 2
BE-1348 Louvain-la-Neuve - BELGIUM



Version B
Last revision: 09/2025

D-tec s.a., Parc Initialis
Rue René Descartes 19
BE-7000 Mons – BELGIUM

DIASpot MultiQUANT Neptune ANA²⁵ Screen IgG

Código para pedidos: KAPDTANA25N

Protocolo Neptune: 02

1. USO PREVISTO

DIASpot MultiQUANT Neptune ANA²⁵ Screen IgG es un kit de inmunotransferencia por puntos para la detección, exclusivamente en suero humano, de autoanticuerpos IgG contra los siguientes antígenos: Nucleosoma, ADNbc, Histonas, Sm, RNP 68kD/A/C, Sm/RNP, SSA/Ro 60kD, SSA/Ro 52kD, SSB, Scl70, Ku, PM-Scl 100, Mi-2, Jo-1, PL-7, PL-12, SRP-54, Ribosoma P0, CENP-A/B, PCNA, sp100, gp210, M2 recombinante, M2/nPDC y F-actin.

Este kit está concebido para confirmar los resultados de los patrones obtenidos por inmunofluorescencia, el método de cribado y de referencia en las pruebas de autoinmunidad; el kit está destinado a servir de ayuda en el diagnóstico de varias enfermedades autoinmunitarias (para más detalles, véase el apartado 11.5, «Valores diagnósticos de los autoanticuerpos»).

La prueba está destinada a la confirmación de la población IFA positiva y de los casos IFA negativos con una fuerte sospecha de trastorno autoinmune.

El kit está estrictamente reservado para uso profesional en laboratorios de análisis clínicos. Se recomienda encarecidamente impartir formación al personal antes de utilizar este kit (póngase en contacto con su distribuidor).

El kit está estrictamente diseñado como una prueba automática y solo puede utilizarse con un Neptune Instrument.

La detección de los diferentes autoanticuerpos IgG es semicuantitativa (véase el punto 10.2)."

Para una semicuantificación de los resultados de la prueba, debe utilizarse el sistema de Neptune Scanner y Neptune Quantification Software. Dicho sistema no está incluido en el Neptune Instrument.

2. PRINCIPIO DE LA PRUEBA

Este kit y todos sus componentes están destinados a procesarse únicamente en el Neptune Instrument.

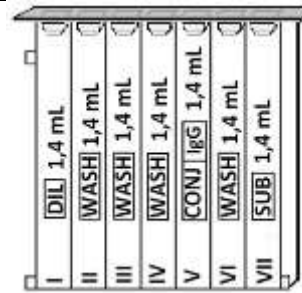
La prueba se basa en el principio del inmunoanálisis enzimático (EIA). La tira reactiva consta de una membrana unida a un soporte específico de plástico. Durante el procedimiento de análisis automático, el Neptune Instrument incuba secuencialmente las tiras en los pocillos de los cartuchos de reactivos listos para usar. De forma resumida, primero se incuban las tiras con los sueros diluidos de los pacientes. Los anticuerpos humanos, si están presentes, se unen al antígeno o a los antígenos específicos de los puntos correspondientes de la membrana. Los anticuerpos no unidos o sobrantes se eliminan mediante lavado. Tras una nueva incubación con anticuerpos de cabra contra la IgG humana conjugados con AP, el conjugado enzimático se une a los complejos antígeno-anticuerpo. Después de eliminar el exceso de conjugado mediante lavado, las tiras se incuban finalmente en una solución de sustrato. La actividad enzimática, si se produce, provoca la aparición de puntos de color morado en las almohadillas de la membrana. La intensidad del color es directamente proporcional a la cantidad de anticuerpos presente en la muestra. Los resultados medidos semicuantitativos gracias a una curva de calibración integrada de 6 puntos, incluyendo el control del blanco. Las tiras están recubiertas también de distintos tipos de controles (muestra, conjugado y sustrato). Su presencia valida el proceso de análisis completo (desde la carga de la muestra hasta la cinética del sustrato, pasando por la reactividad/especificidad del sustrato). Para una precisión óptima, todos los puntos están recubiertos siguiendo un formato de micropunto triplicado, lo que permite calcular el valor medio y el intervalo de confianza de cada parámetro (antígenos, curva de calibración y controles). El kit contiene 24 pruebas de un solo uso.

3. CONTENIDO DEL KIT

Antes de utilizar el kit, compruebe que contiene todos los elementos indicados a continuación. Verifique también que las características del producto se correspondan con las descritas más abajo.

Si falta alguno o si hay algún elemento dañado o que no corresponda, no utilice el kit y póngase en contacto con su distribuidor.

3.1 COMPONENTES

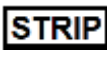
a) Soporte de tiras con tiras de micropuntos (3 x 8 unidades en soportes de plástico, separables individualmente; acondicionadas en bolsas de aluminio). Para un solo uso. 	b) Cartucho (24 unidades, con 7 compartimentos cada una; selladas; para un solo uso)  Tampón de dilución Posición I, 1 x 1,4 ml (amarillo); contenido: H₂O • TBS • BSA • NaCl • Tween • Conservantes • Colorantes • Emulsión antiespumante Tampón de lavado Posiciones II, III, IV y VI, 4 x 1,4 ml (incolore); contenido: H₂O • TBS • NaCl • Tween • Conservantes • Emulsión antiespumante Conjugado Posición V, 1 x 1,4 ml (rojo); contenido: H₂O • TBS • NaCl • KCl • MgCl₂ • Anticuerpos de cabra anti-IgG humana conjugados con AP • Conservantes • Colorante • Emulsión antiespumante Sustrato Posición VII, 1 x 1,4 ml (solución de color amarillo pálido); contenido: H₂O • Conservantes • MgCl₂ • TBS • NBT • Estabilizante de NBT • BCIP c) Documentos: Instrucciones de uso (IFU), Certificado de análisis (CoA)
--	--

Abreviaturas por orden alfabético:

AP = fosfatasa alcalina; BCIP = bromo-cloro-indolilfosfato; BSA = albúmina de suero bovino; KCl = cloruro de potasio; MgCl₂ = cloruro de magnesio; NaCl = cloruro de sodio; NBT = azul de nitrotetrazolio; TBS = solución salina tamponada con Tris

Para obtener más información sobre la composición y la concentración de los principios activos utilizados, consulte las correspondientes HDSM, disponibles a petición o en www.diasource-diagnostics.com.

Símbolos utilizados en las etiquetas del kit

	Consultar las instrucciones de uso		Marca CE + Organismo notificado
	Producto sanitario para diagnóstico <i>in vitro</i>		Para 24 usos
	Conservar a 2-8 °C		Referencia
	Número de lote		Proteger de la luz solar directa
	Fecha de caducidad		Fabricante
	Cartucho		No reutilizar
	Tira		Precaución

3.2 Antígenos utilizados

Nucleosoma	Formado por un octámero de histonas central rodeado de ADNbc. Mezcla heterogénea de polinucleosomas nativos puros compuestos por unos 7 a 28 mononucleosomas. Contiene las histonas H2a, H2b y H3-H4 y trazas de H1 (purificada a partir de cromatina de timo bovino)
ADNbc	ADN bicatenario (purificado a partir de timo bovino)
Histonas	Mezcla de H1, H2a, H2b, H3-H4 (purificado a partir de timo bovino)
Sm	Proteínas esenciales de las partículas de snRNP; contiene fundamentalmente la proteína D; pueden detectarse las subunidades E, F y G; las proteínas BB' no son detectables (purificado a partir de timo bovino)
RNP 68kD/A/C	Mezcla de las proteínas A y C de 68 kD procedentes de las partículas de snRNP (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
Sm/RNP	Partículas de pequeñas ribonucleoproteínas nucleares (snRNP); contiene esencialmente las proteínas de 68 kD, A, BB', C y D; puede detectarse una cantidad importante de ARN nuclear pequeño (purificado a partir de timo bovino)
SSA/Ro 60kD	Proteína relacionada con el síndrome de Sjögren de 60 kD (recombinante, humano, expresado mediante baculovirus en células Sf9 infectadas)
SSA/Ro 52kD	E3-ubiquitina-ligasa (proteína de motivo tripartito 21, TRIM21) (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
SSB	La50kD proteína relacionada con el síndrome de Sjögren de 50 kD (recombinante, humano, expresado mediante baculovirus en células Sf9 infectadas)
Scl-70	ADN-topoisomerasa I (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
Ku	Subunidad reguladora de la proteína cinasa dependiente del ADN (heterodímero de 70/80 kD) (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
PM-Scl 100	Antígeno de polimiositis-esclerodermia (subunidad de 100 kD) (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
Mi-2	Proteína CHD4 (helicasa con cromodominio de unión a ADN 4), subunidad Mi-2 beta (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
Jo-1	Histidil-ARNt-sintetasa (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
PL-7	Treonil-ARNt-sintetasa (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
PL-12	Alanil-ARNt-sintetasa (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
SRP-54	Subunidad de 54 kD de la partícula de reconocimiento de señales (PRS) (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
Ribosoma P0	Proteína ribosómica P0 (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
CENP-A/B	Proteínas centroméricas A + B (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
PCNA	Antígeno nuclear de proliferación celular (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
sp100	Proteína de 100 kD del cuerpo nuclear (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
gp210	Glicoproteína del complejo del poro nuclear (secuencia de 36 aminoácidos correspondiente al extremo citoplasmático C-terminal de gp210; humano, recombinante, expresado en <i>E. coli</i>)
M2 recombinante	Subunidades E2 de: complejo oxoácido-deshidrogenasa de cadena ramificada, complejo oxoglutarato-deshidrogenasa y complejo piruvato-deshidrogenasa (recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus)
M2/nPDC	Subunidades E1, E2 y E3 del complejo piruvato-deshidrogenasa (purificado a partir de corazón bovino)
Actina F	Filamentos de actina polimerizados in vitro (preparado a partir de actina G purificada de músculo estriado de conejo)



3.3 Componentes reactivos

Sustancia	Origen	Uso previsto en los kits ANA Screening	Concentración en los kits ANA Screening	Pureza
Anticuerpo anti-IgG humana de cabra con fosfatasa alcalina	Animal (cabra)	Anticuerpo secundario (anticuerpo de detección) en tampón de conjugado	< 0,1 µg/ml en tampón de conjugado	Desconocido. Ningún anticuerpo es detectable por componentes del suero que no sean inmunoglobulinas.
Antígeno Nucleosoma	Animal, purificada a partir de cromatina de timo bovino	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,1 mg/ml Un punto de Nucleosoma = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno ADNbc	Animal, purificada a partir de timo bovino	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,5 mg/ml Un punto de ADNbc = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno Histonas	Animal, purificada a partir de timo bovino	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,025 mg/ml Un punto de Histonas = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno Sm	Animal, purificada a partir de timo bovino	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,04 mg/ml Un punto de Sm = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno RNP 68kD/A/C	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,02 mg/ml Un punto de RNP 68kD/A/C = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno Sm/RNP	Animal, purificada a partir de timo bovino	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,02 mg/ml Un punto de Sm/RNP = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno SSA/Ro 60kD	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,04 mg/ml Un punto de SSA/Ro 60kD = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno SSA/Ro 52kD	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,0125 mg/ml Un punto de SSA/Ro 52kD = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno SSB	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,01 mg/ml Un punto de SSB = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno Scl-70	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,02 mg/ml Un punto de Scl-70 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno Ku	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,025 mg/ml Un punto de Ku = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno PM-Scl 100	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,2 mg/ml Un punto de PM-Scl 100 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno Mi-2	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,04 mg/ml Un punto de Mi-2 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno Jo-1	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,02 mg/ml Un punto de Jo-1 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno PL-7	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,067 mg/ml Un punto de PL-7 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno PL-12	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,1 mg/ml Un punto de PL-12 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno SRP-54	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,067 mg/ml Un punto de SRP-54 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno Ribosoma P0	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,025 mg/ml Un punto de Ribosoma P0 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno CENP-A/B	recombinante, humano, expresado en células	Biomarcador (antígeno) como	CENP-A: 0,033 mg/ml CENP-B: 0,025 mg/ml Un punto de CENP-	> 80%

	Sf9 infectadas con baculovirus	recubrimiento de las tiras	A/B = 25 nl en cada tira	
Antígeno PCNA	recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,2 mg/ml Un punto de PCNA = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno sp100	Recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	0,04 mg/ml Un punto de sp100 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno gp210	Recombinante, humano, expresado en <i>E. coli</i>	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	< 0,01 mg/ml Un punto de gp210 = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno M2 recombinante	Recombinante, humano, expresado en células Sf9 infectadas con baculovirus	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	< 0,5 mg/ml Un punto de M2 recombinante = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno M2/nPDC	Purificado a partir de corazón bovino	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	< 0,04 mg/ml Un punto de M2/nPDC = 25 nl en cada tira	> 80%
Antígeno actina F	Preparado a partir de actina G purificada de músculo esquelético de conejo	Biomarcador (antígeno) como recubrimiento de las tiras	< 0,65 mg/ml Un punto de actina F = 25 nl en cada tira	> 80%
Proteína L	Bacteriano (de <i>Peptostreptococcus magnus</i>)	Control reactivo (positivo)	0,01 mg/ml Un punto de RC = 25 nl en cada tira	> 95%
Estreptavidina con fosfatasa alcalina	Bacteriano (de <i>Streptomyces avidinii</i>)	Control del valor de corte (negativo)	< 0,1 µg/ml Un punto de CO = 25 nl en cada tira	Desconocido.
NBT-BCIP	Sintético (sustancia química)	Sustrato para la fosfatasa alcalina	0,2 mg/ml	≥ 98%

4. MATERIAL NECESARIO PERO NO SUMINISTRADO

Neptune Instrument:



El Neptune Scanner y el Neptune Quantification Software:



El Neptune Instrument es un equipo que realiza los distintos pasos de incubación y lavado de las tiras de inmunotransferencia por puntos de Diasource, desde el depósito de la muestra hasta el desarrollo de color final. La capacidad máxima es de 24 tiras que se incuban de forma simultánea. Cada tira está asociada a un cartucho que contiene los distintos reactivos necesarios para el análisis. El Neptune Instrument cuenta con un lector de código de barras que controla la asociación correcta entre una tira y su cartucho.

Se recomienda encarecidamente impartir formación al personal antes de utilizar este kit (póngase en contacto con su distribuidor).

Consulte el manual del usuario antes de utilizar el Neptune Instrument.

El Neptune Scanner y el Neptune Quantification Software han diseñado para leer los resultados del análisis de las tiras de inmunotransferencia por puntos de Diasource. El software y el escáner deben utilizarse de forma combinada.

El escáner se ha desarrollado específicamente para leer las tiras con este diseño especial. Basándose en la imagen de las tiras escaneadas, el software convierte la intensidad de cada punto/línea en un valor numérico (la escala numérica se basa en la intensidad de una escala de grises). Los resultados se expresan en unidades arbitrarias (de 0 a 100). Se pueden leer de 1 a 24 tiras.

Se recomienda encarecidamente impartir formación al personal antes de utilizar este kit (póngase en contacto con su distribuidor).

Póngase en contacto con su distribuidor para obtener la última versión del software.

Consulte el manual del usuario antes de utilizar el escáner y el software.

Otro material: Micropipetas, papel absorbente, equipo de protección (véase el apartado 6).

5. CONSERVACIÓN

El kit de la prueba debe conservarse a una temperatura de +2 °C a +8 °C durante todo su periodo de validez (consulte la fecha de caducidad indicada en el kit). No congelar.

Después de la apertura inicial del kit, los cartuchos de reactivos sin usar deben conservarse a 2-8 °C protegidos de la luz (solar) y, preferiblemente, en la caja original del kit.

Las tiras no utilizadas deben volver a colocarse en las bolsas suministradas, sellarse y conservarse a 2-8 °C, preferiblemente en la caja original del kit. Si se conservan correctamente, todos los componentes del kit de la prueba permanecerán estables hasta la fecha de caducidad indicada.

6. MEDIDAS DE SEGURIDAD

1. Todos los reactivos son exclusivamente para diagnóstico *in vitro* y uso profesional. El kit de la prueba debe procesarlo exclusivamente personal técnico con la debida formación.

2. Los reactivos del kit se consideran no peligrosos, ya que las concentraciones de sustancias químicas potencialmente peligrosas son inferiores a los umbrales establecidos en la normativa europea:

Nombre	CAS	EINECS	Concentración en la tira	Clasificación conforme al Reglamento (CE) n.º 1272/2008 Significado Frases H
Nitrocelulosa	9004-70-0	-	<5 %	Sólido inflamable 1 H228

Anexo VI del Reglamento (CE) n.º 1272/2008: n.º de índice: 603-037-00-6; Reglamento (UE) 2015/830 de la Comisión, punto 3.2.1.

Nombre	CAS	EINECS	Concentración en la mezcla	Clasificación (en forma concentrada) conforme al Reglamento (CE) n.º 1272/2008 Significado Frases H
MIT:	55965-84-9	-	<0,0015 %	Toxicidad aguda 2, H330 Toxicidad aguda 2, H310 Toxicidad aguda 3, H301 Corrosión cutánea 1C, H314; C ≥ 0,6% Lesiones oculares 1, H318; C ≥ 0,6% Sensibilización cutánea 1A, H317; C ≥ 0,0015% Peligro acuático agudo 1, H400 Peligro acuático crónico 1, H410

Anexo al Reglamento (UE) 2018/1480 de la Comisión; n.º de índice: 613-167-00-5; Reglamento (UE) 2015/830 de la Comisión, punto 3.2.1.

Nombre	CAS	EINECS	Concentración en la mezcla	Clasificación (en forma concentrada) conforme al Reglamento (CE) n.º 1272/2008 Significado Frases H
NaN₃	26628-22-8	247-852-1	<0,1 %	Toxicidad aguda 2 H300 Toxicidad aguda 1 H310 STOT RE 2 H373 Peligro acuático agudo 1 H400 Peligro acuático crónico 1 H410

Anexo VI del Reglamento (CE) n.º 1272/2008: n.º de índice: 011-004-00-7; Reglamento (UE) 2015/830 de la Comisión, punto 3.2.1.

Nombre	CAS	EINECS	Concentración en la mezcla	Clasificación (en forma concentrada) conforme al Reglamento (CE) n.º 1272/2008 Significado Frases H
NBT	298-83-9	206-067-4	<0,01 %	Toxicidad aguda 4 H302

Sin embargo, estas sustancias químicas son tóxicas en forma concentrada. Por tanto, debe evitarse el contacto con la piel, los ojos y las mucosas utilizando elementos adecuados de protección personal (guantes, bata de laboratorio, gafas de seguridad). Al igual que sucede con cualquier sustancia química con peligros específicos, el producto y sus componentes debe manipularlos exclusivamente personal cualificado, manteniendo las debidas precauciones.

- Las muestras de los pacientes deben manipularse como sustancias potencialmente infecciosas; por tanto, se debe utilizar una protección adecuada (guantes, bata de laboratorio, gafas de seguridad). En cualquier caso, deben aplicarse las BPL con todas las normas de seguridad generales e individuales que sean de rigor.
- Eliminación de residuos: Las muestras de los pacientes, las tiras reactivas incubadas y los cartuchos usados deben manipularse como residuos infecciosos. No es necesaria la eliminación selectiva de las cajas y los demás recipientes, a menos que se indique de otro modo en la normativa vigente.
- Este kit contiene sustancias de origen animal, humano y bacteriano (véase el apartado 3.3) en muy baja concentración. Todas estas sustancias se han seleccionado de modo que no contengan ningún agente microbiano o transmisible y no son tóxicas en la concentración utilizada en el kit. No obstante, es necesario aplicar buenas prácticas de laboratorio (uso de gafas y guantes) en el lugar donde se utilicen.

7. RECOMENDACIONES

- Diasource y sus distribuidores autorizados declinan toda responsabilidad por los daños causados indirectamente o provocados por un cambio o modificación del procedimiento indicado, un uso inadecuado del kit y/o el uso de un kit incompleto o dañado. El uso de este kit está reservado exclusivamente a personal técnico cualificado.
- La responsabilidad de Diasource quedará limitada en cualquier caso a la sustitución del kit.
- En caso de que se produzca un incidente grave (una lesión, un problema de salud o la muerte) con este producto para diagnóstico *in vitro*, notifíquelo inmediatamente al fabricante (en la dirección que figura más abajo) y a las autoridades sanitarias de su país.

8. RECOGIDA, MANIPULACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS

Esta prueba se debe realizar exclusivamente en muestras de suer tomadas recientemente. Los sueros con partículas deben centrifugarse a baja velocidad. Para la toma de muestras de sangre, deben utilizarse tubos secos. No utilice mezclas de distintos sueros, ya que los resultados pueden ser contradictorios (véase el apartado 10.4). Después de la separación, las muestras de suero deben utilizarse inmediatamente o dividirse en alícuotas y conservarse a una temperatura de 2-8 °C (para un periodo máximo de 14 días) o congelarse a -20 °C (para periodos de conservación más largos, con un máximo de 13 meses). Las muestras pueden someterse como máximo a 10 ciclos repetidos de congelación y descongelación.

9. PROCEDIMIENTO DE LA PRUEBA

INFORMACIÓN BÁSICA, MANIPULACIÓN Y CONSEJOS:

Principio del PROCESO DE LA PRUEBA:

Después de la carga manual de las tiras y los cartuchos de reactivos, el *Neptune Instrument* procesa automáticamente los pasos de incubación

y lavado; mediante la continua agitación hacia arriba y hacia abajo de las tiras en los pocillos de los cartuchos de reactivos listos para usar, se asegura una circulación eficaz de los líquidos sobre las tiras. Todo el procedimiento de la prueba se realiza a temperatura ambiente.

Descripción de las TIRAS:

La **cara reactiva (anterior)** de las tiras está recubierta con antígenos que presentan el aspecto de puntos de color azul tenue. Este color asegura que todos los antígenos están correctamente colocados en la membrana. El color desaparece durante el procesamiento de la prueba. La cara anterior también contiene un número de tira y un código de barras cuadrado bidimensional para la trazabilidad de las tiras después de retirarlas del *Neptune Instrument* al final de la prueba.



La **cara no reactiva (posterior)** de las tiras contiene información alfanumérica y en código de barras con la que el *Neptune Instrument* identifica el tipo y el número de lote de las tiras.



Las tiras deben introducirse manualmente en la pinza antes de iniciar el proceso automático (consulte los apartados 9.1 y 9.2, «Preparación de la prueba»). Durante esta operación, evite tocar con los dedos la zona de la membrana de las tiras. Utilice siempre guantes de laboratorio y sostenga y manipule las tiras por las zonas de plástico (el soporte de la tira).

Descripción de los CARTUCHOS: (véase la imagen de la página 1)

Los cartuchos de reactivos constan de 7 pocillos diferentes llenos de reactivos listos para usar. Los cartuchos están sellados y los pocillos de reactivo están separados herméticamente. Antes de iniciar la prueba, los cartuchos deben desprecintarse. Una vez abiertos, los cartuchos deben manipularse con cuidado para evitar derrames de reactivos y contaminación entre pocillos. La cara posterior de los cartuchos está etiquetada con información alfanumérica y en código de barras con la que el *Neptune Instrument* identifica el tipo y el número de lote del cartucho.

Los cartuchos deben cargarse manualmente en el soporte de cartuchos antes de iniciar el proceso automático (véanse los apartados 9.1 y 9.2, «Preparación de la prueba»). Las caras anterior y posterior de los cartuchos tienen, respectivamente, un borde de plástico triangular en la parte inferior y dos bordes de plástico cuadrados (uno abajo y otro arriba) para colocarlos en el soporte en la posición y orientación adecuadas.

Descripción de los CONTROLES:

El **control de la muestra o control de la reacción (RC)** consiste en una proteína (proteína L) que fija todas las inmunoglobulinas presentes en la muestra analizada. Si la prueba se ha realizado correctamente, este control presentará una coloración al final de la prueba (con una intensidad que dependerá de la concentración efectiva de inmunoglobulinas de la muestra).

La ausencia de coloración de este punto al final de la prueba puede indicar que la muestra no se ha pipeteado en la tira (véase el apartado 10.4 *Solución de problemas*). El *Neptune Quantification Software* indica si el RC es bajo ($45\% < RC < 55\%$) o falta (45% o menos).

El **control del blanco** es una medida de la concentración de fondo del análisis y constituye el punto de partida (0 U/ml) de la curva de calibración.

La **curva de calibración** consta de 6 puntos correspondientes a una dilución en serie de una proteína (estreptavidina con fosfatasa alcalina) que reacciona con el sustrato enzimático y con determinados elementos presentes en las muestras analizadas (0 U/ml , 6 U/ml , 12 U/ml , 25 U/ml , 50 U/ml y 100 U/ml). Si la prueba se ha realizado correctamente, la calibración presentará una coloración al final de la prueba, que dependerá de la cinética del sustrato y de las características de la muestra. La regresión logarítmica obtenida al medir los 6 puntos de la curva simula la cinética de unión de un autoanticuerpo en su antígeno específico, los resultados semicuantificados obtenidos con *Diasource Multiquant kits* están, por tanto, mucho más correlacionados con la concentración de autoanticuerpo presente en la muestra.

El punto de 6 U/ml de la curva corresponde al valor umbral ($CO = \text{valor de corte}$) para la interpretación final de los resultados (véase el apartado 10).

El *Neptune Quantification Software* muestra un mensaje de error si no se verifica la condición de $0 \text{ U/ml} < 6 \text{ U/ml} < 12 \text{ U/ml} < 25 \text{ U/ml} < 50 \text{ U/ml} < 100 \text{ U/ml}$.

Los **controles del conjugado (IgG, IgM e IgA)** están formados por distintos subtipos de inmunoglobulinas (G, M y A) inmovilizadas. Si el análisis se ha realizado correctamente, el punto de la IgG es el único que reacciona. El *Neptune Quantification Software* muestra un mensaje de error si el valor del control de la IgG es demasiado bajo ($< 15 \text{ UA}$) y/o si los controles de IgM e IgA son demasiado altos ($> 15 \text{ UA}$). ($\text{UA} = \text{unidades absolutas}$).

Los **controles del sustrato (3 tripletes de puntos)** consisten en enzimas inmovilizadas que reaccionan con el sustrato enzimático. Si el análisis se ha realizado correctamente, estos controles aparecerán coloreados al final del análisis. El *Neptune Quantification Software* muestra un mensaje de error si la pendiente de la curva calculada en la regresión lineal de los 3 tripletes de puntos no está dentro de las especificaciones ($0,1 < \text{pendiente} < 3,0$).

Asociación entre TIRAS y CARTUCHOS

Las tiras y los cartuchos de un mismo kit de análisis tienen el mismo número de lote y están destinados a asociarse por pares específicos de cada lote. No asocie una tira y un cartucho con números de lote diferentes, ya que el *Neptune Instrument* consideraría que esta asociación es una configuración no válida y detendría el proceso.

Siempre que cada par de tira/cartucho sea válido, el *Neptune Instrument* puede procesar asociaciones de tiras/cartuchos de diferentes kits; sin embargo, solo los kits que tienen el mismo número de protocolo (el mismo tiempo y secuencia de incubación) pueden procesarse juntos en un mismo análisis (consulte el número de protocolo indicado bajo la referencia del kit, en la parte superior de la primera página).

9.1 Preparación de la prueba en el Neptune Instrument

Antes de utilizar el *Neptune Instrument*, consulte el manual del usuario que se suministra con el equipo.

- Deje que todos los componentes del kit alcancen la temperatura ambiente (de $+18 \text{ }^{\circ}\text{C}$ a $+25 \text{ }^{\circ}\text{C}$) antes de utilizarlos.
- Debe elaborarse siempre una lista de trabajo (ya sea en el *Neptune Quantification Software* o de otro modo) para facilitar la carga y la correcta asociación entre las tiras, los cartuchos y las muestras de los pacientes.
- Compruebe que el soporte de cartuchos esté bien sujeto en su sitio en el *Neptune Instrument*.
- Asegúrese de que el *Neptune Instrument* esté conectado a una toma de corriente.

La siguiente secuencia de pasos resume las operaciones de carga y preparación del *Neptune Instrument*, de las tiras reactivas, de los cartuchos de reactivos y de las muestras de los pacientes que deben realizarse antes de iniciar el análisis. Para obtener

información detallada o en caso de que surja algún problema en uno de los pasos siguientes, consulte el manual del usuario del Neptune Instrument.

1. Encienda el Neptune Instrument y espere unos segundos hasta que la pantalla táctil muestre la fecha y la hora.
2. Confirme que la fecha y la hora son correctas pulsando **V** en la pantalla táctil (en el primer uso o para reiniciar el instrumento, consulte el manual del usuario del Neptune Instrument) → la pantalla mostrará **«Initialize?»**.
3. Confirme el reinicio pulsando **V** en la pantalla táctil → el brazo horizontal del instrumento avanzará automáticamente hasta una posición central (en espera) → la pantalla mostrará **«Load strips (24)»**.
4. (No establezca ni confirme el número de tiras en este paso). Retire la pinza de su sitio en el brazo tirando de ella hacia arriba con cuidado y cargue entonces las tiras que va a analizar: sostenga la pinza con la cara numerada hacia arriba (posición abierta) e inserte las tiras, también con la cara numerada (reactiva) hacia arriba, introduciendo la parte de plástico superior (la lengüeta) en los correspondientes orificios de la pinza. Presione suavemente para asegurarse de que la lengüeta de plástico llegue al extremo inferior del orificio.

Notas:

Comience siempre a cargar por la posición 1 de la pinza (lado izquierdo) y no deje nunca espacios vacíos entre las tiras.

Una vez cargadas las tiras, compruebe visualmente su alineación vertical, horizontal y lateral. Cualquier desalineación evidente debe corregirse descargando la tira o las tiras de la pinza y volviendo a cargarlas.

Atención: los trozos de plástico que queden después de la rotura de cada soporte de tiras pueden dificultar el procesamiento en el instrumento y/o la lectura con el Neptune Scanner; córtelos con unas tijeras.

5. Vuelva a colocar la pinza en su sitio en el brazo empujándola suavemente hacia abajo.
6. Especifique el número de tiras cargadas mediante las flechas hacia arriba y hacia abajo de la pantalla táctil.
7. Confirme el número de tiras cargadas pulsando **V** en la pantalla táctil → el brazo horizontal retrocederá automáticamente para colocarse sobre los orificios de alineación del soporte de cartuchos → la pantalla mostrará **«Check alignment»**.
8. Utilice la función «Paso a paso» que verá en la pantalla para comprobar que las tiras están correctamente alineadas: mantenga una suave presión sobre la flecha hacia abajo en la pantalla táctil hasta que la parte inferior de las tiras se introduzca en los orificios de alineación del soporte de cartuchos. Si están alineadas correctamente, las tiras no tocarán los contornos de los orificios.

Nota:

Si las tiras están desalineadas (y por tanto entran en contacto con el soporte de cartuchos) consulte el manual del usuario del Neptune Instrument.

9. Confirme la correcta alineación de las tiras pulsando **V** en la pantalla táctil → el Neptune Instrument bajará las tiras por completo, introduciéndolas en los orificios de alineación, y leerá los códigos de barras de las tiras → una vez leídos todos los códigos de barras, la pantalla mostrará **«Load reagent»**.

Nota:

En caso de que falle la lectura de uno o varios códigos de barras de las tiras (parpadeará el LED de la posición no leída) consulte el manual del usuario del Neptune Instrument.

10. Abra los cartuchos de reactivos e introdúzcalos en las correspondientes muescas del soporte de cartuchos, bajo sus respectivas tiras.
11. Confirme la finalización de la carga de cartuchos pulsando **V** en la pantalla táctil → el Neptune Instrument leerá los códigos de barras de los cartuchos y comprobará su correcta asociación con las tiras → una vez leídos todos los códigos de barras, en la pantalla se indicará el número de tiras (las asociaciones validadas de tira/cartucho).

Nota:

En caso de que falle la lectura de uno o varios códigos de barras de los cartuchos o si se detecta una asociación errónea de tira/cartucho (parpadeará el LED de la posición correspondiente) consulte el manual del usuario del Neptune Instrument.

12. Confirme el número de tiras pulsando **V** en la pantalla táctil → la pantalla mostrará el número de protocolo identificado en los códigos de barras (**«Protocol ID xx»**).
13. Confirme el número de protocolo pulsando **V** en la pantalla táctil → la pantalla mostrará **«Please close cover»**.
14. Cierre la cubierta del Neptune Instrument y confirme que está cerrada pulsando **V** en la pantalla táctil → el Neptune Instrument procederá a realizar un primer paso de lavado (pretratamiento) incubando las tiras en el segundo pocillo de los cartuchos (tiempo de procesamiento: 1 minuto) → al final del paso de humectación, la pantalla mostrará **«Please open cover»**.
15. Abra la cubierta del Neptune Instrument y confirme que está abierta pulsando **V** en la pantalla táctil → el brazo horizontal avanzará automáticamente hasta la parte delantera del instrumento e inclinará las tiras → la pantalla mostrará **«Dry strips»**.
16. Seque las tiras aplicando suavemente papel absorbente sobre la base de la pequeña cavidad inferior (el orificio de carga de muestras).
17. Confirme el secado pulsando **V** en la pantalla táctil → la pantalla mostrará **«Apply samples»**.
18. Aplique las muestras pipeteando 10 µl de suero del paciente en los orificios inferiores de carga de muestras de las tiras.

Nota:

Si lo prefiere, puede pipetear los 10 µl de suero directamente en el tampón de dilución («pocillo I») del cartucho. Esta operación puede realizarse en cualquier momento desde la apertura de los cartuchos (véase el punto 9.1.10).

19. Confirme la carga de las muestras pulsando **V** en la pantalla táctil → la pantalla mostrará **«Please close cover»**. Cierre la cubierta del Neptune Instrument y confirme que está cerrada pulsando **V** en la pantalla táctil → el Neptune Instrument iniciará la prueba automáticamente siguiendo la secuencia de pasos del protocolo (véase el punto 9.3). Una vez finalizado el proceso, la pinza se moverá hasta una posición central (en espera) en el Neptune Instrument para permitir una fácil manipulación de la pinza. El instrumento emitirá un pitido y la pantalla mostrará **«Sesión finalizada»**.
20. Aplique suavemente papel absorbente sobre la base de las tiras para eliminar el líquido de la pequeña cavidad inferior (el orificio de carga de muestras) y deje que las tiras se sequen durante 30 minutos antes de proceder a interpretar los resultados. La interpretación debe realizarse en las 24 horas siguientes al procesamiento de la prueba. En caso de utilizar el Neptune Scanner como ayuda para la interpretación de los resultados, deje las tiras procesadas unidas a la pinza.

REGISTRO DE LOS DATOS DE LA PRUEBA

El protocolo de la prueba puede descargarse pulsando el símbolo de la memoria USB y siguiendo las indicaciones de la pantalla: Insertar USB → Escribiendo USB → Sacar USB. Este paso no es obligatorio, pero se recomienda encarecidamente por motivos de trazabilidad y normativos.

9.2 Procesamiento de la prueba (protocolo 02 para todos los kits de inmunotransferencia por puntos de Diasource en el Neptune Instrument):

Paso	Descripción	Tiempo de procesamiento
01.	Las tiras se incuban en el primer pocillo del cartucho (<i>tampón de dilución</i>). Tras entrar en contacto con el líquido de los pocillos y someterlas a agitación, las muestras precargadas de los pacientes (véase el punto 9.1.18) se liberan desde la pequeña cavidad de la parte inferior de las tiras y se diluyen en el tampón.	30 min
02.	La pinza se mueve hacia delante y las tiras se incuban en el segundo pocillo del cartucho (<i>tampón de lavado</i>)	2 min
03.	La pinza se mueve hacia delante y las tiras se incuban en el tercer pocillo del cartucho (<i>tampón de lavado</i>)	2 min
04.	La pinza se mueve hacia delante y las tiras se incuban en el sexto pocillo del cartucho (<i>tampón de lavado</i>)	2 min
05.	La pinza se mueve hacia atrás y las tiras se incuban en el quinto pocillo del cartucho (<i>conjugado</i>)	10 min
06.	La pinza se mueve hacia atrás y las tiras se incuban en el cuarto pocillo del cartucho (<i>tampón de lavado</i>)	2 min
07.	La pinza se mueve hacia atrás y las tiras se incuban en el tercer pocillo del cartucho (<i>tampón de lavado</i>)	2 min
08.	La pinza se mueve hacia atrás y las tiras se incuban en el segundo pocillo del cartucho (<i>tampón de lavado</i>)	2 min
09.	La pinza se mueve hacia delante y las tiras se incuban en el séptimo pocillo del cartucho (<i>sustrato</i>)	10 min
10.	La pinza se mueve hacia atrás y las tiras se incuban en el sexto pocillo del cartucho (<i>tampón de lavado</i>)	2 min

10. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación de los resultados se realiza por medio del el sistema de escaneado (Neptune Quantification Software y Neptune Scanner). Consulte los manuales del usuario específicos.

Nota: El Neptune Quantification Software es solo un software de ayuda a la interpretación. La interpretación clínica final debe validarla siempre un profesional médico.

AVISO IMPORTANTE: NO es posible que todos los parámetros de este kit den un resultado positivo; en tal caso, la prueba debe considerarse no válida. Para establecer el diagnóstico debe realizarse una prueba adicional.

1. Retire la pinza del Neptune Instrument. Deje las tiras procesadas unidas a la pinza. **Tenga cuidado: las tiras deben estar siempre completamente secas antes de comenzar a escanearlas.**
2. Introduzca la pinza, con la cara reactiva de las tiras hacia abajo, en su correspondiente sitio de la cubierta del Neptune Scanner.
3. Comience a escanear las tiras con el Neptune Quantification Software.

10.1 Controles de validación:

Antes de evaluar los resultados de antígenos, el Neptune Quantification Software comprueba automáticamente los puntos siguientes para la validación de los procedimientos del análisis (véase el apartado 9 para los valores de especificación):

- La **curva de calibración (incluyendo el control del blanco)** (6 líneas triplicadas, incluyendo el control del blanco, con intensidad de color creciente de arriba abajo) debe ajustarse a una ecuación de curva específica predeterminada.
- Los **controles de la muestra** (2 líneas triplicadas, la primera y la última de la muestra) deben tener una intensidad de color mínima predeterminada.
- Los **controles del conjugado** (3 líneas triplicadas, respectivamente para IgG, IgM e IgA de arriba abajo) deben tener una intensidad de color mínima predeterminada, solo para la correspondiente especificidad del conjugado del kit.
- Los **controles del sustrato** (3 líneas triplicadas, con intensidad de color creciente de arriba abajo) deben ajustarse a una regresión lineal predeterminada.

10.2 Semicuantificación de los resultados:

Cada tira contiene una **curva de calibración** integrada con **6 puntos de dilución** a los que se asignan los valores arbitrarios de 0 (blanco), 6, 12, 25, 50 y 100 U/ml; el Neptune Quantification Software mide la intensidad en la escala de grises de cada punto de dilución de la curva triplicada y calcula la regresión logarítmica para determinar la curva de calibración de la prueba:

Valor en la escala de grises de un triplete de puntos (UA) = $m * \ln(a * \text{valor correspondiente en U/ml} + b)$

Conforme a esta regresión, se calcula en U/ml el valor en la escala de grises de cada punto de antígeno. En los kits Diasource multiquant, el **valor de corte** del fabricante **es de 6 U/ml** para todos los antígenos.

RESULTADO POSITIVO:

Una muestra se considera positiva para un determinado anticuerpo si el valor del punto de antígeno correspondiente es **mayor que** el valor de corte.

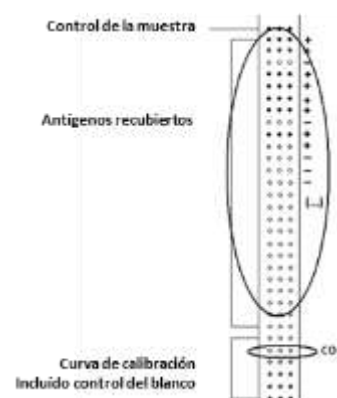
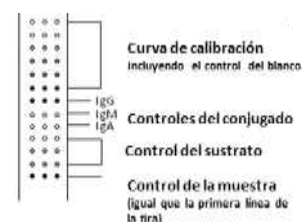
En su hoja de resultados principal, el Neptune Quantification Software resalta los antígenos para los que el resultado es positivo e indica el valor numérico calculado entre paréntesis.

RESULTADO NEGATIVO:

Una muestra se considera negativa para un determinado anticuerpo si el valor del punto de antígeno correspondiente es **menor o igual que** el valor de corte.

Resultados de Neptune Quantification Software (U/ml)	Interpretación
< 6	Negativo
6-12	Dudoso (*)
> 12	Positivo

Para obtener información detallada sobre el escáner Neptune Scanner y el Neptune Quantification Software, consulte el manual del usuario.



10.3 Recomendaciones importantes para la interpretación de los resultados

1. Los kits de Diasource están pensados como una ayuda para el diagnóstico. Por tanto, no puede establecerse ningún diagnóstico que se base únicamente en nuestros kits. Los resultados siempre deben interpretarse teniendo en cuenta la exploración clínica, la anamnesis del paciente y los resultados obtenidos con otros métodos.
Ninguna técnica puede por sí sola descartar la posibilidad de obtener resultados falsos positivos o falsos negativos. En consecuencia, siempre que sea posible, debe realizarse una prueba de inmunofluorescencia indirecta antes de utilizar este kit (la inmunofluorescencia es el método de referencia en las pruebas de autoinmunidad).
2. La intensidad de un resultado no está necesariamente relacionada con el grado de intensidad de la enfermedad, sino más bien con el nivel de anticuerpos detectado.
3. Pueden obtenerse valores bajos de autoanticuerpos en pacientes sanos. Por ello, los resultados positivos bajos (cerca del valor de corte, entre 6 y 12 U/ml), aunque sean válidos, deben considerarse dudosos. En tales casos, se recomienda repetir la prueba al paciente, preferiblemente con una nueva muestra. Si el resultado sigue siendo dudoso al repetir el análisis, deben utilizarse otras pruebas diagnósticas y/o los datos clínicos como ayuda para determinar el estado autoinmunitario del paciente.
4. Por diversos motivos, y en determinadas condiciones, el kit puede presentar algún problema de funcionamiento (consulte el apartado 10.4, «Solución de problemas»). En estos casos, los resultados no son válidos y no pueden interpretarse. Se recomienda repetir la prueba. Si el error persiste, póngase en contacto con su distribuidor.
5. La intensidad de los resultados puede disminuir hacia el final de la vida útil del producto. Sin embargo, el rendimiento del kit (detección de positivos y negativos) no se ve afectado en condiciones normales de uso y conservación.
6. En ocasiones, el muestreo secuencial (en fechas distintas) de un paciente con una enfermedad autoinmune puede arrojar resultados distintos de una muestra a otra. Esta diferencia puede tener varias causas: el tratamiento del paciente, la evolución de la enfermedad o una seroconversión. En el caso concreto de la seroconversión, el resultado puede ser positivo para un autoanticuerpo de una muestra temprana del paciente y, después, volverse positivo para otro autoanticuerpo en una muestra posterior del mismo paciente.

10.4 Solución de problemas

Problema	Posibles causas + medidas
Discrepancia de los resultados con respecto a un método de referencia	- Uso - pipeteado incorrecto del suero - volumen dispensado incorrecto - uso de dos muestras distintas del mismo paciente (véase el apartado 10.3.6) o manipulación/conservación incorrecta de las muestras entre pruebas - Lectura de Neptune Quantification Software errónea → repita la prueba - Material - presencia de sustancias interferentes en la muestra - la muestra es una mezcla de distintos sueros humanos → Repita la prueba y confirme el resultado por otros métodos - Método - Rendimiento intrínseco del kit (véase el apartado 11.2 «Sensibilidad y especificidad analíticas») - kit caducado - problema de estabilidad Póngase en contacto con su distribuidor para cualquier otra solicitud de asistencia técnica.
Resultados diferentes en el mismo lote o entre varios lotes	- Uso - pipeteado incorrecto del suero - volumen dispensado incorrecto - Lectura de Neptune Quantification Software incorrecta → repita la prueba - Método - Rendimiento intrínseco del kit (véase el apartado 11.1 «Repetibilidad y reproducibilidad»)
Contaminación entre tiras contiguas	- Uso - pipeteado incorrecto del suero → repita la prueba - Falta de verticalidad de las tiras en el Neptune Instrument → Corrija la verticalidad Póngase en contacto con su distribuidor para cualquier otra solicitud de asistencia técnica.
Control de la muestra (RC) ausente o débil	- Uso - No se ha pipeteado suero → repita la prueba - Paciente con déficit de inmunoglobulinas → Repita la prueba para confirmar el estado del paciente - Reactivos deteriorados → Compruebe la integridad de los reactivos → Póngase en contacto con su proveedor si sospecha que existe algún problema - El punto no aparece en la tira → Cuente el número de puntos de la tira; si no es correcto, póngase en contacto con su proveedor
Curva de calibración / Control de la IgG / Controles del sustrato ausentes o bajos	- Reactivos deteriorados → Compruebe la integridad de los reactivos y póngase en contacto con su distribuidor si sospecha que existe algún problema. - El punto no aparece en la tira → Cuente el número de puntos presentes en la tira y póngase en contacto con su distribuidor si es un número incorrecto - Paciente con déficit de inmunoglobulinas → Repita la prueba para confirmar el estado del paciente
No se ha verificado la especificación de los puntos de la curva de 0 U/ml < 6 U/ml < 12 U/ml < 25 U/ml < 50 U/ml < 100 U/ml.	- Lectura de Neptune Quantification Software incorrecta → Compruebe el posicionamiento de la lectura
Controles de IgA y/o IgM demasiado altos	- Sustancias interferentes en la muestra/concentración de fondo demasiado alta → No se pueden leer los controles de IgA/IgM
Uniones no específicas, un nivel de fondo elevado o un valor de CO elevado	Puede sospecharse la presencia de un contaminante o sustancia interferente en la muestra del paciente → Repita la prueba y confirme el resultado por otros métodos Póngase en contacto con su distribuidor para cualquier otra solicitud de asistencia técnica.
No se puede leer el código de barras de las tiras o cartuchos	Existe un problema de fabricación, póngase en contacto con su distribuidor
El contenido del kit no es correcto	Existe un problema de fabricación, póngase en contacto con su distribuidor
Resultados positivos para todos los biomarcadores del kit	→ Existe un problema con los reactivos; póngase en contacto con su distribuidor → Déficit de IgG (curva de calibración baja)

NOTA:

Los principales riesgos residuales del kit, tal como se indica en el análisis de riesgos del kit tras su diseño (después de la mitigación), son los siguientes:

- 1) Riesgo de resultados falsos debidos a un error de pipeteado (suero equivocado)
- 2) Riesgo de resultados falsos debidos a la presencia de una sustancia interferente en la muestra

11. RENDIMIENTOS

11.1 Repetibilidad y reproducibilidad

Se analizaron muestras de referencia para cada anticuerpo en series sucesivas estadísticamente representativas, tanto en la misma sesión de análisis como en diferentes sesiones y entre lotes distintos, para calcular las variaciones intraensayo, interensayo e interlote, respectivamente.

En todos los casos, las variaciones de la intensidad del color, cuando se semicuantificaron con el Neptune Quantification Software, estuvieron dentro de los siguientes límites esperados:

CV ≤ 10% (intraensayo)

CV ≤ 15% (interensayo)

CV ≤ 20% (interlote)

11.2 Sensibilidad analítica

Intervalo de medición (resultados semicuantificados): De 0 U/ml (negativo) a 100 U/ml (alto positivo).

Límite de detección: el valor positivo más pequeño que puede medirse en la prueba es 6 UA (un valor que se considera dudoso según el algoritmo de interpretación; véase el apartado 10.2).

Como no está disponible ningún estándar internacional para los autoanticuerpos, la veracidad de la medición y la linealidad no son aplicables a este producto.

11.3 Especificidad analítica

- Las principales sustancias interferentes conocidas se sometieron a análisis con cada uno de los biomarcadores del presente kit.

Para cada concentración de sustancia interferente analizada, la diferencia entre el resultado de la muestra sin la sustancia interferente y el resultado obtenido en presencia de dicha sustancia no fue superior al 15%.

Sustancia interferente	Concentración máxima	Concentración intermedia	Concentración mínima	Diferencia 15% <
Bilirrubina	100 mg/dl	50 mg/dl	25 mg/dl	Sí
Hemoglobina	200 mg/dl	100 mg/dl	50 mg/dl	Sí
Colesterol	224,3 mg/dl	112 mg/dl	56 mg/dl	Sí
IgM antifactor reumatoide	~ 500 UI/ml	~ 300 UI/ml	~ 100 UI/ml	Sí

Nota: Es imposible analizar todas las posibles sustancias interferentes descritas en la bibliografía. Siempre existe la posibilidad de que se produzcan otras interferencias, como por ejemplo las inducidas por fármacos.

- La alta especificidad analítica de la prueba está garantizada por la calidad del antígeno utilizado. El kit detecta anticuerpos IgG frente a nucleosomas, ADNbc, histonas, Sm, RNP 68kD/A/C, Sm/RNP, SSA/Ro 60kD, SSA/Ro 52kD, SSB, Scl-70, Ku, PM-Scl 100, Mi-2, Jo-1, PL-7, PL-12, SRP-54, ribosomal P0, CENP-A/B, PCNA, sp100, gp210, M2 recombinante, M2/nPDC y actina F. No se han observado reacciones cruzadas con otros autoanticuerpos.

11.4 Sensibilidad y especificidad clínicas

La sensibilidad y la especificidad se han calculado a partir de los resultados combinados obtenidos con controles EQAS positivos y negativos clínicamente definidos y a partir de datos históricos (evaluación clínica externa en pacientes clínicamente definidos como positivos y negativos). Estas muestras caracterizadas (positivas o negativas para anticuerpos específicos confirmadas por laboratorios y/o métodos de referencia) se analizaron de acuerdo con las instrucciones de la prueba. Puede solicitarse un informe clínico detallado.

SENSIBILIDAD:			
El porcentaje se determina mediante el siguiente cálculo:			
Sensibilidad			
= $\frac{\text{Resultados verdaderos positivos}}{\text{Resultados verdaderos positivos} + \text{resultados falsos negativos}}$			
Antígeno	Resultados verdaderos positivos	Resultados falsos negativos	Sensibilidad (%)
Nucleosoma	16	0	>99
ADNbc	30	3	91
Histonas	5	0	>99
Sm	23	0	>99
RNP 68kD/A/C	11	0	>99
Sm/RNP	22	0	>99
SSA/Ro 60kD	88	0	>99
SSA/Ro 52kD	60	0	>99
SSB	29	0	>99
Scl-70	11	0	>99
Ku	2	0	>99
PM-Scl 100	2	0	>99
Mi-2	1	0	>99
Jo-1	13	0	>99
PL-7	1	0	>99
PL-12	1	0	>99
SRP-54	1	0	>99
Ribosomal P0	4	1	80
CENP-A/B	21	0	>99
PCNA	2	0	>99
sp100	1	0	>99
gp210	1	0	>99
M2 recombinante	40	0	>99
M2/nPDC	40	0	>99
Actina F	4	0	>99

ESPECIFICIDAD:			
El porcentaje se determina mediante el siguiente cálculo:			
Especificidad			
= $\frac{\text{Resultados verdaderos negativos}}{\text{Resultados verdaderos negativos} + \text{resultados falsos positivos}}$			
Antígeno	Resultados verdaderos negativos	Resultados falsos positivos	Especificidad (%)
Nucleosoma	64	0	>99
ADNbc	175	0	>99
Histonas	62	0	>99
Sm	185	0	>99
RNP 68kD/A/C	134	0	>99
Sm/RNP	121	0	>99
SSA/Ro 60kD	120	1	99
SSA/Ro 52kD	112	0	>99
SSB	167	1	99
Scl-70	197	0	>99
Ku	89	0	>99
PM-Scl 100	159	0	>99
Mi-2	61	0	>99
Jo-1	196	0	>99
PL-7	90	0	>99
PL-12	90	0	>99
SRP-54	90	0	>99
Ribosomal P0	156	0	>99
CENP-A/B	187	1	99
PCNA	109	0	>99
sp100	107	0	>99
gp210	18	0	>99
M2 recombinante	213	0	>99
M2/nPDC	213	0	>99
Actina F	83	0	>99

Nota: Los valores de sensibilidad y especificidad del 100% están estrechamente relacionados con las cohortes de muestras utilizadas en las evaluaciones clínicas. En teoría, no debe considerarse que un kit de diagnóstico tenga una sensibilidad o especificidad del 100% (al menos > 99%).

11.5 Valores diagnósticos de los autoanticuerpos

Antinucleosoma	Marcador diagnóstico para lupus eritematoso sistémico (LES). Sensibilidad del 56-90%. Puede detectarse en un estadio temprano de la enfermedad Puede detectarse en pacientes con lupus inducido por fármacos.
Anti-ADNbc	Marcador diagnóstico (criterio del ACR y las SLICC) del lupus eritematoso sistémico (LES). Se encuentra con frecuencia (> 95%) en el LES con afectación renal, y se detecta en un porcentaje > 50-70% en el LES activo sin afectación renal y < 40% en el LES inactivo. Asociado a la gravedad del LES. Puede detectarse en el 1-12% de los pacientes con artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil, síndrome de Sjögren, miastenia gravis, hepatitis autoinmunitaria, uveítis y síndromes pseudolúpicos inducidos por fármacos o diversas enfermedades infecciosas.
Antihistonas	Se puede detectar en varias enfermedades autoinmunes, sobre todo en trastornos reumáticos: Lupus eritematoso sistémico (LES) (50-80%). Lupus inducido por fármacos (LIF) (92-95%). Artritis reumatoide (AR) (hasta un 11%). Síndrome de Felty (hasta un 79%). Artritis idiopática juvenil (AIJ) (hasta un 51%). Esclerosis sistémica (ES) (hasta un 30%). Enfermedades indiferenciadas del tejido conjuntivo positivas para ANA (hasta un 90%). Cirrosis biliar primaria (CBP) (hasta un 55%). Hepatitis autoinmunitaria (hasta un 35%). La detección de valores elevados de AHA en ausencia de anticuerpos marcadores de LES es característica del lupus inducido por fármacos (LIF).
Anti-Sm	Marcador diagnóstico (criterio del ACR y las SLICC) del lupus eritematoso sistémico (LES). Especificidad diagnóstica del 99% para lupus eritematoso sistémico (LES). Sensibilidad diagnóstica del 5-40% para lupus eritematoso sistémico (LES).
Anti-RNP 68kD/A/C	Criterio diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC). Alta especificidad y extrema sensibilidad (100%) en ausencia de anticuerpos frente a Sm y ADNbc. Se detecta en el 13-32 % de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se detecta en el 10% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES).
Anti-Sm/RNP	Sm: Marcador diagnóstico (criterio del ACR y las SLICC) del lupus eritematoso sistémico (LES). Especificidad diagnóstica del 99% para lupus eritematoso sistémico (LES). Sensibilidad diagnóstica del 5-40% para el lupus eritematoso sistémico (LES). RNP 68kD/A/C: Criterio diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conjuntivo (EMTC). Alta especificidad y extrema sensibilidad (100%) en ausencia de anticuerpos frente a Sm y ADNbc. Se detecta en el 13-32% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se detecta en el 10% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES).
Anti-SSA/Ro60kD	Marcador diagnóstico y criterio de clasificación del síndrome de Sjögren (SS). Mediante EIA: Se detecta en el 96% de los pacientes con SS primario. Se detecta en el 80% de los pacientes con SS secundario. Se detecta en el 25-60% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se detecta en el 90-100% de los pacientes con lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS). Se detecta en el 90% de los pacientes con lupus eritematoso cutáneo neonatal (LECN). Se detecta más raramente (5-15%) en pacientes con artritis reumatoide (AR). Se detecta en el 9% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES).
Anti-SSA/Ro 52kD	Se encuentra en diversas enfermedades autoinmunitarias, como el lupus eritematoso sistémico (LES) (23%), el síndrome de Sjögren (SS) (17-63%), la esclerosis sistémica (ES) (20%), la artritis reumatoide (AR) (8%), la cirrosis biliar primaria (CBP) (28%) y la hepatitis autoinmunitaria (17%). A menudo se detecta en pacientes con miositis con anticuerpos anti-aminoacil-ARNt-sintetasa, anti-SRP, anti-PM/Scl y anti-Jo-1. Puede detectarse en pacientes con esclerosis sistémica, además de Scl-70, CENP-B, CENP-A, RNA PIII y PM/Scl. Marcador de gravedad en pacientes con síndrome antisintetasa y en pacientes con riesgo de complicaciones pulmonares de enfermedades reumáticas autoinmunitarias sistémicas (ERAS).
Anti-SSB	Marcador diagnóstico del síndrome de Sjögren (SS). Mediante EIA: Se detecta en el 70% de los pacientes con SS primario. Se detecta en el 50% de los pacientes con SS secundario. Se detecta en el 25% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se detecta en el 80% de los pacientes con lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS). Se detecta en el 70% de los pacientes con lupus eritematoso cutáneo neonatal (LECN).
Anti-Scl70	Marcador diagnóstico de la esclerosis sistémica (ES). Especificidad diagnóstica del 99%, sensibilidad del 10% para la ES limitada y del 65% como máximo para la ES difusa.
Anti-Ku	Se detecta en el 23% de los pacientes con hipertensión pulmonar «primaria». Se detecta en el 1,8-23% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se detecta en el 1,2-14% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES). Se detecta en el 2-33% de los pacientes con síndrome de solapamiento con miositis.
Anti-PM-Scl 100	Marcador diagnóstico de enfermedades del tejido conjuntivo con miositis y síntomas de esclerosis sistémica Especificidad diagnóstica del 50-70% para el síndrome mixto de polimiositis/esclerodermia, del 20% para la miositis idiopática y del 10% para la esclerosis sistémica (ES). Sensibilidad diagnóstica del 24-55% para el síndrome mixto de polimiositis/esclerodermia, del 8-12% para la miositis idiopática y del 1-16% para la esclerosis sistémica (ES).
Anti-Mi-2	Marcador diagnóstico de la miositis idiopática, con una sensibilidad diagnóstica del 4-18%. Detectable en el 15-31% de los pacientes con dermatomiositis del adulto y en el 10-15% de los pacientes con dermatomiositis juvenil. Marcador pronóstico de una progresión clínica relativamente leve, pero está asociado a un mayor riesgo de cáncer Detectable en los primeros estadios del desarrollo de la miositis.
Anti-Jo-1	Marcador diagnóstico de la miositis idiopática (autoinmunitaria). Especificidad diagnóstica del 100% y sensibilidad diagnóstica del 24-30% para la miositis idiopática (autoinmunitaria).
Anti-PL-7	Marcador diagnóstico de la miositis idiopática, con una sensibilidad del 2-3%. Está estrechamente asociado a la presencia o desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI).
Anti-PL-12	Marcador diagnóstico de la miositis idiopática, con una sensibilidad del 2-3%.

