

ARTÍCULO ORIGINAL

IMPLEMENTACIÓN DEL MÉTODO BALANCE DEL CONTENIDO VAGINAL (BACOVA) PARA LA DETECCIÓN DE DISFUNCIONES VAGINALES EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DE LA ZONA SUR EN LA CIUDAD DE CORRIENTES.

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte¹, Cataldi Selene M., Cristaldo Fernando V., Fregenal Fuentes Bárbara, Espinoza Natalia G².

INTRODUCCIÓN

La microbiota vaginal normal contribuye en forma significativa a mantener el estado fisiológico del tracto genital femenino, lo cual asegura la función óptima de la actividad sexual y reproductiva. Entre otros aspectos, contribuye a controlar la colonización de este tracto por microorganismos de otros nichos ecológicos humanos y por patógenos externos. La microbiota vaginal, la principal defensa del aparato genital muestra un alto grado de complejidad: más de 30 géneros y 70 especies se detectan en mujeres en edad fértil, con predominio de *Lactobacillus* spp. (hasta 18 especies diferentes). En menor proporción se presenta una gran variedad de especies correspondientes a géneros muy diversos; se trata en su mayoría de microorganismos anaerobios ^{1,2}.

La magnitud integral del Síndrome de Disfunción Vaginal (DV) es la alteración de la Flora Vaginal, el daño directo en la paciente y el aumento de riesgos en salud sexual y reproductiva tanto en sintomáticas como en un número significativo de asintomáticas, requiere un esfuerzo conjunto del grupo biomédico, los prestadores de salud y grupos sociales organizados, a los efectos de ordenar y optimizar la atención de vaginosis/vaginitis.

Una referencia importante que apoya esta necesidad en el manejo de la DV se encuentra en las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en junio de 2006 ³.

Las infecciones vaginales más comunes en mujeres de todas las edades son aquellas debidas a bacterias (*Gardnerella vaginalis*), hongos (*Candida* spp.) y protozoos (*Trichomona vaginalis*), presentando signo sintomatología similar y variable en cada mujer y según su edad reproductiva.

Las bacterias habituales del intestino, boca, piel y ambiente (nichos en los que se encuentran también las levaduras) pueden colonizar la vagina, sobre todo en mujeres que desarrollan un estado de vaginosis (leucocitos presentes). Esto ocurre en todas las mujeres en edad fértil y en aquellas con actividad sexual se agrega el riesgo aumentado de adquirir y transmitir infecciones por contagio.

Estos microorganismos pueden ser detectados morfológicamente en un estudio del Balance del Contenido Vaginal (BACOVA). Se informan como morfotipos bacterianos extraños al contenido vaginal (Mex).

Este procedimiento, de amplia factibilidad profesional y relación costo-beneficio altamente positiva, agrega el mayor valor predictivo actual en el diagnóstico de estas patologías, a la vez que contribuye a la prevención de los riesgos.

El estudio morfológico del contenido vaginal, en función de la relación del Valor Numérico (VN) o Score y la Reacción Inflamatoria Vaginal (RIV), genera la identificación de cinco Estados Vaginales Básicos (EVBs).

La incorporación de la lectura del contenido vaginal mediante la tinción de Giemsa, eleva considerablemente el valor predictivo positivo de la detección de *Tricomona*s, de Levaduras, confirma la RIV. Aumenta sensiblemente la posibilidad de detección de células indicadoras de alteraciones inflamatorias avanzadas y / o compatibles con estados infecciosos virales o estados proliferativos. ¹

Las vaginitis convencionales reales detectables con BACOVA son dos: Tricomoniasis, factor infeccioso exógeno (infección de transmisión sexual) y la vulvovaginitis por levaduras, en ambos casos contribuye con 75% de valor predictivo positivo. El valor predictivo negativo es muy bajo.

Los EVBs tienen el 100% de valor predictivo como detección del estado del contenido vaginal de la mujer, pero no de ninguna patología en especial, que debe ser realizada clínicamente y por medio de estudios complementarios.

¹ Prof. Titular Cátedra Clínica Obstétrica, Departamento de Salud de la Mujer y el Niño, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Secretaria de Salud Municipalidad de la Ciudad de Corrientes, Argentina.

² Alumnos de 5to. año y Becarios de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina.

