

Multimed 2010; 14(1)

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
POLICLÍNICO “13 DE MARZO”.  
BAYAMO. GRANMA.**

**Factores de riesgo del cáncer del Cervix uterino.**

**Risk factors for cervical uterine cancer.**

*Natalia Hernández Fonseca<sup>i</sup>, Joaquín Reynaldo Guerra Pompa<sup>ii</sup>, Yacnira Martínez Bazán<sup>iii</sup>, Caridad Noguerras Garcés<sup>iv</sup>.*

**Resumen**

Se realizó un estudio de caso control, para determinar los factores de riesgo del cáncer cérvico-uterino, en el policlínico “13 de marzo” en el municipio Bayamo, Provincia Granma en el período comprendido entre 2008-2009. El universo de trabajo quedó constituido por 3 450 pacientes a las que se realizó citología vaginal en el período de referencia y la muestra por 76 mujeres cuyos exámenes fueron positivos y un grupo control de 76 mujeres a las que se les aplicó un formulario para conocer variables como tipo de neoplasia, edad, ocupación, escolaridad, estado civil, inicio de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos, presencia de cervicitis, hábitos de fumar y sepsis vaginal. La presencia de neoplasia del cuello uterino puede de un 2,2% predominando las intraepiteliales (NIC I y NICII). El grupo de edad más afectado fue el de 25-34 a años seguidos del 35-44. Predominaron las pacientes con preuniversitario terminado, solteras y fumadoras. Los factores de riesgo en orden decreciente fueron: la sepsis vaginal, las primeras relaciones entre 15-20 años, la cervicitis y el hábito de fumar. Se utilizaron varios métodos de intervención como videoconferencias, charlas educativas y se aplicó la encuesta a todas las pacientes con patologías cervicales incluida en este estudio. Se aplicaron métodos de significación estadísticas y con esta información se tabularon datos, utilizando valores absolutos y porcentajes. Se confeccionaron tablas y se analizaron y discutieron los resultados obtenidos llegando a conclusiones.

**Descriptor DeCS: NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO/epidemiología.**

**Abstract**

It was performed a control research to determine the risk factors for cervical uterine cancer at 13 de Marzo Polyclinic in Bayamo during the period 2008-2009. The universe was made by 3450 patients after the vaginal cytology test during the reference period, and the sample by 76 women whose exams were positive, and a control group of 76 women to whom a questionnaire was applied in order to know variables like type of

neoplasia, age, occupation, schooling, marital stage, the beginning of sexual intercourse, use of anticonceptives, presence of cervicitis, smoking addiction and vaginal sepsis. The presence of neoplasia of the cervix was about 2.2% prevailing the intraepithelial. The most affected age group was from 25 to 34 years followed by the group from 35 to 44 years old. The risk factors in decreasing order were: vaginal sepsis, the first sexual intercourse since 15-20 years, cervicitis and smoking addiction. There were applied several methods like video conferences, educative chats, and there was also applied a survey for all the patients with cervical pathologies included in this research. Statistical methods were used and with this information the data was gathered, using values and percentages. The tables were made and analyzed and the obtained results were discussed.

**KEY WORDS: UTERINE CERVICAL NEOPLASMS/epidemiology**

## **Introducción**

La lucha contra el cáncer constituye un problema fundamental de la medicina que atañe no sólo a los clínicos, investigadores y médicos generales, sino también a la población en general. <sup>(1)</sup>

El cáncer del cuello uterino es una afección en la cual se formó células malignas (cancerosas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es el extremo inferior, estrecho del útero (el órgano hueco, en forma de pera donde se desarrolla el feto). El cuello uterino comunica el útero con la vagina (conducto del nacimiento). <sup>(2)</sup>

El cáncer del cuello uterino generalmente se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo. Antes de la aparición del cáncer en el cuello uterino, las células del cuello uterino atraviesan cambios conocidos como displasias, en los cuales las células que nos normales empiezan a aparecer en el tejido del cuello uterino. Luego, las células cancerosas comienzan a crecer y diseminarse más profundamente en el cuello uterino y las áreas circundantes. <sup>(3)</sup>

Las displasias cervicales del útero se dividen en lesiones de bajo y alto grado. Generalmente, las lesiones de bajo grado solo presentan infección viral, en tanto que las de alto grado como son las displasias moderadas o severas sino son tratadas evolucionan progresivamente al cáncer invasor del cervix. <sup>(4)</sup>

En antiguo concepto de que esta lesión comenzaba como una displasia leve (NIC-I, lesión de bajo grado) que evolucionarían indefectiblemente hasta un cáncer invasor y finalmente con la muerte de la paciente, no tiene en la actualidad un basamento científico. Por el contrario se ha demostrado que un alto número de NIC, regresan espontáneamente a la normalidad, no progresan o invierten varios años en progresar. <sup>(5)</sup>

La ubicación topográfica del cuello uterino favorece, tanto el examen clínico como la aplicación de métodos de diagnóstico complementario de gran eficaz. Puede afirmarse

que con la citología cervicovaginal descrita por Papanicolau, la colposcopia de Hinselman y la biopsia de Ruge y Veit oportunamente aplicada no debe morir ninguna mujer de cáncer del cuello uterino. <sup>(6)</sup>

La causa determinante del cáncer cervical aún no se encuentra definida pero se le han atribuido a varios factores epidemiológicos causales, como relaciones sexuales precoces, multiparidad, promiscuidad, hábito de fumar, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual que actuando de forma gradual son capaces de provocar cambios malignos a nivel del cuello uterino. <sup>(7)</sup>

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor de riesgo para la aparición del cáncer del cuello uterino. La infección del cuello uterino por el virus del papiloma humano es la causa más común para el cáncer de este tipo. No obstante, no todas las mujeres con infección por el VPH padecerán cáncer. Las mujeres que generalmente no se someten a una prueba de Papanicolau para detectar el VPH o células anormales en el cuello uterino enfrentan un mayor riesgo de padecer el cáncer.

<sup>(8)</sup>

La sola presencia del VPH no causa por si solo las lesiones displásicas ni el cáncer cérvico uterino, requiere estar asociada a otros factores de riesgos como tabaquismo, el uso de hormonas, la promiscuidad sexual, padecer otras infecciones virales agregadas como el herpes, padecer enfermedades que bajan la inmunidad del organismos, los embarazos múltiples, las desnutrición, falta de higiene, etc. El problema con el papiloma virus es que una persona puede estar infectada durante alguna época de su vida y no lo sabe, ya que no manifiesta síntomas, sin embargo, si puede ser detectado a través de una prueba de Papinocolau o de un estudio colposcópico, ya sea en la mujer o en el varón. <sup>(9)</sup>

En todo el mundo, el cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más común en mujeres (después del cáncer de mama). La Organización Mundial de la Salud calcula que actualmente hay más de 2 millones de mujeres en el mundo que tienen cáncer cervicouterino. Cada año se diagnostica 490.00 nuevos casos de cáncer cervicouterino. Eso es más de 1 350 casos nuevos por día. De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud, cerca de 650 mujeres en todo el mundo morirán diariamente de cáncer cervicouterino. <sup>(10, 11)</sup> Por esta razón es importante que se comente con su médico sobre un Papanicolau que pueda ayudar a detectar cambios celulares sospechosos en el cuello antes de que se conviertan en cáncer. Pero eso es poco VPH genitales de alto riesgo son suficientes para que en el mundo mueran anualmente 250 mil mujeres (un 85% de ellas en países en desarrollos) y 677, en Chile, todos los años (año 2002). <sup>(12)</sup>

Cuba no esta para esta problemática de Salud y podemos ver como entre los años 2000 y 2005 ha habido un crecimiento de la mortalidad por cáncer de 4% anual debido fundamentalmente a que las principales causas que podrían haber tenido un impacto sobre la reducción de la mortalidad continúan en los primeros lugares (tabaquismo), próstata y colon (diagnostico y tratamiento), mama, cuello de útero, (diagnostico precoz).<sup>(13)</sup>

Los avances de la medicina cubana y los recursos que se invierten en los más importantes programas de salud como el de detección precoz del cáncer cervicouterino permiten elevar la calidad de vida de la mujer. En Cuba existe un programa de diagnostico precoz del cáncer cervicouterino que se lleva a cabo desde 1968 por el Ministerio de Salud Pública con el objetivo de disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer del cuello del útero, mediante su detección en la etapa más temprana posible lo que permite una terapéutica precoz y eficaz.<sup>(14, 15, 16)</sup>. En cuanto a la distribución geográfica del cáncer de cervix es más frecuente en las provincias orientales. En estudios realizados por el Dr. Gonzáles en 1999 tuvo una incidencia de neoplasias cervicales de 0.8% y en estudios realizados por la Dra. Pacheco que culminó en el 2001 con una incidencia de 1.48%

Teniendo en cuenta que el cáncer de cuello uterino pertenece a los problemas de importancia práctica y real que impiden lograr el mantenimiento de la salud y la capacidad de trabajo de la mujer así como la repercusión que reviste para la sociedad, nos motivamos a la realización de esta investigación con el fin de tener una panorámica actualizada sobre esta enfermedad, así como evaluar algunos factores riesgo.