	Está estrechamente asociado a la presencia o desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI).
Anti-SRP-54	Marcador diagnóstico de la polimiositis, con una especificidad del 100% y una sensibilidad del 4-6%. Marcador de diagnóstico diferencial y marcador pronóstico de la debilidad muscular proximal de progresión rápida.
Anti-ribosomal P0	Marcador diagnóstico del lupus eritematoso sistémico (LES) (> 99%); se detecta en el 10-35% de los pacientes con LES. Está asociado a la actividad de la enfermedad (marcador pronóstico). Puede detectarse antes de las manifestaciones del LES (marcador predictivo).
Anti-CENP-A/B	Marcador diagnóstico de la esclerosis sistémica (ES). Sensibilidad del 57-82% para pacientes con síndrome de CREST (u otras formas cutáneas limitadas de ES) y del 3-12% para pacientes con formas cutáneas difusas de ES. Puede detectarse en el 10-30% de los pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP).
Anti-PCNA	Tiene una alta especificidad para el lupus eritematoso sistémico (LES), pero raramente se detecta (3-7%).
Anti-sp100	Los anticuerpos anti-sp100 son específicos (97%) para la colangitis biliar primaria (CBP), con una sensibilidad diagnóstica del 20-40%. Estos autoanticuerpos se detectan con relativa frecuencia (48%) en el grupo de pacientes negativos para AMA con CBP confirmada clínicamente e histológicamente. Los anticuerpos anti-sp100 parecen estar asociados a infecciones de las vías urinarias. El 74% de los pacientes con CBP e infecciones de las vías urinarias son positivos para los anticuerpos anti-sp100 (Bogdanos <i>et al.</i> , 2003). Se han detectado anticuerpos anti-sp100 con una baja frecuencia en enfermedades reumáticas (un 3% en la artritis reumatoide, hasta un 10% en el lupus eritematoso sistémico, un ~5% en la esclerosis sistémica y un 2% en el síndrome de Sjögren). Los anticuerpos anti-sp100 se mantienen después del trasplante de hígado, por lo que no son un marcador adecuado para una posible recidiva de la enfermedad.
Anti-gp210	Los anticuerpos anti-gp210 tienen una alta especificidad para la colangitis biliar primaria (CBP) y son detectables mediante inmunoensayo enzimático en el 10-45% de los pacientes con CBP, con una especificidad del 99,5%. Se observan raramente o muy raramente en hepatitis autoinmunitaria, hepatitis B crónica (12,6%), artritis reumatoide, polimiositis o síndrome de Sjögren. Actualmente se desconoce su posible valor predictivo. El título de anticuerpos anti-gp210 depende de la actividad de la enfermedad o de su grado de progresión. Los anticuerpos anti-gp210 se asocian a manifestaciones extrahepáticas, como la artritis. También se han considerado marcadores pronósticos de malos resultados clínicos y se correlacionan con un riesgo mayor de insuficiencia hepática. Los anticuerpos anti-gp210 se mantienen después del trasplante de hígado, por lo que no son un marcador adecuado para una posible recidiva de la enfermedad.
Anti-M2 recombinante	Los AMA-M2 recombinantes van dirigidos contra proteínas de las subunidades E2 de la familia de complejos enzimáticos de la 2-oxoácido-deshidrogenasa (2-OADC). Los principales antígenos diana de estos complejos son: • Complejo piruvato-deshidrogenasa (PDC-E2, PDH-E2) • Complejo 2-oxoácido-deshidrogenasa de cadena ramificada (BCOADC-E2), a veces conocido como cetoácido-deshidrogenasa de cadena ramificada (BCKD) • Complejo 2-oxoglutarato-deshidrogenasa (OGDC-E2, OADC-E2), también conocido como α-cetoglutarato-deshidrogenasa (KGD) • Proteína de unión a dihidrolipoamida-deshidrogenasa (E3) (E3BP), subunidad E1α del complejo piruvato-deshidrogenasa (PDC-E1α) Cada uno de estos antígenos consta de tres subunidades (E1, E2, E3), y E2 es el epítipo inmunodominante. Consulte el apartado «Anti-M2/nPDC» para conocer los valores diagnósticos.
Anti-M2/nPDC	Los anti-M2/nPDC son anticuerpos marcadores de la colangitis biliar primaria (CBP) y son detectables en cerca del 95% de los casos. Cuentan para los tres criterios diagnósticos de CBP. Aunque tienen una alta especificidad para la CBP, los anti-M2/nPDC también se pueden detectar en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas. Se cree que estos pacientes presentan un mayor riesgo de desarrollar CBP, además de la enfermedad subyacente. En particular, en la variante CREST de la esclerosis sistémica anti-M2/nPDC positiva existe un mayor riesgo de desarrollar CBP (Fregeau <i>et al.</i> , 1988; Zurgil <i>et al.</i> , 1992). En pacientes con LES, la presencia de anti-M2/nPDC se asocia de forma significativa a un aumento de la aminotransferasa (Li <i>et al.</i> , 2006). Los anti-M2/nPDC son detectables en el 3-6% de los pacientes con hepatitis autoinmunitaria (HAI) tipo 1. La mayoría de las veces, son casos de <i>síndrome de solapamiento HAI/CBP</i> . Debe considerarse la existencia de <i>solapamiento HAI/CBP</i> cuando el cociente ALT/aminotransferasa es menor de 1,5, la IgG está elevada y se detectan SMA con títulos superiores a 1:80 (Bowls & Gershwin, 2014). Los anti-M2/nPDC pueden ser predictivos. Pueden aparecer años antes de que se manifieste una CBP. Las personas con niveles de anticuerpos anti-M2/nPDC persistentemente altos tienen mayor riesgo de desarrollar una CBP. Según estudios prospectivos, el 76% de los pacientes asintomáticos positivos para anti-M2/nPDC son diagnosticados de CBP durante un período de observación de 11 a 24 años (Metcalfe <i>et al.</i> , 1996). La prevalencia de anti-M2/nPDC en familiares de primer grado de pacientes con CBP es alta (13,1%) (Nakamura <i>et al.</i> , 2014). Los títulos de anticuerpos anti-M2/nPDC no cambian con el tiempo y no están relacionados con la gravedad o la progresión de la enfermedad (Benson <i>et al.</i> , 2004). Por otra parte, en algunos grupos se ha visto que el título de anticuerpos anti-M2/nPDC disminuye con el tratamiento con AUDC (Nakamura <i>et al.</i> , 2014). Los anti-M2/nPDC persisten después de un trasplante de hígado.
Anti-actina F	Dado que los anticuerpos anti-actina F en niveles altos son anticuerpos marcadores, forman parte de los criterios de diagnóstico del Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmunitaria (tres puntos en el sistema de puntuación si el nivel es > 1: 80, dos puntos si es 1:80 y un punto si es 1:40) para la hepatitis autoinmunitaria (HAI) tipo 1. También forman parte de los criterios simplificados para el diagnóstico de la HAI. Muy a menudo están asociados a los anticuerpos antinucleares (ANA), aunque pueden ser positivos de forma aislada en aprox. el 35% de los pacientes con HAI tipo 1. La sensibilidad y especificidad diagnósticas para la HAI tipo 1 son del ~80% y el 96%, respectivamente. Por consiguiente, unos resultados negativos para anti-actina F no permiten descartar por completo la HAI. Los títulos tienen una correlación limitada con la actividad de la enfermedad. Solo títulos altos, > 1:80, pueden relacionarse con la actividad de la enfermedad. Ni el título de anticuerpos en el momento del diagnóstico ni el comportamiento de los anticuerpos en el curso de la enfermedad son marcadores pronósticos. Nota: En niños, un título de 1:20 puede ser relevante para el diagnóstico. La mayoría de los títulos bajos de anti-actina F pueden observarse en infecciones víricas, como mononucleosis infecciosa o hepatitis C crónica (8-10%), pero también en enfermedades reumáticas, la colangitis biliar primaria (CBP) (22%) y pacientes con hepatopatía alcohólica (3-16%) y enfermedad neoplásica. La prevalencia en personas sanas es de aprox. el 5%.

Referencias bibliográficas:

- 1: Orme ME, Andaluca C, Sjölander S, Bossuyt X. A comparison of a fluorescence enzyme immunoassay versus indirect immunofluorescence for initial screening of connective tissue diseases: Systematic literature review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018 Aug;32(4):521-534. doi: 10.1016/j.berh.2019.03.005. Epub 2019 Apr 15. PMID: 31174821.
- 2: Jeong S, Hwang H, Roh J, Shim JE, Kim J, Kim GT, Tag HS, Kim HS. Evaluation of an Automated Screening Assay, Compared to Indirect Immunofluorescence, an Extractable Nuclear Antigen Assay, and a Line Immunoassay in a Large Cohort of Asian Patients with Antinuclear