El informe de Mex y células epiteliales no habituales tiene sólo “valores predictivos de alerta”. Estudios muy prolijos, que realmente requieren el nivel de especialista en microbiología, pueden agregar valor predictivo a la morfología, con un refinamiento de la interpretación morfológica de géneros bacterianos anaerobios y distintas especies de lactobacilos. Este no es el objetivo primario de BACOVA, que se limita en solo asegurar el VN real del contenido vaginal en estudio y la confirmación o no de la RIV con lo que se establece el EVB con el más alto valor predictivo positivo y negativo.¹

A lo planteado en la nomenclatura clásica³, es necesario incorporar el concepto de Vaginitis Microbiana Inespecífica (VMI), que se define básicamente (acompañado de otros criterios secundarios) por alteración de la microbiota habitual vaginal (un VN superior a tres) y presencia simultánea de RIV, por lo cual adopta el grado de vaginitis, que la diferencia de vaginosis. VMI es tan sólo el cambio de la nomenclatura preconizada por Donders que llama “Vaginitis aeróbica” al síndrome antes definido.

La Vaginosis Bacteriana (VB) en sí es aún un “misterio” de la medicina; sin embargo, es aceptado que se inicia con un desequilibrio hipotálamo hormonal que genera alteraciones en la funcionalidad de las mucosas que tapizan el tracto genital de la mujer en edad fértil incapacitando a las bacterias asociadas a la disfunción de producir factores quimiotácticos para leucocitos y la evasión de la respuesta inmune.⁴ La incógnita a resolver es si VB y VMI son dos patologías con etiología diferente que pueden cursar en forma simultánea o reflejan un grado distinto de evolución de una misma disfunción orgánica.

El factor histórico de mayor conflicto en el diagnóstico de VB se refiere al valor predictivo de la identificación de agentes microbianos específicos. No ha sido demostrado que ninguno de los microorganismos estudiados hasta el presente, sea agente etiológico de la VB.⁵⁻⁶

La solicitud de cultivos, en ausencia de la información previa que genera BACOVA, tiene un costo beneficio nulo.^{3,6-7} En el caso de que se detecte VMI instalada y/o RIV de 10 o más leucocitos (Lpc) acompañada de cualquier otro criterio positivo o aún con todas las patologías que detecta negativas, debe discutirse de inmediato la estrategia diagnóstica a seguir, que requiere del laboratorio microbiológico y/o citológico especializado.^{3,6-7} La corrección propuesta en BACOVA⁷ agregando dos puntos al VN (si este es inferior a 7) cuando se detectan Células Guía o Clue Cells (CG), ha sido validada por publicaciones recientes⁸ y da solidez a la interpretación clínica de VB.

Un impacto realmente significativo la DV se asocia a complicaciones gestacionales, obstétricas y perinatales como, abortos en el primer y segundo trimestre, parto prematuro, rotura prematura de membrana, corioamnionitis, infecciones puerperales, post-cesárea, neonatales y tardías en el recién nacido, siendo necesario el conocimiento de su existencia para tomar las medidas necesarias con cada gestante.¹

Romero y col han analizado la situación y además de la asociación o no con factores genéticos promotores de la RIV, dan mayor importancia predictiva a VMI que a VB (típica, sin RIV), en su relación con bajo peso al nacer, parto prematuro y la infección materno-fetal.⁹

Para el caso de mujeres embarazadas, así como de las que planean en un futuro tener hijos, la Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina, constituye el documento patrón a seguir. Sin embargo, en este aspecto de la patología de la DV (vaginosis-vaginitis) requiere un reordenamiento y actualización, siendo el reconocimiento de la VMI, aportado por BACOVA.⁹⁻¹⁰

Se han comprobado los resultados de Culhane y col.¹¹ que establecen que el recuento de Lpc varía según el lugar de toma de la muestra, desde el fondo de saco, aumentando hacia el exterior del conducto vaginal mientras que el VN no se modifica. Por ahora se reitera la necesidad de que la toma de muestra sea de fondo de saco, a los efectos de normatizar el informe de la RIV. Esto debe ser tenido en cuenta cuando se preconiza la toma de muestra vaginal sin espéculo.⁸

BACOVA agrega el informe de Mex y perfil de las células presentes. Esta etapa de la metodología debe perfeccionarse⁵ y está en desarrollo un estudio sobre la posibilidad de generar un informe numérico de los mismos.

Se discute en este momento la aplicación alternativa del método fijador-colorante azul de metileno, preconizado por Mendez-Costamagna, con el que se puede optimizar la detección microscópica de Tricomona vaginalis.

Toda la información lograda en la primera visita (diagnóstico sindrómico presuntivo) adquiere importancia definitiva para la toma de decisiones clínico terapéuticas y del requerimiento o no, de estudios complementarios racionales (microbiológicos y/o citológicos), ya que en el primer nivel de atención cuesta que las pacientes se acerquen a consulta para control, solo acuden ante la presencia de un síntoma o signo claro de patología.

La detección del EVB y la información accesoria que genera BACOVA hace que un porcentaje significativo de mujeres asintomáticas y sintomáticas puedan manejarse clínicamente, funcionando como un tamizaje o filtro para su mejor control y seguimiento. La detección de morfotipos extraños y/o células epiteliales no habituales o el solo hecho de detección de RIV, significa la decisión prioritaria de recurrir a estudios complementarios especializados, detectando así grupos de pacientes en diferentes riesgos, facilitando la transferencia, desde la atención primaria hacia niveles más avanzados del Sistema de Salud evitando así la saturación de hospitales, por consultas superfluas.¹

La existencia de pacientes sintomáticas, y que aplicando este método, no se encuentran indicadores de anormalidad, es evidentemente un problema pendiente, que no tiene solución aparente con BACOVA y que es perfil común en todos los trabajos de este tipo, incluyendo aquellos que utilizan

diferentes cultivos ¹² Recientemente ha tomado cuerpo la incorporación del estudio psicológico de las pacientes, en cuanto a la presunción de una influencia significativa sobre la expresión de síntomas asociados a la región vaginal, sin evidencia de patología orgánica.

La accesibilidad al diagnóstico de la DV mediante BACOVA, y teniendo en cuenta más de un 50% de mujeres no manifiesta secreción vaginal aumentada, ni ninguna otra sintomatología ³. Considerando los riesgos asociados a estas dos disfunciones (VB y VMI) y a partir de una muestra de fácil obtención y con bajo riesgo, hace que pueda realizarse en todos los laboratorios habilitados del país o hasta en los propios CAPS, ya que no se necesita de medios de cultivos ni equipamiento como estufas, para realizar dicho estudio. De esta forma se asegura la ampliación significativa de la cobertura ética y científica en forma prioritaria.

- HIPÓTESIS:

La determinación del Balance del Contenido Vaginal, BACOVA, es útil para la detección de Disfunciones Vaginales.

- OBJETIVOS:

Objetivo General:

Determinar las Disfunciones Vaginales detectadas por el Método Balance del Contenido Vaginal, BACOVA, en mujeres que concurren a Centros de Atención Primaria de zona Sur de la Ciudad de Corrientes.

Objetivos Específicos:

- Identificar la existencia de agentes patógenos y marcadores inflamatorios en las muestras.
 - Describir en las muestras las condiciones cualitativas y cuantitativas de la flora vaginal.
 - Detectar las relaciones existentes entre las características de la flora encontradas.
- MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal.

Se consideraron como población pacientes que acuden a consulta ginecológica de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) números: IV, VIII, XIII y XVIII de la ciudad de Corrientes en el periodo comprendido entre marzo a agosto de 2017.

De la población se utilizó para seleccionar a las participantes un muestreo no probabilístico, por conveniencia, según accesibilidad al CAPS, disponibilidad edilicia y coordinación horaria (cita programada) con el encargado de extracción de muestra y el facultativo asesor.

La recolección de muestras se obtuvo del material cérvico vaginal, utilizando guantes, espéculo, un hisopo y una espátula estériles. Se solicitó a las pacientes previa preparación

desvestiéndose de la cintura para abajo, facilitándoles una bata para cubrirse. Luego, se les indicó recostarse sobre una camilla en posición ginecológica. Paso siguiente, se procedió a la colocación del espéculo. Se extrajeron muestras del fondo de saco y laterales del cuello de útero. El primer hisopo se colocó en un tubo estéril con 0,5ml de solución fisiológica para su ulterior examen en fresco. Seguidamente, con la espátula, se realizaron dos extendidos sobre dos portaobjetos (no se utilizó fijador), para tinción con Giemsa y Gram. Todas las muestras se rotularán para su mejor manejo e identificación con fecha y hora de toma, número de muestra (se utilizó como numeración el DNI de cada paciente), iniciales de nombre y apellido, edad, fecha de última menstruación, (FUM) o edad de menopausia, si se encontraba en gesta actual o no, si utiliza como método de anticoncepción un dispositivo intra uterino (DIU) o anticonceptivos orales (ACO), y por último si se encontraba en el momento de la toma con alguna sintomatología (sin especificar).

