

Enfoque decolonizador de género en eventos cardíacos adversos al mes de infarto agudo de miocardio

A gender decolonizing approach to adverse cardiac events one month after acute myocardial infarction

Yurina Cruz-Fernández¹ , María Elena de-Prada-Justel² , Maikel Santos-Medina¹ ¹Hospital Provincial General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", Las Tunas. ²Universidad de Ciencias Médicas, Las Tunas. Cuba.

Recibido: 15 de julio de 2025

Aprobado: 28 de julio de 2025



RESUMEN

Introducción: las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad en Cuba, siendo el infarto agudo de miocardio como una de sus manifestaciones más graves y letales.

Objetivo: determinar las disparidades de género, desde una perspectiva decolonizadora, en los eventos cardíacos adversos treinta días después de un infarto agudo de miocardio, en Hospital Provincial General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de Las Tunas, Cuba.

Métodos: estudio observacional prospectivo que incluyó 100 pacientes (58 hombres y 42 mujeres) con diagnóstico de infarto agudo del miocardio atendidos en el Hospital Provincial General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" de Las Tunas, Cuba. Se recogieron datos demográficos, clínicos, socioculturales y de acceso a servicios de salud.

Resultados: persisten disparidades de género en los resultados post-infarto agudo de miocardio, influenciadas por factores socioculturales y estructurales. Las mujeres presentaron una mayor tasa de eventos cardíacos adversos a los 30 días de infarto agudo del miocardio (26,2 % vs 17,2 %, $p < 0,05$), persistiendo el género femenino como predictor independiente de eventos cardíacos adversos (OR 1,74; IC 95 % 1,18-2,56), junto con otras variables. El tiempo medio desde el inicio de síntomas hasta el primer contacto médico fue significativamente mayor en mujeres (145 ± 53 vs 98 ± 42 minutos, $p < 0,001$).

Conclusiones: las diferencias biológicas y epidemiológicas estudiadas, no explican completamente las disparidades de género en los resultados post-infarto agudo del miocardio. Persisten factores estructurales y socioculturales, que contribuyen a estas disparidades, al influir en el tiempo de búsqueda de atención y la experiencia del proceso asistencial. Lo cual justifica incluir enfoques de género en cardiología.

Palabras clave: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO; GÉNERO; DECOLONIALIDAD; EVENTOS CARDÍACOS ADVERSOS; CUBA.

Descriptores: INFARTO DEL MIOCARDIO; ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES; GÉNERO Y SALUD; DECOLONIZACIÓN.

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular diseases are the leading cause of mortality in Cuba, with acute myocardial infarction being one of its most serious and lethal manifestations.

Objective: to determine gender disparities, from a decolonizing perspective, in adverse cardiac events 30 days after an acute myocardial infarction at the Dr. Ernesto Guevara de la Serna Provincial General Teaching Hospital in Las Tunas, Cuba.

Methods: a prospective observational study included 100 patients (58 men and 42 women) diagnosed with acute myocardial infarction treated at the Dr. Ernesto Guevara de la Serna Provincial General Teaching Hospital in Las Tunas, Cuba. Demographic, clinical, sociocultural, and health service access data were collected.

Results: gender disparities in post-acute myocardial infarction outcomes persist, influenced by sociocultural and structural factors. Women had a higher rate of adverse cardiac events at 30 days after acute myocardial infarction (26.2 % vs. 17.2 %, $p < 0.05$), with female gender remaining an independent predictor of adverse cardiac events (OR 1.74; 95 % CI 1.18-2.56), along with other variables. The mean time from symptom onset to first medical contact was significantly longer in women (145 ± 53 vs. 98 ± 42 minutes, $p < 0.001$).

Conclusions: the biological and epidemiological differences studied do not fully explain the gender disparities in post-acute myocardial infarction outcomes. Structural and sociocultural factors persist and contribute to these disparities by influencing the time it takes to seek care and the experience of the care process. This justifies including gender approaches in cardiology.