- Antibody-Associated Rheumatoid Diseases: A Multicenter Retrospective Study. *J Immunol Res.* 2018 May 2;2018:9094217. doi: 10.1155/2018/9094217. PMID: 29854849; PMCID: PMC5954951.
- 3: Shovman O, Gilburd B, Chayat C, Amital H, Langevitz P, Watad A, Guy A, Perez D, Azoulay D, Blank M, Segal Y, Bentow C, Mahler M, Shoenfeld Y. Prevalence of anti-DFS70 antibodies in patients with and without systemic autoimmune rheumatic diseases. *Clin Exp Rheumatol.* 2018 Jan-Feb;36(1):121-126. Epub 2017 Jul 27. PMID: 28770702.
 - 4: Zheng B, Wang Z, Mora RA, Liu A, Li C, Liu D, Zhai F, Liu H, Gong H, Zhou J, Liu J, Chen L, Wu L, Yuan L, Ying L, Jie L, He M, Hao M, Xu P, Lu Q, Han S, Chen S, Chen S, Zhu S, Sun W, Guo X, Chen Y, Wang Y, Qu Y, Li Z, Niu Z, Han Z, Chan EKL. Anti-DFS70 Antibodies Among Patient and Healthy Population Cohorts in China: Results From a Multicenter Training Program Showing Spontaneous Abortion and Pediatric Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases Are Common in Anti-DFS70 Positive Patients. *Front Immunol.* 2020 Oct 2;11:562138. doi: 10.3389/fimmu.2020.562138. PMID: 33133072; PMCID: PMC7566153.
 - 5: Hayashi N, Uto K, Imanishi A, Sugiyama D, Morinobu A, Saegusa J. Prevalence of anti-dense fine speckled 70 antibodies in healthy individuals and patients with antinuclear antibody-associated autoimmune rheumatic diseases in Japan. *Medicine (Baltimore).* 2021 Mar 5;100(9):e24556. doi: 10.1097/MD.00000000000024556. PMID: 33655922; PMCID: PMC7939200.
 - 6: Aberle T, Bourn RL, Munroe ME, Chen H, Roberts VC, Guthridge JM, Bean K, Robertson JM, Sivils KL, Rasmussen A, Liles M, Merrill JT, Harley JB, Olsen NJ, Karp DR, James JA. Clinical and Serologic Features in Patients With Incomplete Lupus Classification Versus Systemic Lupus Erythematosus Patients and Controls. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017 Dec;69(12):1780-1788. doi: 10.1002/acr.23201. Epub 2017 Nov 14. PMID: 28118528; PMCID: PMC5524597.
 - 7: Zian Z, Maamar M, Aouni ME, Barakat A, Naima Ghailani Nourouti, El Aouad R, Arji N, Bennani Mechita M. Immunological and Clinical Characteristics of Systemic Lupus Erythematosus: A Series from Morocco. *Biomed Res Int.* 2018 Sep 30;2018:3139404. doi: 10.1155/2018/3139404. PMID: 30363993; PMCID: PMC6186365.
 - 8: Wei Q, Jiang Y, Xiao M, Zhang X, Qi J, Xie J, Wu J, Wu Z, Gu J. Comparison of chemiluminescence microparticle immunoassay, indirect immunofluorescence assay, linear immunoassay and multiple microbead immunoassay detecting autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *Scand J Immunol.* 2020 Mar;91(3):e12849. doi: 10.1111/sji.12849. Epub 2020 Jan 3. PMID: 31899559.
 - 9: Au EY, Ip WK, Lau CS, Chan YT. Evaluation of a multiplex flow immunoassay versus conventional assays in detecting autoantibodies in systemic lupus erythematosus. *Hong Kong Med J.* 2018 Jun;24(3):261-269. doi: 10.12809/hkmj177007. Epub 2018 May 25. PMID: 29807953.
 - 10: Betteridge ZE, Woodhead F, Lu H, Shaddick G, Bunn CC, Denton CP, Abraham DJ, du Bois RM, Lewis M, Wells AU, McHugh NJ. Brief Report: Anti-Eukaryotic Initiation Factor 2B Autoantibodies Are Associated With Interstitial Lung Disease in Patients With Systemic Sclerosis. *Arthritis Rheumatol.* 2016 Nov;68(11):2778-2783. doi: 10.1002/art.39755. PMID: 27273608.
 - 11: René Louis Humbel, Groupe d'étude de l'auto-immunité (GEAI), l'info n°7, Mise au point anticorps anti Mi-2, Anticorps anti-DFS70/LEDGF/P75, p3, p6 mai 2015
 - 12: Karsten Conrad, Werner Schössler, Falk Hiepe, Marvin J. Fritzler, Book "Autoantibodies in systemic Autoimmune Diseases", Volume 2, third edition – 2015
 - 13: Chen BH, Wang QQ, Zhang W, Zhao LY, Wang GQ. Screening of anti-mitochondrial antibody subtype M2 in residents at least 18 years of age in an urban district of Shanghai, China. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2016 May;20(10):2052-60. PMID: 27249604.
 - 14: Pang SY, Dai YM, Zhang RZ, Chen YH, Peng XF, Fu J, Chen ZR, Liu YF, Yang LY, Wen Z, Yu JK, Liu HY. Autoimmune liver disease-related autoantibodies in patients with biliary atresia. *World J Gastroenterol.* 2018 Jan 21;24(3):387-396. doi: 10.3748/wjg.v24.i3.387. PMID: 29391761; PMCID: PMC5776400.
 - 15: Zandanell S, Strasser M, Feldman A, Tevini J, Streibinger G, Niederseer D, Pohla-Gubo G, Huber-Schönauer U, Ruhhaltinger S, Paulweber B, Datz C, Felder TK, Aigner E. Low rate of new-onset primary biliary cholangitis in a cohort of anti-mitochondrial antibody-positive subjects over six years of follow-up. *J Intern Med.* 2020 Apr;287(4):395-404. doi: 10.1111/joim.13005. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31802567; PMCID: PMC7154539.
 - 16: Calise SJ, Zheng B, Hasegawa T, Satoh M, Isailovic N, Ceribelli A, Andrade LEC, Boylan K, Cavazzana I, Fritzler MJ, de la Torre IG, Hiepe F, Kohl K, Selmi C, Shoenfeld Y, Tincani A, Chan EKL; IUIS Autoantibody Standardization Committee. Reference standards for the detection of anti-mitochondrial and anti-rods/rings autoantibodies. *Clin Chem Lab Med.* 2018 Sep 25;56(10):1789-1798. doi: 10.1515/ccm-2017-1152. PMID: 29478040; PMCID: PMC8128709.
 - 17: Amin K, Rasool AH, Hattem A, Al-Karboly TA, Taher TE, Bystrom J. Autoantibody profiles in autoimmune hepatitis and chronic hepatitis C identifies similarities in patients with severe disease. *World J Gastroenterol.* 2017 Feb 28;23(8):1345-1352. doi: 10.3748/wjg.v23.i8.1345. PMID: 28293081; PMCID: PMC5330819.
 - 18: Deng CW, Wang L, Fei YY, Hu CJ, Yang YJ, Peng LY, Zeng XF, Zhang FC, Li YZ. Exploring pathogenesis of primary biliary cholangitis by proteomics: A pilot study. *World J Gastroenterol.* 2017 Dec 28;23(48):8489-8499. doi: 10.3748/wjg.v23.i48.8489. PMID: 29358857; PMCID: PMC5752709.
 - 19: Yannick Chantrana , Christophe Corpechotb, David Haddouk, et al., Groupe d'étude de l'auto-immunité (GEAI), 8eme Colloque, Anticorps anti-gp210 et anticorps anti-Sp100 dans la cirrhose biliaire primitive: une association de très mauvais pronostic, n°464 bis, juillet/août 2014
 - 20: Karsten Conrad, Werner Schössler, Falk Hiepe, Marvin J. Fritzler, Book "Autoantibodies in organ Autoimmune Diseases", Volume 8, second edition – 2017
 - 21: Damoiseaux J, Vulsteke JB, Tseng CW, Platteel ACM, Piette Y, Shovman O, Bonroy C, Hamann D, De Langhe E, Musset L, Chen YH, Shoenfeld Y, Allenbach Y, Bossuyt X. Autoantibodies in idiopathic inflammatory myopathies: Clinical associations and laboratory evaluation by mono- and multispecific immunoassays. *Autoimmun Rev.* 2019 Mar;18(3):293-305. doi: 10.1016/j.autrev.2018.10.004. Epub 2019 Jan 11. PMID: 30639643.
 - 22: Tansley SL, Betteridge ZE, Gunawardena H, Jacques TS, Owens CM, Pilkington C, Arnold K, Yasin S, Moraitis E, Wedderburn LR, McHugh NJ; UK Juvenile Dermatomyositis Research Group. Anti-MDA5 autoantibodies in juvenile dermatomyositis identify a distinct clinical phenotype: a prospective cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2014 Jul 2;16(4):R138. doi: 10.1186/ar4600. PMID: 24989778; PMCID: PMC4227127.
 - 23: Peene I, Meheus L, Veys EM, De Keyser F. Diagnostic associations in a large and consecutively identified population positive for anti-SSA and/or anti-SSB: the range of associated diseases differs according to the detailed serotype. *Ann Rheum Dis.* 2002 Dec;61(12):1090-4. doi: 10.1136/ard.61.12.1090. PMID: 12429541; PMCID: PMC1753972.
 - 24: Gniewek RA, Stites DP, McHugh TM, Hilton JF, Nakagawa M. Comparison of antinuclear antibody testing methods: immunofluorescence assay versus enzyme immunoassay. *Clin Diagn Lab Immunol.* 1997 Mar;4(2):185-8. doi: 10.1128/cdli.4.2.185-188.1997. PMID: 9067653; PMCID: PMC170499.
 - 25: Satoh M, Chan JY, Ross SJ, Li Y, Yamasaki Y, Yamada H, Vazquez-del Mercado M, Petri MH, Jara LJ, Saavedra MA, Cruz-Reyes C, Sobel ES, Reeves WH, Ceribelli A, Chan EK. Autoantibodies to transcription intermediary factor TIF1β associated with dermatomyositis. *Arthritis Res Ther.* 2012 Apr 17;14(2):R79. doi: 10.1186/ar3802. PMID: 22513056; PMCID: PMC3446453.
 - 26: Karsten Conrad, Werner Schössler, Falk Hiepe, Marvin J. Fritzler, Book "Autoantibodies in systemic Autoimmune Diseases", Volume 2, third edition – 2015

Atención: la referencia n.º 12 y la n.º 26 son la misma.

12. LIMITACIONES DE LA PRUEBA

1. Los resultados obtenidos con esta prueba confirmatoria dependen del rendimiento intrínseco del kit y deben considerarse como una ayuda para el diagnóstico final, teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante una técnica de referencia y los datos clínicos del paciente.
2. En caso de muestras hiperlipémicas, se recomienda centrifugar antes de pipetear los 10 µl de muestra; este pipeteo debe realizarse en el sobrenadante.
3. No existe relación entre la concentración de los diferentes autoanticuerpos detectada mediante el kit y la gravedad de las enfermedades autoinmunitarias asociadas.
4. La concentración de autoanticuerpos de una muestra de suero no es relativa a los resultados obtenidos mediante el kit.



DIAsource ImmunoAssays S.A.
Rue du Bosquet, 2
BE-1348 Louvain-la-Neuve - BELGIUM

Versión B
Última revisión: 09/2025



D-tek s.a., Parc Initialis
Rue René Descartes 19
BE-7000 Mons – BELGIUM