El Procesamiento y análisis bioquímico de las muestras se realizó en el Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Escuela, "José Francisco de San Martín", Corrientes Capital, Argentina a través del Método BACOVA, establecido en el Manual de Procedimientos BACOVA 2012, validado por la Fundación de Bioquímica Argentina, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, PROSAR.¹

Previamente a la recolección se informó a cada paciente, verbalmente y mediante un consentimiento informado impreso y firmado por ambas partes involucradas, aprobado por el Comité de Ética del Hospital Central "Dr. José Ramón Vidal" de la ciudad de Corrientes Capital, si está de acuerdo en participar de la investigación, respetando lo establecido por la Declaración de Helsinki y la Resolución 1480/2011 de la Guía para Investigación con Seres Humanos de Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

-Población: Mujeres que asistan a consulta ginecológica en los CAPS IV, VIII, XIII y XVI de la ciudad de Corrientes en el periodo comprendido entre abril a agosto del año 2017.

-Criterios de inclusión: Toda mujer con accesibilidad al Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que cumpla con los requisitos para realizar una muestra de extendido cervico vaginal: ausencia de sangrado menstrual, no encontrarse con tratamiento vaginal (óvulos, cremas) y más o igual de 48hrs de abstinencia sexual.

-Criterios de exclusión: Cualquier patología del tracto genital que impida la colocación de un espéculo y posterior extracción de muestra.

- Muestra:

-Unidad de análisis: Mujeres que asisten al CAPS.

-Unidad de observación: Flora Vaginal (observación al microscopio óptico de extendidos cervico vaginal y en fresco) en mujeres de edad fértil y menopáusica (más de 12 meses de amenorrea).

Técnica de Análisis:

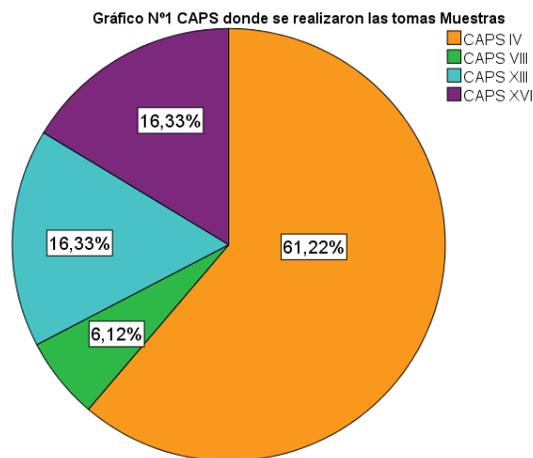
Las variables obtenidas fueron plasmadas en planillas

Microsoft Excel 2013 y analizadas con el programa de software de análisis estadístico IBM SPSS STATISTIC 20. Presentándolos en modalidad de cuadros, tablas y gráficos para su mejor interpretación.

*Aclaración de Análisis de Variables: La variable cuantitativa edad se analizará en rangos etarios de 4 años (cualitativamente) y variable marcadores inflamatorios (leucocitos) se especificará solo para muestras obtenidas de pacientes en edad fértiles.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 51 muestras de extendidos cervico vaginal de pacientes que acudieron a consulta gineco obstétrica en los CAPS IV, VIII, XIII y XVI de la ciudad de Corrientes Capital, Argentina. Dos de las cuales se desestimaron por considerarse no aptas para el procesamiento bioquímico. En total se procesaron y analizaron 49 muestras.



Fuente Propia

Gráfico N°1.

En CAPS N° IV, se recabaron 30 muestras (61,22%), seguido de los CAPS N° XVI y XIII, ambos con 8 cada uno (16,33%). Por último en los CAPS N° VIII, se juntaron 3 muestras. La recolección de datos se realizó en el periodo comprendido entre Abril y Julio del año 2017.

Las pacientes atendidas se encontraban en edades comprendidas en 15 a 64 años. Como se observa en la Tabla N° I, el 20,41% de las pacientes tenían entre 21 a 25 años. Le sigue en frecuencia el rango de edad de 36 a 40 años, luego de 41 a 45 años. El resto de frecuencias con sus correspondientes porcentajes se evidencian en la misma tabla.

Tabla N° I Grupos de Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
de 15 a 20 años	6	12,2	12,2	12,2
de 21 a 25 años	10	20,4	20,4	32,7
de 26 a 30 años	4	8,2	8,2	40,8
de 31 a 35 años	3	6,1	6,1	46,9
de 36 a 40 años	8	16,3	16,3	63,3
Válidos de 41 a 45 años	7	14,3	14,3	77,6
de 46 a 50 años	5	10,2	10,2	87,8
de 51 a 55 años	3	6,1	6,1	93,9
de 56 a 60 años	2	4,1	4,1	98,0
de 61 a 65 años	1	2,0	2,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

Fuente Propia

De las 49 pacientes analizadas, 42 (85,7%) se encontraban en edad fértil, y solo 7 (14,3%) de ellas en menopausia confirmada. Dentro de las 42, siete (16,7%) de ellas se encontraban es estado de gravidez, entre 12 a 27 semanas de gestación al momento de la toma de muestras. El 83,3% restante (35 casos), unas 12 (28,6%) pacientes consumían anticonceptivos orales (ACO), 2 (4,8%) utilizaban dispositivo intra uterino (DIU), y 28 (66,7%) de ellas, no utilizaban ningún método anticonceptivo.

Como podemos resaltar en la Tabla N° II, solo el 34,7% de las pacientes que acudieron a control gineco obstétrico se encontraban asintomáticas.

Tabla N° II Signos y Síntomas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Con Síntomas	32	65,3	65,3	65,3
Sin Síntomas	17	34,7	34,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

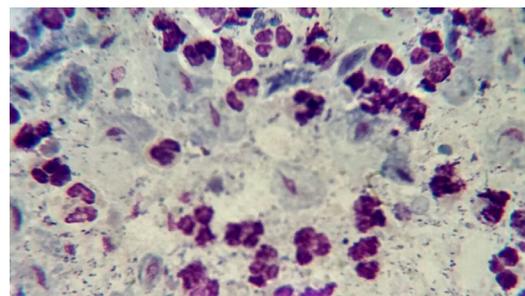


Figura N° I: Tricomona vaginalis. Giemsa

Resultados obtenidos mediante el Método BACOVA

El Examen en Fresco, parte del Método BACOVA, en nuestra población, encontró Agentes Patógenos (AP) en un 10,2% (n=5) de las pacientes evaluadas. Correspondiendo a Tricomona vaginalis (TV) en 2 muestras (Figura N° 1), y en 3 se hallaron levaduras (LE), compatibles con Candidiasis.

También se realizó la cuantificación de los marcadores inflamatorios, los leucocitos (Lpc) y de hemáties en pacientes en edad fértil, Tabla N° III. Hallamos que un 92,9% de estas mujeres posee en su trato genital presencia de Lpc. Destacamos que en este total mencionado se encontraban la totalidad de pacientes embarazadas encuestadas y el 100% de mujeres menopáusicas

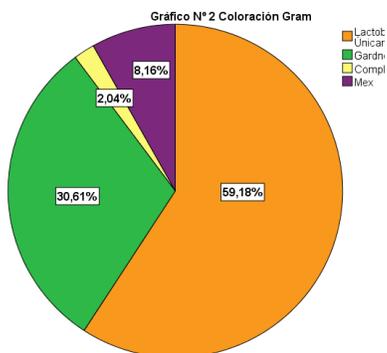
Tabla N° III Presencia de Leucocitos en Mujeres Fértiles

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No hay Leucocitos	3	7,1	7,1
	Si hay Leucocitos	39	92,9	100,0
	Total	42	100,0	100,0

La cuantificación de los Hematíes se realizó en el total de la población, arrojó la siguiente información: no se observan hematíes en 75,5%, escasos en 8,2% y abundantes en 16,3%. Solo una paciente con glóbulos rojos en sus muestras se encontraba en etapa no fértil.

Los resultados hallados a través de la Coloración Gram, Gráfico N° 2, rebelaron que más de la mitad de las muestras (n=29) se evidenciaron únicamente células propias del trato vaginal, como ser los Lactobacillus spp. Además en 15 muestras se aislaron AP endógenos como Gardnerella vaginalis (con sus Clue Cells), la totalidad del Complejo GAMm en una muestra (Gardnerella vaginalis, Anaerobios, Mycoplasma spp. Mobiluncus)¹. Morfotipos extraños, (Mex) se detectaron en 4 extendidos.

¹ en 4 muestras se encontraron solo Gardnerella vaginalis y Mobiluncus, por lo tanto se desestimó a este último, por tener una gran variabilidad y considero solo la Gardnerella. Desestimación permitida por Manual de Procedimientos BACOVA 2012.¹

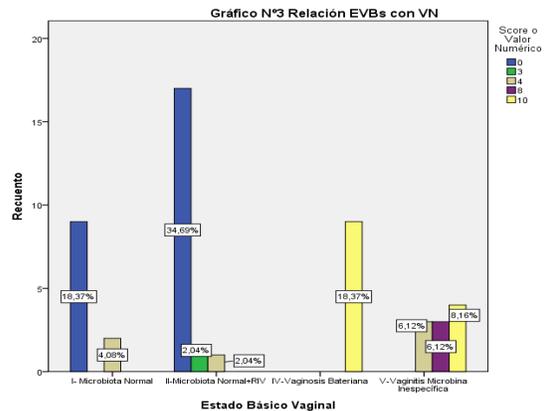


De las participantes solo 11 de ellas se encontraban en el EVBs I, con Microbiota Normal (MN). El 77,6% se ubicaban dentro de los EVBs restantes. Ver Tabla N° IV.z

Tabla N° IV Estados Vaginales Básicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	I-Microbiota Normal	11	22,4	22,4
	II-Microbiota Normal+RIV	19	38,8	61,2
	IV-Vaginosis Bacteriana	9	18,4	79,6
	V-Vaginitis Microbiana Inespecifica	10	20,4	100,0
	Total	49	100,0	100,0

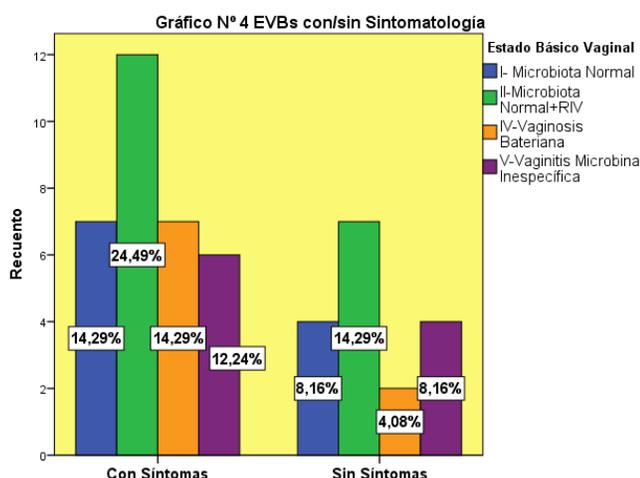
Si relacionamos los EVBs encontrados, con lo Valores Numéricos (VN) o Score hallados, Gráfico N° 3, evidenciamos que en el EVBs I, encontremos VN de 0 en 18,37% (n=9), y de 4 en 4,08% (n=2). En EVBs II, los VN son 34,69% (n=17) con VN igual a 0, lo que evidencia, ausencia de AG, pero con marcadores inflamatorios, luego con una muestra cada uno (2,4%) los VN de 3 y 4. En la Vaginosis Bacteriana (EVBs IV), encontramos el total de las 9 pacientes con esta DV, con un Score de 10. Y por último, en el EVBs V, conocido como Vaginitis Microbiana Inespecifica (VMI), uno de los Estados más controversiales, valores de VN en porcentajes semejantes: VN iguales a 4 (6,12%) y 8 (6,12%) con 3 pacientes cada uno, y 13 (8,16%) pacientes con un Score de 10.



En el grupo de 15 a 20 años, en primer lugar se ubicó el EVBs IV, con 3 casos, 2 con I, y sola una con II. De 21 a 25, los Estados II, IV y V se encontraron los tres con la misma frecuencia de 3 casos cada uno, y un solo caso de I. Luego de 26 a 30 años, solo se evidenciaron 3 casos de EVBs II uno del IV. Con respecto al rango de 31 a 35 años hallamos un caso con Estado II, y dos con V. Siguiendo en orden, de 36 a

40 años vimos el mayor rango con casos de EVBs MN, con 4 pacientes, además de, 3 casos de II, y uno solo de V. Dentro de los 41 a 45 años, predominó el Estadio II con 5 muestras, y dos más de V. En el rango de 46 a 50 años hubo un caso para cada Estadio excepto el II con dos casos. De 51 a 55 se evidencio un caso para I, IV y V. Entre las pacientes atendidas de 56 a 60 años solo se encontró un caso para I y otro para el II. Por último la única paciente de 64 años estaba en EVBs I. En ningún grupo etario se encontró pacientes en EVBs III.

El Gráfico N° 4, refleja que 13 mujeres (26,53%), no poseían ni una señal de patología y sus extendidos se encontraban en Estadios II, IV y V. Nueve de las mismas (69,23%) se encuentran en edad fértil. No obstante, en el grupo de las pacientes sintomáticas 7 de ellas (14,29%), se encontraron muestras con MN.



DISCUSIÓN

Integrar los conceptos de Vaginosis Bacteriana (VB) y Vaginitis Microbiana Inespecífica (VMI), en el marco de la hipótesis de que el Síndrome de Disfunción Vaginal (DV) se inicia con un desequilibrio orgánico de la mujer, que afecta la función de la mucosa del tracto genital induciendo modificaciones de la microbiota; no se han encontrado argumentos en contra en el presente estudio. El primer indicador concreto de la DV es la reducción de la flora lactobacilar.

El ordenamiento de todos los datos analizados anteriormente, permite que se unifiquen en cinco Estados Vaginales Básicos (EVBs), que establecen el estado funcional de la vagina, en forma independiente del criterio clínico y/o del reconocimiento de alguna especie microbiana específica, permitiendo orientar los estudios complementarios.

Del total de las participantes solo 11 mujeres se encontraban con Microbiota Normal (MN), el 77,6% restante se ubicaban dentro de los EVBs II a V, considerados por este método pacientes con algún tipo de DV. Queremos resaltar que solo el 34,7% (n=17) del total de las pacientes que acudieron a control gineco obstétrico se encontraban sin clínica. Trece pacientes asintomáticas (76,47%) presentaban flora vaginal alterada. Esto podría deberse a que la calidad y cantidad de los

Agente Patógenos (AP) involucrados no poseen la capacidad de provocar clínica. También habría que evaluar el estado del sistema inmune en cada caso. Nueve (69,23%) de las mismas se encuentran en edad fértil, por lo que fue esencial detectarlas y tratarlas ante la posibilidad de alteraciones obstétricas. A pesar de no tener signos ni síntomas, se detectaron AP, lo que demostraría la sensibilidad del método.

No obstante, se detectaron, a la inversa, es decir, pacientes sintomáticas con MN, en 7 casos (14,29%) del total, podrían deberse a factores psicológicos y emocionales lo que habría que investigar con otros estudios y/o herramientas la o las causas de sus manifestaciones que la llevaron a consulta. Lo que coincide con el trabajo del Hospital Posadas en Buenos Aires, realizado por Di Bartolomeo y colaboradores, en pacientes embarazadas, implementando BACOVA, (2007)¹⁰, donde el 20% (60 casos) tenían sintomatología, pero no se encontraron alteraciones en su flora vaginal. Deja en evidencia que hay limitaciones por el cual el Método debe seguir perfeccionándose.

También se realizó la cuantificación de los marcadores inflamatorios, los leucocitos (Lpc) y de hemáties. Esta variable a los fines se remarcar su importancia, fue analizada principalmente en grupo de pacientes en edad fértil, ya que, poseer escasos o abundantes Lpc es un factor predisponente a DV, presentes o futuras y considerando la posibilidad de una potencial gesta. Es indispensable realizar estudio citopatológicos más específicos y/o llevar un mayor control de estas pacientes. Vale repetir, que solo un 33,3% de pacientes fértiles encuestadas utilizaban algún método anticonceptivo.

En todos los casos, pero de manera especial en los VN de 4 a 6, criterios morfológicos adicionales con valores predictivos propios muy variables, como la detección de Células Guía (CG), Morfotipos Extraños (Mex), características de la celularidad y/o la detección de levaduras (LE) y/o Tricomonas vaginalis (TV), contribuyen a diferenciar el síndrome instalado y tomar decisiones clínicas. El número de muestras patológicas encontradas fue de 38 casos (77,6%). En comparación con lo hallado en el Hospital Posadas de Buenos Aires¹⁰, que fueron 54,3% (164 de 299 muestras), demostramos un aumento significativo de DV en este trabajo. Centrándonos en una de patologías más prevalentes del tracto inferior de la mujer, la Vaginosis Bacteriana (VB), evidenciamos 18,36% (n=9) de presencia de esta disfunción, lo que en el trabajo de BACOVA en trabajadoras Sexuales de Comodoro Rivadavia, Chubut, realizado en la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, por Bologno R. Diaz y colaboradores, (2011)² donde encontraron 23% de casos de VB, notamos un mínima disminución en la prevalencia de esta patología, en comparación con los resultados de este estudio.