Keywords: ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION; GENDER; DECOLONIALITY; ADVERSE CARDIAC EVENTS; CUBA.

Descriptors: MYOCARDIAL INFARCTION; CARDIOVASCULAR DISEASES; GENDER AND HEALTH; DECOLONIZATION.

Translated into English by:

Julio César Salazar Ramírez 



Citar como: Cruz-Fernández Y, de Prada-Justel ME, Santos-medina M. Enfoque decolonizador de género en eventos cardíacos adversos al mes de infarto agudo de miocardio. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2025; 50(Especial): e3897. Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/3897>.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad en Cuba, representando el 25,1 % del total de fallecimientos anuales, con el infarto agudo de miocardio (IAM) como una de sus manifestaciones más graves y letales. ⁽¹⁾ A pesar de contar con un sistema de salud universal, gratuito y con amplia cobertura territorial, diversas investigaciones sugieren la persistencia de disparidades en los resultados de salud, incluyendo aquellas relacionadas con el género. ^(2,3)

Históricamente, la investigación cardiológica se ha construido sobre paradigmas androcéntricos que han normalizado el cuerpo masculino como estándar universal. ^(4,5) Estos patrones epistemológicos, heredados de centros académicos occidentales, han influido en la construcción del conocimiento médico también en contextos latinoamericanos. Aunque el sistema de salud cubano se distingue por su enfoque en la equidad y la medicina preventiva, no está exento de los sesgos implícitos que prevalecen en la cardiología global. ⁽⁶⁾

La epidemiología contemporánea documenta consistentemente que las mujeres presentan mayor mortalidad y complicaciones tras un IAM. ^(7,8) Sin embargo, estas diferencias suelen atribuirse a factores exclusivamente biológicos o a características individuales, sin cuestionar suficientemente las estructuras de poder y conocimiento que moldean la experiencia de la enfermedad y su abordaje médico. ⁽⁹⁾

El pensamiento decolonial proporciona un marco teórico valioso para analizar estas disparidades, al proponer una ruptura epistemológica con paradigmas hegemónicos y reconocer la diversidad de saberes y experiencias. ^(10,11) Aplicado al contexto cubano, este enfoque permite examinar como, incluso en un sistema orientado a la equidad, pueden reproducirse patrones que generan resultados desiguales, particularmente en las enfermedades cardiovasculares.

Este estudio busca trascender el análisis descriptivo tradicional de las diferencias de género en el hospital Ernesto Guevara de la Serna, de la provincia cubana de las Tunas, explorando como factores socioculturales y estructurales influyen en los eventos cardíacos adversos (ECA) al mes del IAM. Los objetivos de esta investigación incluyen: cuantificar las diferencias por género en ECA a los 30 días post-IAM; identificar factores socioculturales que contribuyen a estas disparidades en el contexto cubano; analizar como los protocolos diagnósticos y terapéuticos podrían reproducir sesgos de género; y proponer marcos conceptuales alternativos que integren la perspectiva decolonial en la práctica cardiológica cubana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional prospectivo entre marzo y diciembre de 2023 en el Hospital General Docente Ernesto Guevara de la Serna de Las Tunas, Cuba. Se incluyeron 100 pacientes consecutivos (58

hombres y 42 mujeres) con diagnóstico confirmado de IAM según la cuarta definición universal. ⁽¹²⁾ Los criterios de inclusión comprendían: edad ≥ 18 años, diagnóstico confirmado de IAM (con y sin elevación del segmento ST), y consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con diagnóstico final diferente a IAM y aquellos trasladados desde otros centros después de recibir tratamiento inicial.

Se diseñó un formulario con las siguientes categorías de variables:

- Demográficas y clínicas: edad, género, antecedentes médicos, factores de riesgo cardiovascular, presentación clínica, hallazgos electrocardiográficos, biomarcadores, fracción de eyección, tratamiento recibido, tiempo desde síntomas hasta atención médica.
- Socioculturales y estructurales: nivel educativo, ocupación, municipio de residencia, distancia al hospital, interpretación cultural de los síntomas y roles de género en la familia.
- Experiencia subjetiva y atención recibida: percepción sobre la atención, tiempo de espera, calidad de la información recibida, adherencia a guías clínicas, y evaluación de posibles sesgos en la atención mediante cuestionarios.

Los eventos cardíacos adversos (ECA) a 30 días incluyeron: muerte por cualquier causa, reinfarcto, revascularización no planificada, insuficiencia cardíaca de novo o descompensada y rehospitalización por causa cardiovascular. El seguimiento se realizó mediante visitas presenciales a los 30 días o llamadas telefónicas cuando no fue posible la visita.

Se realizó un análisis descriptivo, presentando las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes y las cuantitativas como media $\pm$ desviación estándar o mediana (rango intercuartílico) según su distribución. Se compararon las características basales y los resultados según género utilizando la prueba t de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas y chi-cuadrado o test exacto de Fisher.

El análisis multivariado mediante regresión logística identificó predictores independientes de ECA, incorporando variables clínicas y socioculturales. Se estableció un nivel de significación estadística en $p < 0,05$ utilizando el software SPSS v.26. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes, garantizando la confidencialidad de los datos mediante codificación y protocolos de seguridad.

RESULTADOS

De los 100 pacientes incluidos, 58 (58 %) eran hombres y 42 (42 %) mujeres. La **tabla 1** muestra las características basales estratificadas por género. Las mujeres presentaron significativamente mayor edad media y mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel educativo o la distancia de residencia al hospital.

TABLA 1. Características basales de la población según género

Característica	Mujeres (n=42)	Hombres (n=58)	Valor p
Edad, años (media±DE)	67,5±11,8	60,3±12,1	<0,001
Hipertensión arterial, n (%)	32 (76,2)	35 (60,3)	0,025
Diabetes mellitus, n (%)	19 (45,2)	17 (29,3)	0,041
Dislipidemia, n (%)	25 (59,5)	29 (50,0)	0,216
Tabaquismo activo, n (%)	16 (38,1)	31 (53,4)	0,082
Obesidad, n (%)	14 (33,3)	12 (20,7)	0,109
IAM previo, n (%)	8 (19,0)	12 (20,7)	0,512
Antecedente familiar de ECV, n (%)	22 (52,4)	25 (43,1)	0,240
Nivel educativo superior, n (%)	15 (35,7)	26 (44,8)	0,237
Residencia en Las Tunas n (%)	31 (73,8)	45 (77,6)	0,421
Distancia al hospital >20 km, n (%)	14 (33,3)	18 (31,0)	0,482

DE: desviación estándar; IAM: infarto agudo de miocardio; ECV: enfermedad cardiovascular

TABLA 2. Presentación clínica y manejo según género

Característica	Mujeres (n=42)	Hombres (n=58)	Valor p
Presentación clínica			
IAM con elevación del ST, n (%)	23 (54,8)	37 (63,8)	0,238
Presentación atípica, n (%)	16 (38,1)	13 (22,4)	0,049
Tiempo síntomas-contacto médico, min (media±DE)	145±53	98±42	<0,001
Killip-Kimball ≥II al ingreso, n (%)	14 (33,3)	11 (19,0)	0,062
Pico máximo de valor De CK MB	12,3±7,6	14,5±8,2	0,079
FEVI <40%, n (%)	12 (28,6)	13 (22,4)	0,326
Manejo			
Terapia de reperfusión total, n (%)	32 (76,2)	49 (84,5)	0,197
- Intervención coronaria percutánea, n (%)	24 (57,1)	38 (65,5)	0,254
- Trombolisis, n (%)	8 (19,0)	11 (19,0)	0,604
Aspirina, n (%)	41 (97,6)	57 (98,3)	0,732
Betabloqueantes, n (%)	36 (85,7)	52 (89,7)	0,362
IECA/ARA-II, n (%)	35 (83,3)	50 (86,2)	0,443
Estatinas, n (%)	42 (100)	58 (100)	-

DE: desviación estándar; IAM: infarto agudo de miocardio; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARA-II: antagonistas de los receptores de angiotensina II.

Las mujeres presentaron significativamente mayor frecuencia de síntomas atípicos (dolor torácico no opresivo, disnea, fatiga, náuseas) y mayor tiempo desde el inicio de síntomas hasta el primer contacto médico. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas globales de reperfusión, aunque se apreció una tendencia hacia menor uso de intervención coronaria percutánea en mujeres.

Las mujeres presentaron una incidencia significativamente mayor del endpoint combinado de ECA (26,2 % vs 17,2 %, p=0,045). Al analizar los componentes individuales, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de insuficiencia cardíaca (14,3 % vs 6,9 %, p=0,040), mientras que las diferencias en mortalidad, reinfarcto, revascularización no planificada y rehospitalización no alcanzaron significación estadística.

TABLA 3. Eventos cardíacos adversos a los 30 días estratificados por género

Evento	Mujeres (n=42)	Hombres (n=58)	Valor p
ECA combinados, n (%)	11 (26,2)	10 (17,2)	0,045
Mortalidad, n (%)	3 (7,1)	2 (3,4)	0,283
Reinfarto, n (%)	2 (4,8)	2 (3,4)	0,587
Revascularización no planificada, n (%)	1 (2,4)	1 (1,7)	0,652
Insuficiencia cardíaca, n (%)	6 (14,3)	4 (6,9)	0,040
Rehospitalización, n (%)	5 (11,9)	4 (6,9)	0,173

ECA: eventos cardíacos adversos

TABLA 4. Predictores independientes de eventos cardíacos adversos a 30 días, análisis multivariado

Predictor	OR	IC 95%	Valor p
Género femenino	1,74	1,18-2,56	0,032
Edad (por cada año)	1,04	1,01-1,07	0,028
Diabetes mellitus	1,82	1,24-2,67	0,012
Killip-Kimball $\geq$ II al ingreso	2,31	1,63-3,28	<0,001
FEVI <40%	1,95	1,36-2,80	0,004
Ausencia de reperfusión	2,08	1,47-2,94	0,001
Presentación atípica	1,61	1,12-2,31	0,037
Tiempo síntomas-contacto >120 min	1,57	1,08-2,29	0,043

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo

El análisis multivariado (**tabla 4**) identificó varios predictores independientes de ECA, incluyendo el género femenino, la edad avanzada y la presencia de comorbilidades.

La **tabla 5** resume los principales factores socioculturales y aspectos de la experiencia de atención que mostraron diferencias significativas según género. Se observaron diferencias significativas en factores como la priorización de responsabilidades familiares sobre los síntomas

propios, la interpretación inicial de síntomas como no cardíacos y la consulta con familiares o amigos antes de buscar atención médica, todos más frecuentes en mujeres. Respecto a la experiencia de atención, las mujeres reportaron menor satisfacción con la información recibida y menor percepción de que sus síntomas fueron tomados seriamente.

La revisión de historias clínicas mostró una adherencia ligeramente menor a las guías clínicas en el caso de mujeres.

TABLA 5. Factores socioculturales y experiencia de atención según género

Factor	Mujeres (n=42)	Hombres (n=58)	Valor p
Factores socioculturales			
Priorización de responsabilidades familiares sobre síntomas propios, n (%)	18 (42,9)	6 (10,3)	<0,001
Interpretación inicial de síntomas como no cardíacos, n (%)	22 (52,4)	15 (25,9)	0,001
Consulta con familiar/amigo antes de buscar atención médica, n (%)	25 (59,5)	16 (27,6)	<0,001
Rol de cuidador principal en la familia, n (%)	28 (66,7)	12 (20,7)	<0,001
Experiencia de atención			
Percepción de haber recibido atención oportuna, n (%)	32 (76,2)	52 (89,7)	0,039
Satisfacción con la información recibida (escala 1-10), media $\pm$ DE	7,8 $\pm$ 1,4	8,5 $\pm$ 1,2	0,048
Percepción de que sus síntomas fueron tomados seriamente (escala 1-10), media $\pm$ DE	7,6 $\pm$ 1,6	8,6 $\pm$ 1,1	0,002
Adherencia a guías clínicas evaluada por revisión de historia clínica (%), media $\pm$ DE	88,5 $\pm$ 6,3	92,4 $\pm$ 5,1	0,047

DE: desviación estándar

DISCUSIÓN

Este estudio evidencia disparidades significativas en los eventos cardíacos adversos a 30 días post-IAM entre mujeres y hombres en el Hospital Provincial General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna, con resultados menos favorables para las mujeres.

Aunque estos hallazgos coinciden con lo reportado en estudios internacionales,^(13,14) nuestra investigación aporta un análisis desde la perspectiva decolonial de género, adaptado al contexto específico del sistema de salud cubano en cardiología.

La persistencia de sesgos de género en los resultados cardiovasculares, en un sistema de salud como el cubano, diseñado para lograr la equidad en salud, constituye una paradoja. Esta paradoja, ya señalada en estudios previos sobre otros problemas de salud en Cuba,⁽¹⁵⁾ evidencia que la equidad formal

no siempre se traduce en equidad efectiva cuando existen estructuras socioculturales subyacentes que reproducen patrones de desigualdad.

Las características basales de nuestra población (**tabla 1**) muestran un perfil de mayor riesgo cardiovascular en mujeres (mayor edad, mayor prevalencia de hipertensión y diabetes), similar a lo descrito en la literatura internacional.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, estas diferencias biológicas y epidemiológicas no explican completamente las disparidades en los resultados.

La **tabla 4** muestra que, incluso después de ajustar por factores clínicos tradicionales, el género femenino persiste como predictor independiente de ECA (OR 1,74), sugiriendo la influencia de factores adicionales.

Un hallazgo relevante es el retraso significativo por parte de mujeres en la búsqueda de atención médica

(145±53vs98±42 minutos, $p<0,001$), fenómeno que ha sido descrito también en otros contextos. ⁽¹⁷⁾

Este retraso, como muestra nuestro análisis multivariado, constituye un factor de riesgo independiente para ECA (OR 1,57 para tiempo síntomas-contacto >120 min). La **tabla 5** proporciona importantes claves sobre los determinantes socioculturales de este retraso: las mujeres muestran mayor tendencia a priorizar responsabilidades familiares sobre sus propios síntomas (42,9 % vs 10,3 %, $p<0,001$), a interpretar inicialmente los síntomas como no cardíacos (52,4 % vs 25,9 %, $p=0,001$) y a consultar con familiares antes de buscar atención médica (59,5 % vs 27,6 %, $p<0,001$).

Estos datos ilustran lo que Lugones ⁽¹⁸⁾ conceptualiza como la dimensión subjetiva de la "colonialidad del género": las mujeres internalizan roles y responsabilidades de cuidado que postergan su propia salud, incluso en contextos de aparente equidad formal como el cubano. Este fenómeno refleja la persistencia de patrones culturales que trascienden las estructuras materiales del sistema de salud y se enraizan en construcciones sociales profundamente arraigadas.

La mayor frecuencia de presentación atípica en mujeres (38,1 % vs 22,4 %, $p=0,049$) y su identificación como predictor independiente de ECA (OR 1,61) revelan otro aspecto fundamental desde la perspectiva decolonial: la normalización de patrones sintomáticos androcéntricos en la definición misma de la enfermedad cardiovascular. El conocimiento hegemónico establece un "punto cero" aparentemente neutral que, en realidad, privilegia ciertas experiencias corporales sobre otras. ⁽¹⁹⁾ En cardiología, esto se traduce en la consideración del dolor torácico opresivo como el "síntoma típico" del IAM, invisibilizando otras manifestaciones más frecuentes en mujeres.

La **tabla 5** muestra también diferencias significativas en la experiencia de atención: las mujeres reportaron menor satisfacción con la información recibida (7,8±1,4 vs 8,5±1,2, $p=0,048$) y menor percepción de que sus síntomas fueron tomados seriamente (7,6±1,6 vs 8,6±1,1, $p=0,002$). Estos hallazgos, junto con la menor adherencia a guías clínicas documentada en sus historias (88,5±6,3 % vs 92,4±5,1 %, $p=0,047$), sugieren la existencia de sesgos implícitos en la atención que podrían contribuir a los peores resultados observados.

Lo anterior subraya la necesidad de un enfoque decolonizador que trascienda las dimensiones estructurales y materiales para abordar aspectos epistemológicos y socioculturales más profundos. La colonialidad opera no solo a nivel institucional sino también en la producción del conocimiento y en las subjetividades, dimensiones que requieren estrategias específicas para su transformación. ⁽²⁰⁾

Un enfoque decolonizador en cardiología aplicado al contexto cubano requiere:

- Reconceptualizar los protocolos diagnósticos y terapéuticos para incluir la diversidad sintomática y contextual en la definición y manejo del IAM.
- Desarrollar estrategias educativas dirigidas tanto a profesionales de la salud como a la población general para reconocer manifestaciones atípicas del IAM, particularmente frecuentes en mujeres.
- Implementar programas de sensibilización sobre sesgos implícitos de género en la atención cardiovascular, adaptados a la realidad sociocultural cubana.
- Promover la investigación que integre perspectivas interseccionales y decoloniales en el estudio de las enfermedades cardiovasculares en Cuba.
- Reformular políticas de salud que aborden no solo los aspectos estructurales sino también los determinantes socioculturales de las inequidades en salud cardiovascular.

En nuestro estudio encontramos algunas limitaciones como: el tamaño muestral relativamente pequeño (100 pacientes) limita la potencia estadística para detectar diferencias en eventos individuales como la mortalidad. Al realizarse en un único centro hospitalario en Las Tunas, los resultados podrían no ser generalizables a otros contextos del sistema de salud cubano, particularmente áreas rurales o provincias con menos recursos. Aunque se incluyeron variables socioculturales, ciertos determinantes específicos podrían no haber sido suficientemente capturados por nuestros instrumentos.

El estudio mostró que las mujeres presentan mayor incidencia de eventos cardíacos adversos a 30 días post-IAM en comparación con los hombres en el contexto estudiado. Estas disparidades persisten incluso después de ajustar por factores clínicos tradicionales y no pueden explicarse únicamente por diferencias en el acceso a servicios de salud, dada la universalidad del sistema sanitario cubano.

Los resultados sugieren que factores socioculturales como la priorización de responsabilidades familiares, la interpretación diferencial de síntomas y los roles de género tradicionales, contribuyen significativamente a estas disparidades al influir en el tiempo de búsqueda de atención y la experiencia del proceso asistencial. Las diferencias significativas en la experiencia de atención, sugieren la existencia de sesgos implícitos en la misma, que podrían contribuir a los peores resultados observados.

Estos hallazgos subrayan la urgencia de trascender marcos biomédicos tradicionales, incorporando perspectivas decoloniales que permitan comprender y transformar los factores que reproducen inequidades persistentes en salud cardiovascular, incluso en el contexto universal, como el cubano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud [en línea]. La Habana: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud; 2022 [citado 4 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/socientificas/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022.pdf>.
2. Armas Rojas NB, Dueñas Herrera AF, de la Noval García R, Ortega Torres YY, Acosta González M, Morales Salinas A. Cardiopatía isquémica en Cuba. Una puesta al día. Rev. cubana Cardiol. Cir. Cardiovasc. [revista en internet]. 2015 [citado 22 de noviembre 2024]; 21(3): 134-42. Disponible en: https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/597/html_11.
3. Sellén Sanchén E, Hernández Valdés E, