

POLICLÍNICO DOCENTE
"RAFAEL PÉREZ GONZÁLEZ"
BOLIVIA

**Epidemiología del cáncer cérvicouterino en el Municipio Bolivia.
Epidemiology of cervical cancer in Bolivia Municipality.**

Noemí Vergel López (1), Yaraiksi Bembó Robles (2), Augusto González Hidalgo (3), Liany Coroa Castro (2), Yoel González Hidalgo (2).

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre las lesiones premalignas y el cáncer cérvicouterino, así como el comportamiento de algunos factores de riesgo relacionados con dichas patologías, en el Policlínico Docente "Rafael Pérez González" del Municipio Bolivia, en el periodo comprendido entre Enero del 2002 y Diciembre del 2007. La población de la investigación estuvo constituida por las 5627 mujeres mayores de 25 años de edad, la muestra seleccionada fue no probabilística y estuvo constituida por 86 pacientes con citología alterada. El porcentaje de lesiones premalignas y de cáncer cérvicouterino en este municipio es bajo. El estudio del análisis anatomopatológico evidenció que la mayor frecuencia de alteraciones citológicas correspondió a la Neoplasia Intraepitelial Cervical I (61.6 %). El mayor porcentaje de citologías positivas se observó en las edades comprendidas entre los 30-39 años. El área de procedencia y la multiparidad no se relacionaron con el desarrollo de estas patologías en dicho municipio. Las relaciones sexuales en edades tempranas (primera relación sexual antes de los 20 años) aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino. Más de la mitad de las pacientes con citología positiva presentaron infección vaginal y en un porcentaje elevado se detectó la infección por virus del papiloma humano en el estudio histopatológico.

Palabras clave: NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO/epidemiología, INFECCIONES POR PAPILOMAVIRUS/epidemiología, NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico, FROTIS VAGINAL.

1. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.
3. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora instructor.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna del cérvix uterino, que se caracteriza por una marcada atipia celular con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma, pleomorfismo, anaplasia, crecimiento celular desordenado y autónomo, así como la invasión del tejido subyacente y la producción de metástasis a distancia.

La historia natural del cáncer cérvicouterino implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales cervicales o intracervicales – NIC I, II y III o carcinoma *in situ* –CIS) y carcinoma invasivo en sus diferentes etapas.

Las células precursoras (displasia cervical, NIC) desarrollan un cáncer cervical invasivo en el plazo de unos años. La NIC grado I, II y III corresponde respectivamente a una displasia cervical leve, moderada y severa. La NIC III, que incluye la displasia severa y el carcinoma *in situ*, es poco probable que regrese espontáneamente y, si no se trata, puede atravesar la membrana basal transformándose en un carcinoma invasivo.

La detección primaria de cáncer cérvicouterino se hace por medio de la prueba de Papanicolaou o citología cérvicovaginal como parte de una exploración ginecológica, que se realiza principalmente en los Consultorios del Médico de la Familia durante los pesquiasje del programa de detección precoz del cáncer cérvicouterino, que es realizado cada tres años a todas las mujeres entre los 25- 64 años de edad, lo que permite detectar células anormales en el epitelio cervical antes de que puedan convertirse en células precancerosas o cáncer cérvicouterino.

La prueba de Papanicolaou es un método de extensión sencillo para estudiar células exfoliativas teñidas. Se utiliza sobre todo para detectar cáncer del cuello uterino, aunque también se puede utilizar en muestras de tejidos procedentes de cualquier órgano. Habitualmente la extensión se obtiene durante una exploración pélvica de rutina. Los hallazgos se suelen comunicar de forma descriptiva, el sistema utilizado más ampliamente para describir los resultados de la prueba de Papanicolaou es el Sistema Bethesda (TBS, por sus siglas en inglés) (1). Desde 1988 este sistema ha sido revisado dos veces: primero en 1991 y recientemente en 2001. Según la versión de 2001 existen tres categorías principales, algunas de las cuales se dividen en sub-categorías:

1. Negativo a lesiones intraepiteliales o cáncer.
2. Anomalías de las células epiteliales.
3. Otras neoplasias malignas.

Negativo para lesiones intraepiteliales o cáncer: significa que no se detectaron signos de cáncer o cambios precancerosos ni alguna otra anomalía significativa. Algunas muestras en esta categoría resultan ser completamente normales. Otras puede que detecten hallazgos que no tengan que ver con el cáncer del cuello uterino, como signos de infecciones (por ejemplo, hongos, herpes y tricomonas). En algunos casos también pudiera haber indicios de “cambios celulares reactivos”, que son la forma en que las células del cuello uterino responden a las infecciones u otras irritaciones.

Anomalías de las células epiteliales: significa que las células de la membrana que recubre el cuello uterino muestran cambios que pudieran ser indicativos de cáncer o de alguna condición precancerosa. Esta categoría se divide en varios grupos para las células escamosas y las células glandulares.

Las anomalías de las células epiteliales para las células escamosas son:

Células escamosas atípicas (ASCs): este término se usa cuando existen células que lucen anormales, pero que no es posible saber (mediante la observación de las células con un microscopio) si esto se debe a infección, irritación o pre-cáncer. Este grupo se divide aún más en dos grupos: células escamosas atípicas de importancia incierta (ASC-US) y células escamosas atípicas en las que el alto grado de SIL no puede ser excluido (ASC-H). La mayor parte del tiempo, las células identificadas como ASC-US no son pre-cancerosas. Por lo general, se hace una colposcopia en los casos de ASC-H. Lesiones intraepiteliales escamosas (SILs): estas anormalidades se subdividen en SIL de bajo grado y SIL de alto grado. Las SIL de alto grado tienen una tendencia menor a desaparecer sin tratamiento que las SIL de bajo grado y tienen una tendencia mayor a convertirse en cáncer si no se tratan. No obstante, todas las SIL se pueden curar con tratamiento y esto evita que se origine un cáncer verdadero. Una prueba de Papanicolaou no puede determinar por seguro si una mujer tiene un SIL de bajo grado o de alto grado, sino que simplemente señala que el resultado cae bajo alguna de estas categorías anormales. Todas las pacientes con un resultado de prueba de Papanicolaou de SIL deben hacerse una colposcopia. Carcinoma de células escamosas: este resultado significa que la mujer tiene mayores probabilidades de padecer de un cáncer invasivo de células escamosas. Se estarán realizando estudios adicionales para asegurarse del diagnóstico antes de que se pueda planear el tratamiento.

El Sistema Bethesda también describe las anomalías de las células epiteliales para las células glandulares.

Adenocarcinoma: los cánceres de las células glandulares se llaman adenocarcinomas. En algunos casos, el patólogo que examina las células puede indicar si el adenocarcinoma comenzó en el endocérnix, en el útero (endometrio) o en alguna otra parte del cuerpo.

Células glandulares atípicas: cuando las células glandulares no lucen normales, pero tienen características que impiden que se pueda tomar una decisión clara con respecto a si son cancerosas, el término que se usa es células glandulares atípicas (AGCs). Generalmente se le hacen más pruebas a la paciente para ver si el resultado de la citología de su cuello uterino muestra células glandulares atípicas.

Otras neoplasias malignas: esta categoría se refiere a formas de cáncer que rara vez afectan al cuello uterino, tales como el melanoma maligno, los sarcomas y los linfomas.

Los resultados de la prueba de Papanicolaou pueden ayudar a decidir si es necesario realizar más pruebas (por ejemplo, una biopsia o prueba de DNA del VPH) o dar tratamiento.

En la Atención Primaria de Salud (APS) todo caso que se detecta con una citología alterada es remitido a la consulta de patología de cuello (de atención secundaria) que tiene carácter territorial, donde las pacientes tienen un seguimiento en consulta como mínimo durante tres años, con la realización de pruebas citológicas de comprobación, colposcopias, biopsias, entre otros estudios de ser necesario. Las causas de la aparición del cáncer de cuello uterino han sido objeto de estudio durante muchos años. La etiología es aún desconocida, aunque se asocia a varios factores de riesgo como son: Inicio temprano de las relaciones sexuales, tener múltiples compañeros sexuales, parejas sexuales que tengan múltiples compañeros sexuales o que participen en actividades sexuales de alto riesgo, mujeres cuyas madres tomaron durante su embarazo el medicamento DES

(dietilestilbestrol) a comienzos de los años 70 para prevenir el aborto, uso prolongado de pastillas anticonceptivas (por más de 5 años), sistema inmunitario débil, infecciones por herpes genital o infecciones crónicas por Clamidia, estrato socioeconómico bajo que no les permite a las mujeres costear las pruebas de Papanicolaou.

Los resultados obtenidos durante estos años de trabajo en este municipio fueron la motivación para la realización de esta investigación con el objetivo de determinar la frecuencia de las lesiones premalignas y del cáncer cérvicouterino, así como el comportamiento de los diferentes factores de riesgo asociados a dichas patologías en las mujeres con citología vaginal positiva en el municipio Bolivia en el periodo comprendido entre enero del 2002 y diciembre del 2007.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre las lesiones premalignas y el cáncer Cérvicouterino, así como el comportamiento de los diferentes factores de riesgo asociados a dichas patologías en el municipio Bolivia, en el periodo comprendido entre Enero del 2002 y Diciembre del 2007. La población estuvo constituido por las 5627 mujeres mayores de 25 años de edad a las que les realizó la prueba citológica en la referida etapa.

La muestra seleccionada fue no probabilística y estuvo constituida por 86 pacientes con citología alterada. Como lesiones premalignas se consideraron a todas aquellas pacientes que en los resultados de la citología se informó: neoplasias intraepiteliales o intracervicales - NIC I, II y III o carcinoma *in situ* - CIS y que fueron corroborados mediante biopsia y como carcinoma invasivo a todas las pacientes con diagnóstico citológico e histológico de carcinoma invasivo en sus diferentes etapas. En el estudio se incluyeron a todas las pacientes con el resultado de la prueba citológica alterada y que residían permanentemente en el municipio Bolivia en el periodo de estudio. Se excluyeron a las pacientes que residían o se trasladaron fuera del municipio en dicho periodo y a las que se les diagnóstico la patología con fecha anterior a la de estudio, también se excluyeron a las pacientes que abandonaron el seguimiento o no asistieron a la consulta de patología de cuello.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas de las Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Revista Cubana de Medicina General Integral, bases de datos como CUMED, LILACS,

MEDLINE, Cochrane, y otras páginas médicas como: Fistera, IntraMed News, American Cancer Society, entre otras, y, además, se hicieron búsquedas en las listas de referencias de todos los artículos potencialmente relevantes y capítulos de libros disponibles. El tratamiento se realizó mediante la utilización de un sistema de base de datos (Microsoft Excel XP) y los resultados se presentaron en tablas de contingencia. Como medida de resumen de la información se utilizó las distribuciones de frecuencia y porcentaje. Se redactó un informe según las normas establecidas, para ello se utilizó el Sistema de Microsoft Windows XP.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De un total de 5627 exámenes realizados en los seis años de estudio solo el 1.5 % de la población estudiada (86 pacientes) presentó alteraciones citológicas. Estos resultados no coinciden con los obtenidos por otros autores que encuentran en sus trabajos altos porcentos de citologías positivas, como es el realizado por E. Falcón (2) en el que encuentra un 8.9 % de citologías positivas dentro de la población estudiada.

El estudio evidenció que la mayor frecuencia de alteraciones citológicas correspondió al NIC I (61.6 %) lo que no coincide con los resultados obtenidos por E. Falcón (2) ni con A. Guerra (3) en sus estudios donde encuentran una mayor frecuencia del carcinoma *in situ* (56 %). (Tabla No.

1)

El estudio anatomopatológico de los diferentes tipos de NIC se comportó de la siguiente manera: NIC I: 61.6 %, NIC II: 14 %, NIC III: 11.6 % los que suman un 87.2 % de NIC contra un 12.8 % de carcinoma invasor, estos resultados difieren al estudio realizado por A. da Araujo (4) en que el porciento de NIC fue de 65,1 % siendo relativamente alto el porciento de cáncer invasivo. Al analizar el comportamiento de los diferentes factores de riesgo de cáncer cérvicouterino (Tabla No. 2) se observó que el mayor porciento de citología positivas en esta área se presentó a edades relativamente jóvenes, comprendidas entre los 20-39 años con un 60.3 % de frecuencia, con un mayor porciento del NIC (54.6%) a esas edades. El antecedente de haberse sometido a la prueba de Papanicolaou parece ser un factor protector del carcinoma invasor del cérvix en las mujeres pertenecientes a cualquier grupo de edad y subgrupo de riesgo, porque permite diagnosticar precozmente las lesiones preneoplásicas. Estos resultados coinciden con los reportados en la literatura que plantean que el cáncer del cérvix se presenta generalmente en mujeres entre 35 y 55 años y con los resultados obtenidos por I. Salas (5) y A. Rodríguez (6) en sus estudios.

Se conoce un aumento de la incidencia de adenocarcinoma cervical en mujeres jóvenes y se ha planteado que puede ser debido al uso de anticonceptivos orales antes de los 20 años. El carcinoma Cérvicouterino no se considera un tumor hormono dependiente por lo general, pero estudios recientes indican que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales puede aumentar el riesgo de éste, dado fundamentalmente por la asociación entre el uso de anticonceptivos orales y la conducta sexual (6).

En este estudio no se observó una diferencia significativa entre el área de procedencia y el desarrollo de cáncer de cuello, lo que coincide con el estudio de A. Rodríguez pero no con lo planteado en su estudio por García S y otros (7) que lo observaron con mayor frecuencia en las zonas rurales. Según A. Rodríguez la distribución geográfica de este cáncer se relaciona con algunos factores del medio ambiente y estilo de vida, como relaciones sexuales tempranas, multiparidad, higiene inadecuada, niveles socioeconómico y educacional bajos, uso prolongado de anticonceptivos orales, dieta, tabaquismo y comportamiento sexual inadecuado (6).

El 81.4 % de las pacientes analizadas en el estudio tenían entre 1 y 3 hijos, estos resultados no coinciden con los obtenidos por otros autores (5) que encontraron que haber tenido tres o más partos se asoció en un 93.55 % con esta afección.

La modificación de esta práctica mediante las actividades de promoción y prevención de salud, así como un mayor nivel sociocultural de la población con tendencias cada vez más marcadas a disminuir el número de hijos, puede ser el motivo de la reducción del riesgo por esta causa en este municipio.

El mayor porcentaje (94.2 %) de paciente con prueba citológica positiva inició sus relaciones sexuales antes de los 20 años.

Otros autores concuerdan con lo obtenido en este estudio en relación a la asociación con la edad del primer coito (6-7), y plantean que las relaciones sexuales en edades tempranas aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino. Según Rosell JE (8) por cada cáncer cervical que ocurre en una mujer que inició sus relaciones sexuales en la etapa adulta, se reportaron 7.2 neoplasias malignas del cuello uterino en las que iniciaron sus relaciones sexuales en la adolescencia; estos hallazgos son congruentes con los de otros autores (6), lo que sugiere que las medidas educativas de promoción de salud deben hacer énfasis en la posposición de las primeras relaciones sexuales a etapas más apropiadas o la utilización de medidas de protección eficientes (8).

El 61.6 % de las pacientes con citología positiva presentaron infección vaginal. Esto coincide con lo planteado por G. León Cruz y otros (9) en su estudio.

Las enfermedades ginecológicas pueden afectar el crecimiento de la flora bacteriana vaginal. Existe una gran relación entre *Trichomonas vaginalis* y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (9). Por otra parte, otros autores reportan que la *Gardnerella vaginalis* es detectada en el 50 % de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar relacionado con el cáncer de cuello uterino (9).

En el estudio histopatológico el 43% de las pacientes estudiadas presentaron la infección por HPV, lo que coincide con lo reportado por otros autores como León Cruz (9) y Serman F (10) que plantean que la infección por virus del papiloma humano (HPV) clínica y subclínica es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común actualmente y que la infección asintomática del cuello uterino por HPV se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva.

Aguilar FK (11) en su reporte plantea que es conocido que el PVH es el principal agente etiológico del cáncer cérvicouterino y su lesión precursora NIC III pero que la infección por estos virus no parece ser suficiente para causar cáncer cérvico uterino, mientras que la presencia de otros factores tanto exógenos como endógenos pueden incrementar en asociación con el virus el riesgo de desarrollar esta enfermedad.

Todo lo anterior expuesto nos lleva a concluir que el porcentaje de lesiones premalignas y de cáncer cérvicouterino en el Municipio Bolivia es bajo. En el estudio el análisis anatomopatológico evidenció que la mayor frecuencia de alteraciones citológicas correspondió al NIC I (61.6 %). El mayor porcentaje de citologías positivas se observó a edades relativamente jóvenes, comprendidas entre los 30-39 años. El área de procedencia y la multiparidad no se asociaron con el desarrollo de estas patologías en dicho municipio. Las relaciones sexuales en edades tempranas (primera relación sexual antes de los 20 años) aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino. Más de la mitad de las pacientes con citología positiva presentaron infección vaginal y en un porcentaje elevado se detectó la infección por VPH en el estudio histopatológico.

Se recomienda incrementar el trabajo con los programas de educación sanitaria dirigidos a toda la población femenina, y especialmente a los grupos de alto riesgo, para reducir aún más el porcentaje del cáncer cérvicouterino.

ABSTRACT

A transversal descriptive study of the Program for Early Diagnosis of Cervix Cancer was conducted at the Bolivia municipality, with the purpose of knowing the frequency of precancerous lesions of the cervicouterine cancer, and the different risk of factors associated to this pathology, between January of the 2002 and December of the 2007. The population was constituted by the 5627 women bigger than 25 years of age who carried out the cytology test in the referred stage. The selected sample is non probabilistic and it was constituted by 86 patients with altered cytology. The realization of the cytology test every 3 years between the 25 and 64 years it has reduced in this area the percent of cervicouterine carcinoma in 98.4%. In this study it was evidenced that the biggest frequency of cytology alterations corresponded to the NIC I (61.6%). The biggest frequency of positive cytology was observed to

relatively young ages, among the 30-39 years with 43% of frequency. The origin area and the multiparae didn't evidence a significant influence in the development of these pathologies in this municipality. The sexual relationships in early ages (before the 20 years) increase (94.2%) the cervicouterine cancer risk. 61.6% of the patients with positive cytology presented vaginal infection, and the 43% presented the infection for HPV in the histopathology study.

Key words: CERVICAL CANCER, PAPILOMA VIRUS INFECTION, CYTOLOGY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer del cuello uterino. [página en Internet]. American Cancer Society; 2009 [citado 14 Sep 2009]. [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_2_1x_prueba_de_papanicolaou.asp
2. Falcón Hernández E, Vargas Fajardo E, Barroso Creagh R. Análisis del programa de cáncer cérvicouterino. Período 1990-1996. Rev Cubana Enferm [serie en Internet]. 1999 [citado 28 Sep 2008]; 15(3):201-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf12399.htm
3. Guerra Balceiro A, García León L, Mendoza Monpeller JR, Avellaneda A, Torres Rodríguez J. Correlación citohistológica de los NIC. Rev Medica [serie en Internet]. 2004 [citado 18 Ago 2008]. 26(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol2%202004/tema04.htm>
4. Araujo PA. Validity of cervicovaginal cytology for detection of cancerous and pre cancerous lesion of cervix. J Bras Pat Med Lab. 2002; 38(3):225-31.
5. Salas Urrutia I, Villalobos Eyra A, Ramírez Vega BL. Prevalencia de displasia y cáncer cérvicouterino y factores asociados en el Hospital Central de Chihuahua, México. CIMEL [serie en Internet]. 2006 [citado 2 Jun 2008]; 11(1):12-15. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=39322&id_seccion=2047&id_ejemplar=4060&id_revista=126
6. Rodríguez Salvá A, Echavarría Aguilera AA, Murlá Alonso P, Vázquez González C. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol. [serie en Internet]. 1999 Abr [citado 28 Sep 2008]; 37(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30031999000100007&lng=es&nrm=iso
7. García Soto G, Pachón Rincón JJ, Smith Meneses-Cubides R, Zuleta Tobón JJ. Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. Rev Colomb Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 Ene-Mar [citado 2 Jun 2008]; 58 (1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000100004&lng=en&nrm=iso
8. Rosell Juarte E, Muñoz Dobarganes A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Arch Méd Camagüey [serie en Internet]. 2007 [citado 18 Ago 2008]; 11(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2007/v11n1-2007/2116.htm>
9. León Cruz G, Bosques Diego OJ. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2005 Ene-Abr [citado 28 Sep 2008]; 31(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2005000100010&lng=es&nrm=iso
10. Serman F. Cáncer cérvicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2002 [citado 28 Sep 2008]; 67(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000400011&lng=es&nrm=iso

11. Aguilar Fabré K, Ríos Hernández MA, Hernández Menéndez M, Aguilar Vela de Oro FO, Silveira Pablos M, Nápoles Morales M. Papiloma viral humano y cáncer de cuello uterino [serie en Internet]. 2008 [citado 28 Sep 2008]; 34 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_1_08/gin03108.htm

ANEXOS

Tabla No. 1. Resultado histopatológico de las pruebas de Papanicolaou.

Citologías Positivas								Citologías Negativas		Total			
Neoplasia Intracervical.						Carcinoma Invasivo							
NIC I		NIC II		NIC III								Total (NIC)	%
No.	%	No.	%	No.	%			No.	%	No.	%	No.	%
53	61.6	12	14.0	10	11.6	75	87.2	11	12.8	5542	98.5	5627	100

Tabla No. 2. Comportamiento de los diferentes factores de riesgo de cáncer cérvicouterino en el Municipio Bolivia.

Factores de Riesgo	NIC		Carcinoma Invasivo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Edad						
< 20 años	0	0	0	0	0	0
20 - 39	47	54.6	5	5.8	52	60.3
40 – 59	28	32.6	5	5.8	33	38.6
> 60 años	0	0	1	1.2	1	1.1
Área de Procedencia.						
Urbana	37	43.1	4	4.7	41	47.7
Rural	38	44.1	7	8.1	45	52.3
Paridad						
Nulípara	3	3.4	1	1.2	4	4.7
1-3 hijos	62	72.1	8	9.4	70	81.4

> 3 hijos	10	11.6	2	2.3	12	13.9
Edad de la 1ra relación sexual						
<15 años	19	22.1	5	5.8	24	27.9
15 – 20 años	51	59.4	6	6.9	57	66.3
> 20 años	5	5.8	0	0	5	5.8
Infección Vaginal						
Si	45	52.3	8	9.4	53	61.6
No	30	34.9	3	3.4	33	38.4
Virus del Papiloma Humano						
Si	33	38.4	4	4.7	37	43
No	42	48.8	7	8.1	49	57