

Mortalidad en adolescentes atendidos en Hospital Pediátrico Universitario “Juan Manuel Márquez”

Mortality in adolescents treated at "Juan Manuel Márquez" University Pediatric Hospital

Silvia León Reyes^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4337-944X>

Damaris Lainé Gómez² https://orcid.org/9206_9598_7664_7215

Francisca Cruz Sánchez^{3*} <https://orcid.org/0000-0001-6687-0058>

Rosa María Alonso Uría⁴ <https://orcid.org/0000-0003-2873-9707>.

Beatriz Rodríguez Alonso⁵ <https://orcid.org/0000-0003-2382-0100>

Jacqueline Santos Ravelo⁶ <https://orcid.org/0000-0002-7928-8064>

Regla Patricia Presno Pérez⁷ <https://orcid.org/0000-0002-5335-0464>

¹Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”. Facultad de Ciencias Médicas “Finlay-Albarrán”. La Habana, Cuba.

²Policlínico “Carlos Manuel Portuondo”. Facultad de Ciencias Médicas “Finlay-Albarrán”. Marianao, La Habana, Cuba.

³Facultad de Ciencias Médicas “Finlay-Albarrán”.

⁴Hospital Docente Gineco-obstétrico de Guanabacoa, Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. La Habana, Cuba.

⁵Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Editorial Ciencias Médicas, Departamento de Revistas Médicas. La Habana, Cuba.

⁶Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Departamento de Biblioteca. La Habana, Cuba.

⁷Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez”. Departamento de Biblioteca. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: silvialr@infomed.sld.cu; fcruzan@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La atención a la adolescencia debe dirigirse hacia el fomento de conductas que se ven reflejadas en los indicadores de mortalidad.

Objetivo: Caracterizar la mortalidad y sus causas, en los adolescentes de 10-18 años, fallecidos en el decenio 2009-2018.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, realizado en el Hospital Pediátrico Docente "Juan Manuel Márquez". Los 164 adolescentes de 10-18 años de edad fallecidos, constituyeron el universo. Los registros del movimiento hospitalario, historias clínicas e informes de Anatomía Patológica de los fallecidos fueron las fuentes de información utilizadas. Entre las variables estudiadas: edad, sexo, procedencia, causa del fallecimiento y año de ocurrencia.

Resultados: La tasa de mortalidad fue inferior a 1/100 egresos; predominaron las defunciones en el grupo de 15-18 años (51,9 %), el sexo femenino (50,6 %) y la procedencia de La Habana (53,4 %). Los tumores y enfermedades malignas provocaron casi la mitad de las muertes (48,7 %), seguidos de las lesiones no intencionales (19,7 %).

Conclusiones: La mortalidad en los adolescentes fue similar en ambos sexos y edades, con tendencia a la disminución, donde los tumores malignos y las lesiones no intencionales constituyeron las principales causas que se presentaron durante todo el periodo.

Palabras clave: mortalidad; adolescencia; causas de muerte.

ABSTRACT

Introduction: Attention to adolescence should be directed towards the promotion of behaviors that are reflected in mortality indicators.

Objective: Characterize mortality and its causes in adolescents between 10-18 years of age who died in the decade 2009-2018.

Methods: A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted at "Juan Manuel Márquez" Pediatric Teaching Hospital. The 164 teenagers aged 10-18 who died constituted the sample. Hospital movement records, medical records and Pathological Anatomy reports of the deceased were the sources of information used. Among the variables studied were: age, sex, origin, cause of death and year of occurrence.

Results: The mortality rate was less than 1/100 discharges; deaths predominated in the group of 15-18 years (51.9 %), the female sex (50.6 %) and being from Havana (53.4 %). Tumors and malignant diseases caused almost half of the deaths (48.7%), followed by unintentional injuries (19.7%).

Conclusions: Mortality in adolescents was similar in both sexes and ages, with a tendency to decrease, where malignant tumors and unintentional lesions were the main causes that occurred throughout the period.

Keywords: Mortality; adolescence; causes of death.

Recibido: 22/09/2021

Aceptado: 11/10/2021

Introducción

La intención de trabajar con y para los adolescentes parte del reconocimiento de ellos como sujetos activos y socio-históricamente determinados, quienes conscientes del rol protagónico a desempeñar, deben aprovechar la energía, el potencial, la creatividad, el idealismo y las ansias de crecer en todas las esferas para alcanzar el desarrollo pleno de su personalidad. Esto constituye un gran reto para la sociedad, que centra en ellos la esperanza de un mundo mejor.⁽¹⁾

Se debe trabajar en la formación de capacidades en profesionales de la salud⁽²⁾ para la atención integral a los problemas que acontecen en la adolescencia, comprendida para *Cecil*⁽³⁾ entre los 10-21 años, y otros autores cubanos⁽⁴⁾ establecen las etapas según el sexo, desde la preadolescencia hasta la adolescencia tardía que termina a los 18 años, 11 meses y 29 días.

La atención a la adolescencia debe dirigirse hacia el fomento de habilidades para la vida y la madurez psicointelectual, que contribuya a la adopción de estilos de vida saludables y con autorresponsabilidad. Estas conductas se ven reflejadas en el estado de salud de la población adolescente y con ello, los indicadores demográficos, de morbilidad, mortalidad e invalidez.

En este sentido, se han pronunciado los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quien publica que más de la mitad de las muertes entre 10-24 años en las Américas son por homicidios, siniestros viales y suicidios, y se pueden prevenir. Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) desde hace más de una década, ha identificado que más de un millón de adolescentes fallecen por causas prevenibles.^(5,6,7)

Según estadísticas reportadas por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), en la región de las Américas algunos países tienen la mortalidad por homicidios superior a la ocurrida por accidentes de tráfico o suicidios.⁽⁸⁾

En 2018, los adolescentes cubanos, constituían 11,35 % de la población total, 1 % más bajo que en años anteriores y de los cuales, 45,7 % tenían entre 10-14 años y 54,3 % de 15-19 años.

Distribuidos por sexos, hay un discreto predominio de féminas en ambos grupos de edades, para 52,3 % del total de adolescentes.⁽⁹⁾

El mayor número de adolescentes se ubica en la provincia de La Habana, 98,858 en el grupo de 10 a 14 años y 121,789 en el de 15 a 19 años para 220 647, cifra que representa 16,06 % de los adolescentes cubanos.⁽⁹⁾

En Cuba, la mortalidad se registra con rigurosidad, y en el año 2000, con la implementación por el Ministerio de Salud Pública (Minsap) del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes, actualizado en 2012 y 2017,⁽¹⁰⁾ se concibe la adaptación de los servicios hospitalarios para su ingreso, y es posible dirigir diferenciadamente la obtención de las estadísticas de este grupo poblacional.

El Hospital Pediátrico Docente “Juan Manuel Márquez” constituye Centro de Referencia Nacional para la Atención al Paciente Pediátrico con Cáncer, la Atención de Afecciones Neuropediátricas, la Atención a Pacientes con Fibrosis Quística y de Referencia Provincial a pacientes con politrauma hasta los 18 años; escenario excepcional para realizar esta investigación, que tiene como objetivo caracterizar la mortalidad y sus causas, en los adolescentes de 10-18 años, fallecidos en el decenio 2009-2018.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo, de los adolescentes fallecidos en la institución habanera, en el decenio 2009-2018. El universo estuvo constituido por la totalidad de adolescentes (164) fallecidos en el período.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta la existencia de los documentos oficiales e informes de adolescentes fallecidos y trazabilidad de la información en los años seleccionados. Se incluyeron todos los fallecidos, de ambos sexos, quienes tenían edades comprendidas entre 10 y 18 años, 11 meses y 29 días.

Se excluyeron los fallecidos en los años anteriores y posteriores al periodo establecido.

Como fuentes de obtención de la información se utilizaron los registros del movimiento hospitalario, hojas de egresos, historias clínicas y los informes de anatomía patológica de los fallecidos. Se realizó el vaciamiento de los datos en modelos creados para su recopilación.

Se operacionalizaron las siguientes variables:

Edad: de 10-14 años (adolescencia precoz) y de 15-18 años (adolescencia tardía).⁽¹¹⁾

Sexo: femenino/masculino.

Lugar de procedencia: según sus direcciones pertenecientes a diferentes provincias del país y del exterior del país; con escala de medida: La Habana, otras provincias y extranjero.

Causas de fallecimiento: de acuerdo con el diagnóstico principal y según nomenclatura de las causas de muerte identificadas en el anuario estadístico del MINSAP, agrupadas en: accidentes (lesiones no intencionales), tumores malignos, lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones, enfermedades del corazón y otras causas.

Año de ocurrencia: 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018.

La información recogida se procesó con ayuda del paquete estadístico SPSS, versión 9.0. La relación de variables se expresó en frecuencias absolutas y relativas.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación Científica de la institución y la academia. Se cumplieron los principios éticos para toda investigación relacionados con seres humanos, dispuesta en la Declaración de Helsinki de 2013.⁽¹²⁾

Resultados

De las defunciones notificadas en el decenio, el primer trienio (2009-2011) fue el más afectado con 40,2 % de fallecimientos. Posteriormente, la tendencia ha sido decreciente, oscilando entre 6-8 %, aunque hubo años que cerraron con 9 y 10 %, pero siempre inferiores al inicio de la etapa estudiada. (Fig. 1).

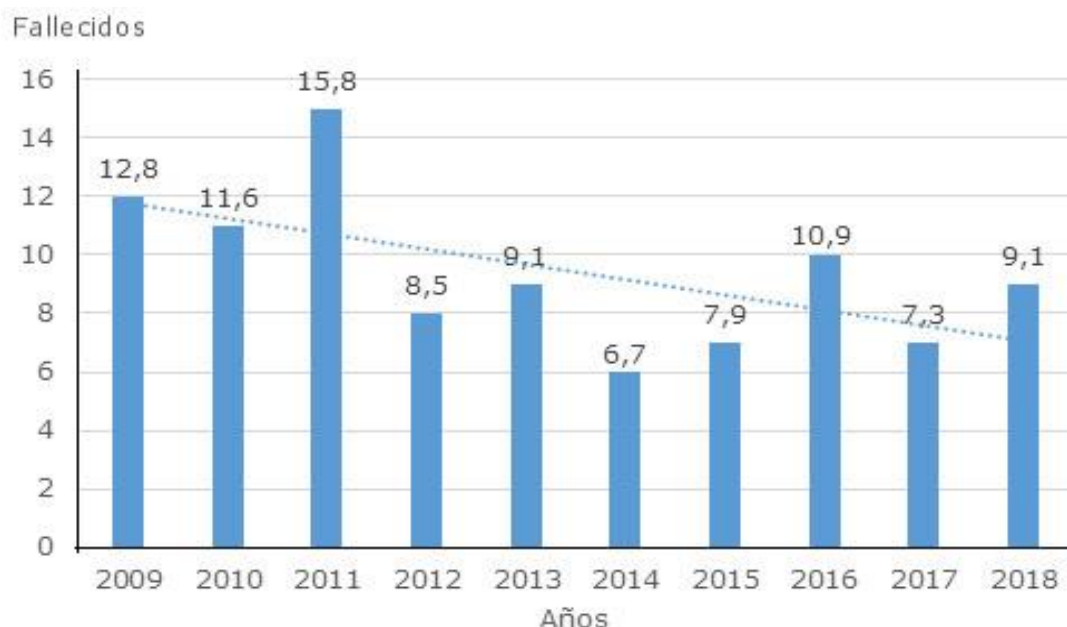


Fig. 1 - Mortalidad en adolescentes según años de la investigación.

En la mortalidad según las edades, se observó ligero incremento de los adolescentes tardíos. El grupo entre 15-18 años presentó mayor mortalidad, con 51,9 %, sobre todo en 2010, 2011 y 2016, pero con tendencia a la disminución, aunque es mayor el descenso en el grupo de la adolescencia precoz, quienes presentaron más complicación en los años 2009 y 2011 (Fig. 2)

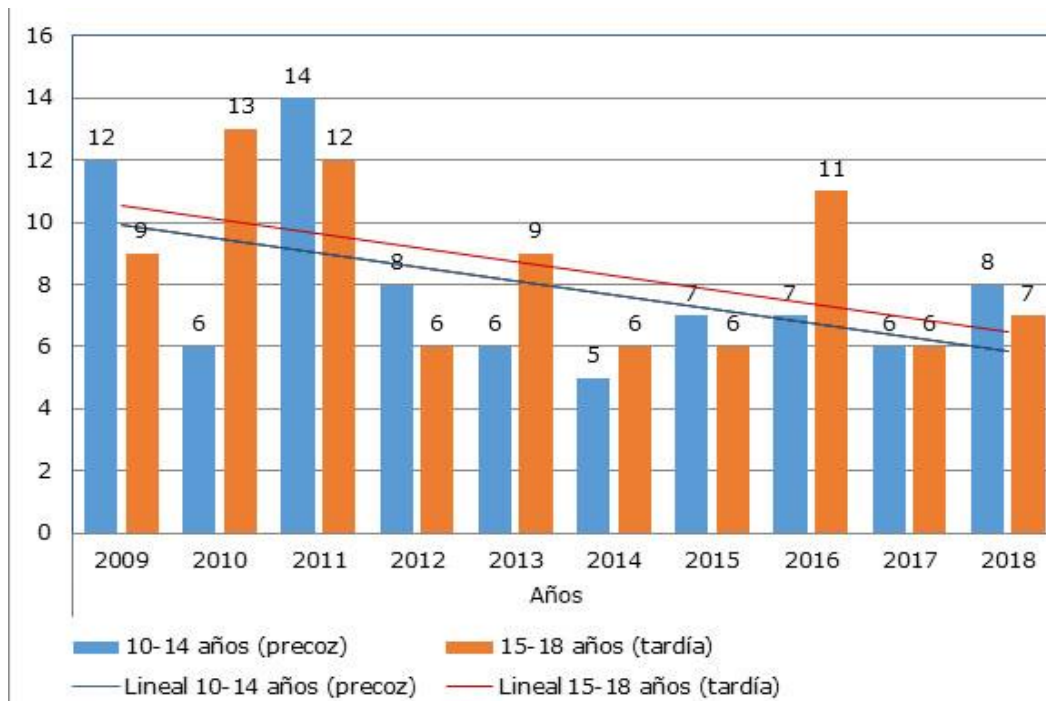


Fig. 2 - Mortalidad en adolescentes según grupo de edad.

En la mortalidad según sexo, el comportamiento de los masculinos (49,4 %) fue similar a las féminas (50,6 %), quienes en el año 2010 duplicaron la cifra de los varones, mientras que en 2017 presentaron evidente minoría (Fig. 3).

En relación con la procedencia, más de $\frac{3}{4}$ partes de los adolescentes fueron remitidos de centros asistenciales de la región occidental del país, y de ellos, el 75 % eran de la capital.

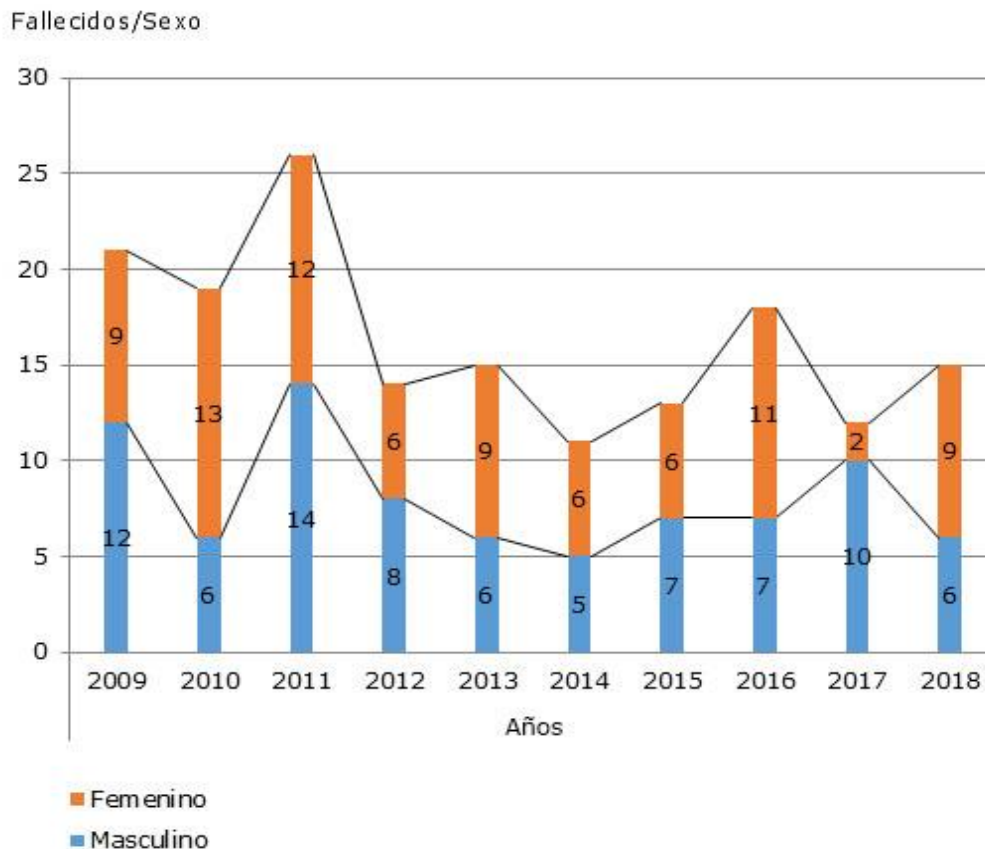


Fig. 3 - Mortalidad de los adolescentes según sexo.

Según las principales causas que determinaron el deceso (Fig. 4), los tumores malignos del sistema hemolinfopoyético ocasionaron casi la mitad de los fallecimientos (48,2 %), seguidos de las lesiones no intencionales con la cuarta parte de las muertes (19,5 %), donde los accidentes de tránsito vinculados a vehículos de motor, ya sea como pasajeros o peatones, aportaron el mayor peso.

La tercera causa fueron las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (5,5 %), que aumentan su frecuencia en los afectados en la etapa de la adolescencia.

Las agresiones ocurridas en cuatro años y con un solo fallecido en cada año (2,4%), preocupó a las autoras, pues en 2018 ocurrió la quinta muerte, después de 4 años sin tener ningún adolescente fallecido; se ubicó en la cuarta causa de fallecimiento.

Las lesiones autoinflingida se presentaron en los años 2011, 2012 y 2013, con una frecuencia mínima, pero importante, dada la relevancia del acto consumado (4 casos, 2,4%) y, posteriormente, no se presentaron más fallecidos por esta causa, por lo que quedó ubicada en quinto lugar.

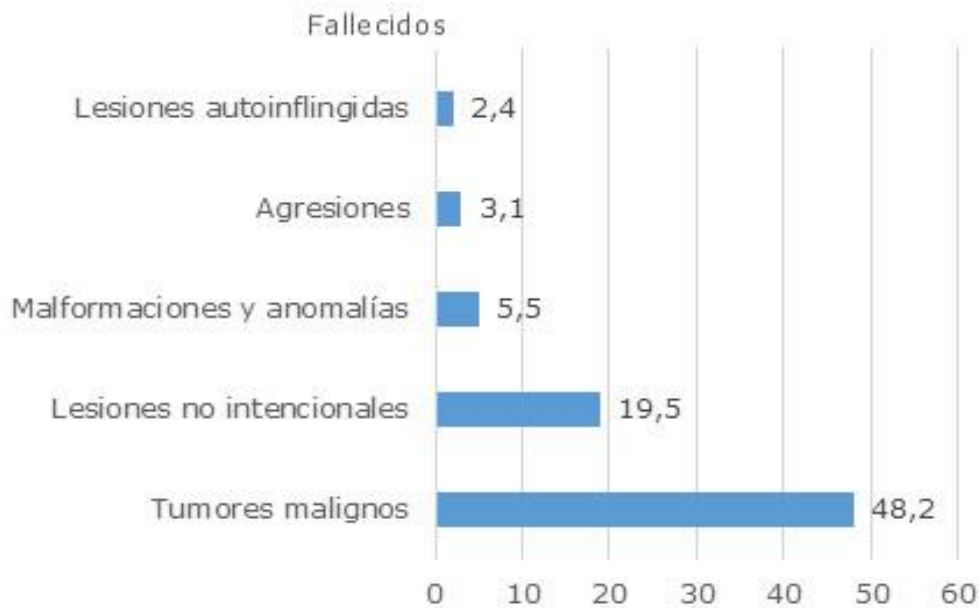


Fig. 4 - Principales causas que determinaron el deceso,

Según los años de estudio, los tumores malignos y las lesiones no intencionales se presentaron durante todo el periodo, más elevado en el primer trienio. Posteriormente, en 2016, se produjo un incremento importante de fallecidos por enfermedades malignas; que se acompañó con un caso de accidentalidad (Fig. 5)

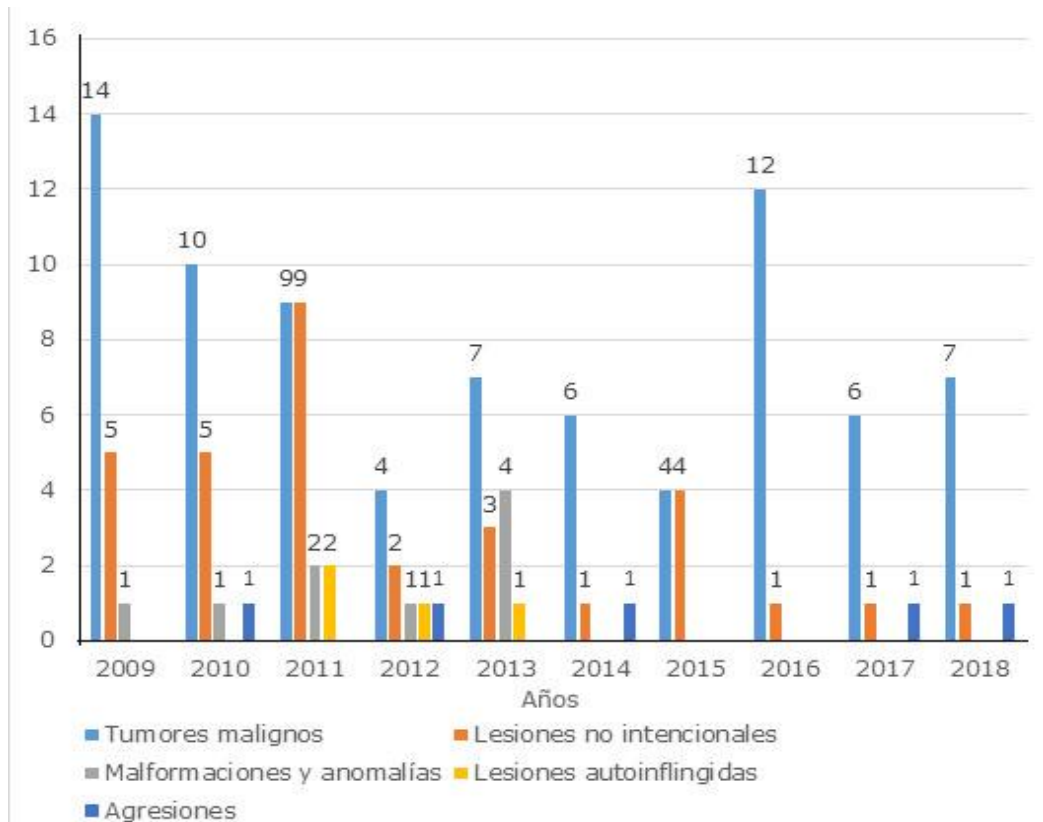


Fig. 5 - Principales causas de muerte en los adolescentes.

Las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas solo causaron la muerte de adolescentes durante el primer quinquenio.

Discusión

En el estudio se analiza el comportamiento de la mortalidad en un hospital que es centro de referencia nacional y provincial para enfermedades de alta complejidad y severidad que las hacen potencialmente mortales y que constituye, por tanto, una situación de salud diferente a la acontecida en el resto de los hospitales pediátricos donde se ingresan también los adolescentes.

No obstante, estas tasas fueron siempre inferiores a 1/100; es decir, menos de un fallecido por cada 100 adolescentes egresados, lo cual se considera un buen resultado, si se tiene en cuenta lo anteriormente explicado y lo difícil de establecer comparaciones con otros estudios de este tipo que se relacionen con este indicador.

Estos resultados muestran la necesidad de una adecuada consulta de puericultura para los adolescentes, momento que contribuye al acompañamiento de ellos, de su familia y amigos, la negociación de orientaciones y estimulación al aprendizaje de habilidades para la vida ^(4,13,14) que

eviten conductas y decisiones irresponsables, que, en muchos casos, forman parte de las cifras de mortalidad analizadas.⁽¹⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el año 2019 murieron más de 1,5 millones de adolescentes y jóvenes de entre 10-24 años de edad, que representa casi 5 000 al día.⁽¹⁶⁾

El predominio de fallecidos durante la adolescencia tardía, se corresponde con un estudio similar, realizado en el Hospital Pediátrico Universitario “Juan Manuel Márquez”, que abarcó el periodo 2009-2013; así como con el tradicional comportamiento nacional, incluso, en los últimos años, donde se duplica la tasa del grupo de 10-14 años (tasas de 0,4 y 0,2, respectivamente).^(9,17)

Igualmente, en Argentina, en 2015, se publica una tasa de mortalidad de 5 por cada 10 000 habitantes, entre 10-19 años, y la cantidad de muertes de varones (6,9 por 10 000) duplica la de las mujeres (3,9 por 10 000). Esta sobremortalidad masculina se pone de manifiesto de manera más acentuada a partir de los 15 años.⁽¹⁸⁾

Cecil considera que aunque este grupo poblacional es saludable; la morbilidad y la mortalidad en esta etapa de la vida se deben a conductas de riesgo y a presiones sociales.⁽³⁾

Organizaciones internacionales abogan por un enfoque de intervenciones positivas, basado en el ciclo de vida, que inicie desde la niñez hasta la adolescencia, pues, durante la adolescencia temprana, se pueden evitar consecuencias negativas en la edad adulta.⁽¹⁹⁾ Asimismo, la Unesco insta al establecimiento de una estrategia global durante el periodo 2016-2030 para prevenir los factores de riesgo en este grupo poblacional.⁽²⁰⁾

En Chile, se establece la política nacional de salud para adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta el comportamiento de los indicadores, cuyas cifras superan las del estudio.⁽²¹⁾

El análisis de las principales causas que determinaron el deceso de los adolescentes, se aprecia que los tumores malignos del sistema hemolinfopoyético ocasionan casi la mitad de los fallecimientos y constituye el primer motivo de defunción en esta etapa de la vida, resultado que no coincide con estadísticas nacionales, donde es la segunda causa de muerte desde hace más de tres décadas.^(15,22,23)

Actualmente, las neoplasias en la infancia evolucionan con tendencia a mayor supervivencia y se considera una enfermedad crónica con todas sus implicaciones clínicas y psicosociales.^(15,23,24)

En Europa, la tasa de supervivencia del cáncer infantil alcanza 89,0 %, muy similar a España (80,0 %), donde la leucemia es el cáncer más frecuente (25,0 %), Sin embargo, en este país no se reportan datos exactos en la adolescencia, ya que en la mayoría de los casos son tratados en unidades de adultos. Los autores instan la necesidad de establecer nuevas formas de colaboración entre especialistas de estas unidades para minimizar los efectos secundarios a largo plazo.⁽²⁵⁾

En países subdesarrollados la tasa de supervivencia es entre 10-20 %. Se señala que los indicadores favorables y los descensos en la mortalidad están relacionados con una adecuada accesibilidad al sistema de salud, el diagnóstico precoz y la efectividad de los tratamientos.⁽²⁵⁾

En Cuba, a pesar de la disminución en las tasas, posterior a la implementación el año 1996 del Programa Nacional para la Prevención de Accidentes,^(26,27) aún las lesiones no intencionales afectan de forma desproporcionada a los adolescentes, en los que llegan a constituir la primera causa de muerte en el país y en el Hospital Pediátrico Universitario “Juan Manuel Márquez”, la segunda.

En 2018, el ahogamiento y la sumersión accidentales fue la primera causa de muerte en varones con 36 defunciones, seguido de los accidentes de transporte (12 casos), de ellos, 10 por vehículos de motor, al igual que las féminas, con 12 fallecimientos, y esta fue su principal causa por accidentalidad.^(9,25,26)

El problema de los accidentes no alcanza solamente a Cuba. La OMS, en 2016 y 2021, lo catalogan como la principal causa de mortalidad en adolescentes y jóvenes adultos.^(16,19) Alrededor de 30 000 jóvenes entre 15-24 años mueren cada año y los conductores adolescentes tienen hasta 10 veces más probabilidades de tener siniestros que los adultos.⁽⁵⁾ También en Argentina los accidentes del tránsito constituyen la principal causa.⁽¹⁸⁾ México se ubica, desde hace un cuarto de siglo, entre las 10 primeras causas de muerte en población general, y 43 % afecta al grupo entre 15-19 años.⁽²⁸⁾

Corona⁽²⁹⁾ destaca que una de las conductas de riesgo más relevantes en jóvenes chilenos, son las asociadas a los “mal llamados accidentes”, y, en primer lugar, a vehiculares (13,4 %), seguido por tumores (11,7 %) y suicidios (10,5 %), más frecuente en hombres, aspectos que no coinciden con la investigación.

El suicidio es una de las causas de mortalidad en la adolescencia tardía, y en muchos países constituye la primera o segunda causa, tanto en varones como en mujeres, lo que eleva notablemente la carga social y económica de las sociedades afectadas.

El suicidio ocupa la tercera causa de muerte en los adolescentes cubanos, mientras que en el hospital es la quinta causa. Su comportamiento actual es favorable, en relación con la tasa más elevada de 2,9 en 2010.⁽⁹⁾ Desde el 2013 no se ha presentado ningún caso en el hospital.

El maltrato familiar o escolar, la falta de sentido a la vida, la inseguridad en las relaciones de apego, la soledad, la inestabilidad emocional, la desconfianza en los demás y en las relaciones afectivas, entre otros, provocan sufrimientos emocionales y sociales que favorecen el aislamiento, la depresión e incluso, el suicidio.⁽³⁰⁾

En 2021, la OMS plantea que el suicidio es la tercera causa de defunción entre 15-19 años⁽¹⁶⁾ y en un informe de la OPS, acota que es 7 % de toda la mortalidad entre adolescentes y adultos jóvenes, seguido de los accidentes de tránsito (82,4 %) y como principal causa, el homicidio con 24 %.⁽⁵⁾

Según el sexo, se destaca en el hombre el homicidio (23,9 %) y el suicidio (9,5 %) y en la mujer es 2,8 % y 2,4 %, respectivamente.^(19,31,32)

Las defunciones de intencionalidad no determinada tienen un peso importante en el conjunto de muertes de adolescentes. En Argentina, los suicidios y los homicidios, le siguen en importancia a los accidentes.⁽¹⁸⁾ En Cuba, la conducta suicida se ha incrementado en los últimos años, siendo la cuarta causa de muerte de 10-19 años.⁽³³⁾

López Sánchez, en España, plantea que uno de los errores más frecuentes de las actuales generaciones de padres, es darse por satisfechos con los hijos si estos van bien en la escuela y no tienen conductas problemáticas, olvidando que la cooperación y las ayudas de los hijos en la familia son la mejor escuela para aprender a cuidar.⁽³⁴⁾

En América Latina la violencia constituye un grave problema social y sanitario, dada la magnitud que provoca el daño físico, psicológico, invalidez y la muerte.⁽³⁵⁾ Una de cada tres muertes en el mundo debido al ejercicio intencional de la violencia interpersonal, se produce en Latinoamérica.^(19,33)

El trabajo en equipo multidisciplinario entre salud y educación contribuye al desarrollo de estrategias efectivas de intervención para el control y la prevención de la violencia infantojuvenil.^(35,36)

En la adolescencia se puede esperar lo mejor y, es responsabilidad de familias, y organizaciones estatales establecer políticas de salud para su mejor control y sus energías se aprovechen en el crecimiento y el desarrollo y no en secuelas, invalidez y llanto.

Las autoras aprecian que el comportamiento de la mortalidad en los adolescentes hospitalizados en la institución, se relaciona con la acontecida en el país, pues al ser responsable de la atención de pacientes con afecciones malignas, raras, complejas, y de urgencias con politraumatología; aporta directamente, con sus resultados, al cuadro de salud provincial y nacional, de ahí la similitud con resultados de este nivel.

Se concluye que la mortalidad en los adolescentes fue similar en ambos sexos y edades, con tendencia a la disminución, donde los tumores malignos y las lesiones no intencionales constituyeron las principales causas que se presentaron durante todo el periodo.

Referencias bibliográficas

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Progreso para la infancia: Un informe sobre los adolescentes. España: UNICEF; 2012. [acceso 09/06/2021]; Disponible en:

<https://www.unicef.es/publicacion/progreso-para-la-infancia-un-informe-sobre-los-adolescentes>.

2. Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B. Necesidades de conocimiento de profesionales de la salud sobre la atención a la gestante y madre adolescente. Rev. cuban. med. gen. integr. 2014 [acceso 04/03/2020];30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid
3. Debra KK, Lawrence SN, Goldman C. Medicina de la Adolescencia. Tratado de Medicina Interna. España: Editorial ELSEVIER; 2018.
4. Cruz Sánchez F, Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Álvarez Valdés G. Adolescencia y puericultura. La puericultura en la adolescencia. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2014.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). La mitad de todas las muertes de los jóvenes se pueden prevenir. Comunicado de prensa. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2019 [acceso 13/08/2021]. Disponible en: https://www.paho.org/hg/index.php?option=com_content&view=article&id=15007:half-of-all-deaths-of-young-people-in-the-americas-can-be-prevented&temid01926&lang=es
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). ¿Qué es la adolescencia? Uruguay: representación UNICEF; 2020. [acceso 13/08/2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
7. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (UNESCO). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!). Guidance to Support Country Implementation. Paris: UNESCO; 2016 [acceso 23/10/2021]. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WHO-FWC-MCA-17.05-eng.pdf>
8. Campo González A., Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B. Lesiones no intencionales. En: Toste Rodríguez G, editora. Madre adolescente. Guía para la familia. La Habana: Editorial Científico Técnica, 2018. p. 271-296.
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2018. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019 [acceso 04/12/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
10. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Integral a la salud de la Adolescencia. La Habana: MINSAP; 2017.
11. Cortes Alfaro A. Características generales de la adolescencia. En: Cruz Valdés L. editora. Prevención de la conducta suicida en adolescente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019. p.17-25.
12. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General. Helsinki: Asociación Médica Mundial; 2013. [acceso 28/03/2020]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/64a-asamblea-general-de-la-declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las>

13. Campo González A, Díaz Aguilar R. Cuidados generales del bebé. En: Toste Rodríguez G, editora. Madre adolescente: Guía para la familia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2018. p.157-63.
14. Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Campo González A, Pérez Cernuda C, Safora Enríquez O, Ravelo Elvírez M. Manual de Orientación Integral para el cuidado de la salud. Madres adolescentes y su descendencia. La Habana: Molinos Trade, UNFPA; 2013.
15. León Reyes S, Cruz Sánchez F, Lainé Gómez D. Morbilidad y mortalidad del adolescente cubano. Situación actual. En: Toste Rodríguez G, editora. Madre adolescente: Guía para la familia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2018. p. 30-50.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud del adolescente y el joven adulto. Nota descriptiva. Publicado 18 de enero de 2021. Ginebra: OMS; 2021 [acceso 22/10/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/health-adolescent/young/adult>
17. León Reyes S, Cruz Sánchez F, Lainé Gómez D. La mortalidad en adolescentes. Rev. cuban. pediatr. 2018 [acceso 12/08/2021];90(1):4-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312018000100002
18. Ibarlucía O, Kukurutz AI. El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina. Un análisis basado en la evidencia. Argentina: Representación UNICEF; 2017 [acceso 22/10/2021]:17-18. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/el-acceso-la-salud-de-los-adolescentes-y-las-adolescentes-en-argentina>
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Datos y cifras. Publicado 13 de diciembre de 2018. Ginebra: OMS; 2018 [acceso 22/10/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
20. Plummer ML, Naltag V, Strong K, Dick B, Ross D. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA). Guidance to support country implementation. Geneva: WHO; 2017 [acceso 22/10/2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255418/WHO-FWC-MCA-17.05-eng.pdf>
21. Paz R, Hoecker P, Baeza CJ. Política Nacional de Adolescentes y Jóvenes chilenos. Ministerio de Salud Pública de Chile; 2015 [acceso 13/06/2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Pol%C3%adtica-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-J%C3%b3venes-2008-2015-Chile.pdf>
22. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. 2019. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2020 [acceso 13/06/2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2019/04/Anuario-Electronico-Espa%C4%B1ol-2019-ed-2020.pdf><http://www.sld.cu/sitios/dne/>
23. Verdecía Cañizares C. Cáncer pediátrico en Cuba. Rev cuban. pediatr. 2017 [acceso 13/06/2020];89(1). Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/216/81>

24. Long-Chong Ramos M. Enfermedades oncológicas. Generalidades del cáncer infanto-juvenil. 3ra. ed. Colectivo de autores, editores. Pediatría. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.
25. Organización Médica Colegial de España. Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC). La tasa de supervivencia en España casi el 80 %. Publicado 14 febrero de 2018. España: Organización Médica; 2018 [acceso 13/08/2021]. Disponible en: <http://www.médicosypacientes.com/articulo-la-tasa-cancer-infantil-en-españa-alcanza-casi-el-80>
26. Secretaría de Gobernación del Comité Consultivo Nacional de Normalización sobre Protección Civil y Prevención de Desastres. Programa Nacional para la Prevención de Accidentes en menores de 20 años. NORMA Oficial Mexicana (NOM-009-SEGOB-2015) 2015. España: Secretaría de Gobernación; 2015 [acceso 23/10/2021]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiO_u...
27. Santacruz Domínguez M, Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B. Manual didáctico para la prevención de lesiones no intencionales en hijo de madre adolescente. Alena Bastos, editora. Colombia: Representación. UNICEF; 2012.
28. González-Pérez GJ, Vega-López MG, Cabrera-Pivaral CE. Mortalidad por lesiones de tráfico y su impacto en la esperanza de vida: comparativa entre México y España. Gaceta Sanit. 2015;29(Supplement 1):70-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.006>
29. Corona F, Peralta E. Prevención de conductas de riesgo. Rev Med Clin Condes. 2011 [acceso 13/08/2021];22(1):68-75. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prevencion-conductas-riesgo-S0716864011703947>
30. Cortés Alfaro A. Conducta suicida en adolescentes y su relación con el maltrato infantil y la violencia. En: Cruz Valdés L, editora. Prevención de la conducta suicida en adolescente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019. p.47-55.
31. Pérez CJ, Pérez CT, Azcuy CM, Mirabal MG. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. Rev. cuban invest. bioméd. 2014 [acceso 04/06/2020];33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. Paediatr Drugs. 2003 [acceso 13/08/2021];5:243-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12662120/>
33. Cortés Alfaro A, Román Hernández M, Suárez Medina R, Alonso Uría RM. Conducta suicida, adolescencia y riesgo. An Academia de Ciencias de Cuba 2021 [acceso 13/08/2021];11(2). Disponible en: <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/939>
34. López Sánchez F. Necesidades en la adolescencia. Rev Adolescere. 2016; [acceso 13/08/2021];IV(2):29-34. Disponible en: https://issuu.com/adolescenciasema/docs/adolescere_2016-2

35. Cortés Alfaro A. Violencia en niños, niñas y adolescentes. Rev. cuban. med. gen. integr. 2018 [acceso 04/06/2020];34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000400015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. López Sánchez F. Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual. Madrid: Editorial Síntesis D.L; 2014.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Silvia León Reyes: conceptualización, curación de datos, administración del proyecto, investigación, borrador original, redacción-revisión.

Damaris Lainé Gómez: curación de datos, borrador original.

Francisca Cruz Sánchez: curación de datos, supervisión, revisión.

Rosa María Alonso Uría: conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, redacción borrador original, redacción-revisión y edición.

Beatriz Rodríguez Alonso: investigación, metodología, análisis formal, redacción-revisión y edición.

Jaqueline Santos Ravelo: investigación, redacción-revisión.

Regla Patricia Presno Pérez: investigación, redacción-revisión.