## **Método**

Se realizó un estudio de caso control para determinar los factores de riesgo de cáncer del cérvix uterino, en el policlínico "13 de Marzo" en el municipio Bayamo, Provincia Granma en el período comprendido entre 2008-2009.

El universo de trabajo quedó constituido por 3450 pacientes a las que se le realizó Citología Vaginal en el período de referencia y la muestra por 76 mujeres cuyos exámenes fueron positivos, y un grupo control de 76 mujeres cuyos exámenes fueron negativos.

Para dar cumplimiento a los objetivos se coordinó con la jefa del programa de citodiagnóstico del policlínico para cuantificar las citologías realizadas durante la etapa estudiada y su positividad, así como la clasificación de la enfermedad, se solicitó la colaboración de los médicos de los diferentes consultorios previo adiestramiento aplicaron un formulario a las pacientes afectadas donde se recogieron variables como: edad, escolaridad y estado civil, primeras relaciones sexuales (sexarquía) entre (15 y 20 años), sepsis vaginal, hábito de fumar, uso de anticonceptivo hormonal.

**Criterios de inclusión:**

Todas las pacientes del universo cuyo estudio fue positivo y se encontraban en el área para su seguimiento adecuado, así como las pacientes que se escogieron para el grupo control.

**Criterios de exclusión:**

Se excluyeron las pacientes que abandonaron el área luego de haber sido diagnosticadas.

Los datos se obtuvieron del registro de citodiagnóstico del policlínico, de la revisión de las historias clínicas ambulatorias, de los formularios aplicados. Se utilizaron varios métodos de intervención como videoconferencias, charlas educativas y se aplicó la encuesta a todas las pacientes con patologías cervicales incluida en este estudio. Se aplicaron métodos de significación estadísticas. Para la recolección del dato primario se confeccionó una planilla (anexo 1) en el cual se reflejaron los datos generales de las pacientes estudiadas y las variables que le dieron salida a los objetivos específicos. Los datos se procesaron por conteo simple, se aplicaron métodos de significación estadística y con esta información se tabularon datos, utilizando valores absolutos y porcentajes, con la ayuda de la calculadora marca CASIO y la computadora DELL Pentium IV. Se llegaron a conclusiones y se hicieron recomendaciones.

## **Discusión**

En la tabla No. 1 podemos apreciar que de un total de 3450 mujeres a las que se les realizó la citología orgánica, 76 de ellas presentaron resultados positivos representando el 2.2% de las mismas. Sin embargo estudios realizados en países como Nueva Zelanda (9.9), México (8.9) es baja pero cuando lo comparamos con estudios realizados por el Dr. González y la Dra. Pacheco en nuestro centro pero en

diferentes períodos encontramos un ascenso en la incidencia, nos llama la atención que existe un incremento a nivel mundial de esta patología. <sup>(17)</sup>

En la tabla No. 2 aparecen las neoplasias según su clasificación donde el mayor por ciento corresponde a los NIC I, con 34 casos para un 44.7% seguido de NIC II, con 30.3 casos. A medida que la lesión cervical aumenta en grado van decreciendo. Esto se debe al programa de citodiagnóstico que se lleva en Cuba desde 1967, el cual se ha ido perfeccionando y nos ha permitido exhibir los resultados que mostramos en el estudio comparado con países desarrollados como Filadelfia. <sup>(19)</sup>

En la tabla No. 3 se observa que el grupo etáreo de mayor afectación en este estudio fue el de 25 a 34 años con 39 casos para un (51.3%), seguido del grupo de 35 a 44 años con un (19.8%) coincidiendo con otros autores (20). Consideramos alarmante que tuvimos 8 casos para un (10.5%) entre 15 y 24 años que salen por la edad del programa pero como tenían antecedentes de comenzar relaciones sexuales precoces, presentaron síntomas y voluntariamente acudieron a realizarse la prueba citológica. El VPH puede contraerse entre los 15 y 25 años, etapa de mayor actividad sexual, aunque puede ser en cualquier época de la vida de la mujer y el hombre, durante la adolescencia el cérvix todavía no alcanza su madurez y tiene una zona muy susceptible para captar el papiloma viral humano. <sup>(21)</sup>