El reducido número de casos de TV limita cualquier conclusión, pero es de interés destacar que de los dos casos de TV positivos, uno (50%) se ubicó con VN de 8 y expresaron una RIV con abundantes Lpc. Esto también se encontró en el estudio de pacientes embarazadas de Buenos Aires¹⁰ en el cual 3 (42,8%) de 7 muestras positiva a TV, poseían un Score de 7 a 10.

Este estudio contribuye a la interpretación del estado real de la necesidad de implementar un tratamiento antimicótico ante la presencia de LE y en forma puntual, cobra gran importancia en aquellos casos que presentaron MN acompañada de una manifiesta reacción inflamatoria vaginal (RIV). Este subgrupo de mujeres alcanzó el 100% (n=3) de las pacientes encontradas que presentaron un VN de 0. Resultados semejantes se demostraron en el estudio de BACOVA en trabajadoras Sexuales ², en donde 57 muestras (24,89%), presentaron las mismas características, solo que con Score de entre 0 a 3. En todos estos casos se debe inexorablemente descartar una infección cervical o del tracto urogenital superior.

En el grupo de mujeres que superan los 40 años, la presencia de RIV debe ser estudiada con una profunda revisión clínica y alternativas de estudios de laboratorio complementarios, a efectos de determinar el origen de esa respuesta. En esta situación se encontraron 20 pacientes (40,8%), que debido al hipoprogesteronismo, estos últimos casos podrían presentar un desplazamiento de la microbiota habitual acompañada de RIV, que se designa como vaginitis atrófica. Descartado el origen infeccioso, estas situaciones requerirán un tratamiento y una conducta preventiva diferente.

A modo de conclusión, dejamos en evidencia que el Método BACOVA, es útil para detectar DV en el primer nivel de atención. Permite identificar pacientes de riesgo (tamizaje), facilitando su manejo y evitando estudios innecesarios o pasar por alto la necesidad de indagar en un diagnóstico de mayor complejidad. Es simple de realizar, y con buena relación costo beneficio para la salud de las pacientes, pudiendo llegar, en solo una consulta, a un diagnóstico y tratamiento certero, evitando la medicalización. Desde la mirada de la Salud Pública, evita el precio a pagar por las consecuencias de una patología en estadios tardíos.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se ha realizado gracias al Plan de Becas de Investigación de Pre-Grado de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Medicina UNNE, bajo la Resolución N° 400/17-C.D.- (Expediente N° 10-2017-00181).

Los Autores agradecen la participación de los siguientes Profesionales:

Dirección del Proyecto de Investigación al Prof. Dr. Scheikman Daniel Jorge. Especialista en Toco ginecología y Profesor Titular de la Cátedra I de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina UNNE.

Procesamiento Bioquímico, Método BACOVA a la Bioq. Gómez Capará Leyla G. del Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Escuela, "José Francisco de San Martín" y BIOBAC, Laboratorio de Microbiología del Centro Médico, Corrientes Capital.

Asesoramiento en Ética de la Investigación a la Prof. Dra. Zibelman de Gorodner Ofelia L. Especialista en Anatomía

Patológica, Profesora Titular de la Cátedra II de Histología y Embriología de la Facultad de Medicina, UNNE. Presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital Central "Dr. José Ramón Vidal", Corrientes Capital.

Asesoramiento en aplicación del Método Científico en Ciencias de la Salud a la Dra. Prof. Gerometta Rosana. Especialista en Oftalmología, Profesora titular del Área de Oftalmología de la Cátedra de Medicina I de la Facultad de Medicina, UNNE. Y a la Prof. Dra. María Teresa Rocha, Odontóloga. Prof. Adjunta Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina UNNE.

Guía y Supervisión Durante las Tomas de Muestras, en Consulta Gineco Obstétrica: Dres. González Cesar A. y Rolón Liliana CAPS N° IV. Dra. Sorabella Carola CAPS N° VIII. Dra. Serruto Margarita, CAPS N° XIII. Dr. Ojeda Marcos, CAPS N° XVI.