En la tabla No. 4 tuvimos en cuenta la repercusión de las neoplasias cervicales según la escolaridad encontramos que el grupo más afectado fue el preuniversitario con 32 casos para un (42.1%) seguido del nivel universitario con 24 casos para un (31.6%) coincide con otros trabajos realizados en nuestro país esto es debido al alto nivel educacional alcanzado por nuestro pueblo, del cual no queda exenta la mujer. <sup>(22)</sup>

El comportamiento de la neoplasia cervical según estado civil aparece en la tabla No. 5 predominando las solteras con 44 casos para un (57.9%), esto es debido a la alta tasa de divorcio que tiene el país. El antecedente de relaciones sexuales con varias parejas aumenta el riesgo de contraer esta infección por el virus del papiloma humano es el factor de riesgo principal ya que hasta el 90% de las mujeres con cáncer cervicouterino tienen antecedentes de infección por este virus y el riesgo de desarrollar el cáncer. Casi todos los estudios demuestran que por cada pareja adicional el riesgo parece incrementarse de manera lineal, siendo este uno de los factores asociados al riesgo más alto de padecer esta enfermedad. <sup>(23)</sup>

En la tabla No. 6 se realizó un análisis de otros factores de riesgo que repercuten en el cáncer cérvico uterino encontramos en orden decreciente la sepsis vaginal con 62 pacientes para un 81.6%, seguido por las primeras relaciones sexuales entre 15-20 años con 51 pacientes para un 67.1% coincidiendo con estudios realizados por

Rolando Herrera en Colombia, Costa Rica y México, la media de edad de las relaciones sexuales fue de 17.4 años correspondiéndose con nuestra investigación. <sup>(24)</sup> El menor número de pacientes usaron anticonceptivos hormonales. En correspondencia con lo planteado por Cabezas Cruz. <sup>(25)</sup> Las infecciones de virus del papiloma humano son unas de las que se transmiten sexualmente con más frecuencia. Se sabe que aproximadamente 15 virus del papiloma humano causan cáncer cervical. Comparadas con las mujeres que no toman anticonceptivos orales, es posible que las mujeres que sí los toman no usen métodos de control de la natalidad de barrera (como son los condones). Puesto que los condones son efectivos en parte para impedir la infección de los virus del papiloma humano, quienes usan anticonceptivos orales y no usan condones pueden tener un riesgo mayor de una infección del virus del papiloma humano. <sup>(26)</sup>

## **Conclusiones**

- La positividad de las neoplasias cervicales encontradas fue baja, predominando las intraepiteliales NIC I NIC II.
- Los grupos de edades más afectados fueron el de 25-34, seguido por el de 35-44 años.
- Predominaron las pacientes solteras, con preuniversitario terminado.
- Otros factores de riesgo encontrados con relativa frecuencia, en orden decreciente fueron la sepsis vaginal, inicio de las relaciones sexuales entre 15-20 años, la cervicitis y el hábito de fumar.

## **Recomendaciones**

- El beneficio que ofrece la prueba de Papanicolau y la prueba de Shiller es muy superior a las molestias que puede ocasionar su realización las cuales se les debe de realizar a toda mujer en edad fértil en dependencia de la edad.
- La detección del cáncer cervicouterino es un procedimiento sencillo que le puede salvar la vida.
- Cualquier flujo transvaginal debe ser evaluado por un médico. Puede ser cáncer cervicouterino.

- El cáncer cervicouterino no es un callejón sin salida. Existen muchos tratamientos que dan muy buenos resultados. Consulte a su médico.

## Referencias Bibliográficas

1. Obermair A, Wanner C, Bilgi S, Speiser P, Reisenberger K, Kaider A, et al. The influence of vascular space involvement on the prognosis of patients with stage Ib cervical carcinoma. *Cancer* 1998; 82: 689-96.
2. Smith RF. Tinción de Pap. *Tiempos médicos* 1998; (531): 48.
3. Averette HE. Neoplasias ginecológicas En: Berkow R, Fletcher AJ. *El manual de Merck*. 9 ed. Barcelona: Mosby/Doyma, 1994: 2021-4.
4. Samial RA, Kate FJ, Schilthuis MS, Hart AA, Lammes FB, Surgical pathologic factor that predicts recurrence in stage Ib an Ila cervical carcinoma patients with negative pelvic lymph nodes. *Cancer* 1997; 80: 1234-40.
5. Geisler JP, Geisler HE. Radical hysterectomy in patients 65 years of age and older. *Ginecol Oncol* 1994; 53: 208-11.
6. Sood AK, Sorosky JI, Mayr N, Krogman S, Anderson B, Buller RE, et al. Radiotherapeutic management of cervical carcinoma that complicates pregnancy. *Cáncer* 1997; 53: 208-11.
7. Tropé C, Sandfor K, Kristensen G, Iversen T. Standard and new approaches in surgery. *Int J Cáncer* 1996; 6: 51-6.
8. Gaezeti GG, Ciavattini A, Lucarini G, Goteri G, Menso S, De Nictolis M, et al. The role of human papillomavirus DNAs in cervical carcinoma and risk of lymph node metastasis. *Cáncer* 1998; 82: 886-92.
9. Thompson JD. Cáncer del cérvix. En: Thompson JD, Rock J. *Ginecología operatoria (Te Linde)*. 7 ed. Editorial Médica Panamericana, 1993: 1045-121.
10. Sevin BU, Nadji M, Averette HE, Hilsenberck S, Smith D, Lampe B. Microinvasive carcinoma of the cervix. *Cáncer* 1992; 70: 2121-8.
11. World Cáncer Research Fund. American Institute for Cáncer Research. *Food nutrition and the prevention of cáncer: a global perspective*. Washington DC: 1997: 302-3.
12. Hemsell DL. Prophylactic antibiotics in gynecologic and obstetric surgery. *Rev Infect Dis* 1991; 13: 821-41.
13. Delgado JJ, Veranes M, Cubero O. Lesiones del tracto urinario en cirugía ginecológica. Estudio de 3500 intervenciones quirúrgicas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1993; 19(1): 16-26.

14. Castle PE, Wacholder S, Lorincz AT, et al. A prospective study of high-grade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94(18): 1406-1414.
15. Moreno V, Bosch FX, Munoz N, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: The IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359(9312): 1085-1092.
16. Smith JS, Green J, de González AB, et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives. A systematic review. *Lancet* 2003; 361(9364): 1159-1167.
17. Grupo Nacional de Oncología. El problema cáncer en Cuba. Una estrategia científica de abordaje. La Habana: MINSAP; 2001. p 1-14.
18. Eifel PJ, Berek JS, Tate J. Cáncer of the cervix, vagina and vulva. En: De Vita V Jr, Hellman S, Rosenberg SA. *Cáncer principles and practice of oncology*. 5 ed. Philadelphia: Lippincott, 1997: 1433-78.
19. Cannistra SA, Niloff JM. Cáncer of the uterine cervix. *New Engl J Med*. 1996; 334: 1030-8.
20. Cabezas Cruz E. Epidemiología del cáncer ginecológico. *Rev Cubana med Gen Integr*. 2001; 17(1): 7-14.
21. Herrera R. Factores de riesgo del carcinoma invasor. *Boletín Of Saint Panam* 2002; 110(5): 112.
22. Rigol Ricardo O. Cáncer del útero. En: *Obstetricia y Ginecología*. 2004; p 296-318.
23. Robles SC. Rompiendo Mitos: Cáncer del cuello del útero. *Perspect salud* 2005; 5(2): 24-78.
24. Castañeda MS, Taledo R, Aguilera M. Factores de riesgo para El cáncer cervicouterino em mujeres de Zacatecas. *Salud Pública Méx* 2003; 40(3): 200-7.
25. Cabezas Cruz E. Epidemiología del cáncer ginecológico. *Rev Cubana med Gen Integr* 2001; 17(1): 7-14.
26. Cabezas Cruz E. Programa Nacional de detección precoz del Cáncer Cervicouterino. Sistema de Información Estadístico. Ministerio de Salud Pública 1994.

## **Bibliografía Consultada**

- González Blanco E. Incidencia de las neoplasias cervicales y factores de riesgo en el Policlínico “13 de Marzo” 1996-1998. (Trabajo para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral) Bayamo.
- Pacheco Cedeño M. Comportamiento de las neoplasias cervicales y factores de riesgo. Policlínico “13 de marzo” 1999-2001. (Trabajo para optar por el Título de especialista de Primer Grado en Medicina General Integral) Bayamo.

## Anexos

Encuesta.

|                   |             |                       |            |        |
|-------------------|-------------|-----------------------|------------|--------|
| Nombre            |             |                       |            |        |
| H/C               | C.M.F       | Dirección             |            |        |
| Edad              | Escolaridad | Estado Civil          | Ocupación  |        |
| Si___ No ___      |             |                       | Primeras   |        |
| Métodos           |             |                       | Relaciones |        |
| Anticonceptivos   |             |                       | Sexuales   |        |
| Cuál:             |             |                       |            |        |
| No de Parejas     |             | Examen Físico Inicial |            |        |
| Diagnóstico enf.  |             | Sepsis Vaginal        |            | Hábito |
|                   |             | Si___ No ___          |            | Fumar  |
|                   |             | Cuál                  |            |        |
| Antec. Obstétrico |             | Primer Parto          |            |        |

**Tabla 1. Incidencia de las neoplasias cervicales. Policlínico “13 de Marzo” 2006-2007.**

| Exámenes realizados | Mujeres |      |
|---------------------|---------|------|
|                     | No      | %    |
| Positivos           | 76      | 2,2  |
| Negativos           | 3374    | 97.8 |
| Total               | 3450    | 100  |

**Tabla 2. Neoplasias cervicales según su clasificación. Policlínico “13 de Marzo”. 2006-2007.**

| Clasificación  | Mujeres Afectadas |      |
|----------------|-------------------|------|
|                | No                | %    |
| NIC I          | 34                | 44.7 |
| NIC II         | 23                | 30.3 |
| NIC III        | 13                | 17.1 |
| Ca In Situ     | 4                 | 5.3  |
| Ca epidermoide | 12                | 2.6  |
| Total          | 76                | 100% |

**Tabla 3. Neoplasias cervicales según edad. Policlínico “13 de Marzo” 2006 2007.**

| Edades (años) | Neoplasias |      |
|---------------|------------|------|
|               | No         | %    |
| 15-25         | 8          | 10.5 |
| 26-35         | 39         | 51.3 |
| 36-45         | 9          | 11.9 |
| +56           | 3          | 3.9  |
| Total         | 76         | 100% |

**Tabla 4. Neoplasias cervicales según ocupación. Policlínico “13 de Marzo” 2006-2007.**

| Ocupación    | Mujeres |      |
|--------------|---------|------|
|              | No      | %    |
| Obreras      | 48      | 63,2 |
| Amas de Casa | 28      | 36,8 |
| Total        | 76      | 100% |

**Tabla 5. Neoplasias cervicales según la escolaridad. Policlínico “13 de Marzo” 2006-2007.**

| <b>Escolaridad</b> | <b>Mujeres</b> |          |
|--------------------|----------------|----------|
|                    | <b>No</b>      | <b>%</b> |
| Primaria           | 6              | 7.9      |
| Secundaria         | 14             | 18.4     |
| Preuniversitario   | 32             | 42.1     |
| Universitario      | 24             | 31.6     |
| Total              | 76             | 100%     |

**Tabla 6. Neoplasias cervicales según estado civil. Policlínico “13 de marzo” 2006-2007.**

| <b>Estado Civil</b> | <b>Mujeres</b> |          |
|---------------------|----------------|----------|
|                     | <b>No</b>      | <b>%</b> |
| Soltera             | 32             | 42.1     |
| Casada              | 44             | 57.9     |
| Total               | 76             | 100%     |

**Tabla 7. Neoplasias cervicales según factor de riesgo. Policlínico “13 de Marzo” 2006-2007.**

| <b>Otros factores de riesgos</b>    | <b>Mujeres</b> |          |
|-------------------------------------|----------------|----------|
|                                     | <b>No</b>      | <b>%</b> |
| Primeras relaciones sexuales(15-20) | 51             | 67.1     |
| Cervicitis                          | 40             | 5.3      |
| Uso del DIU                         | 32             | 81.6     |
| Sepsis vaginal                      | 62             | 81.6     |

---

|                        |    |      |
|------------------------|----|------|
| Hábitos de fumar       | 39 | 54   |
| Uso de anticonceptivos | 16 | 21.1 |
| Orales                 |    |      |

---

---

<sup>i</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

<sup>ii</sup> Especialista de II Grado en Medicina General Integral

<sup>iii</sup> Especialista de I grado en Anestesiología y Reanimación.

<sup>iv</sup> Especialista de II Grado en Medicina General Integral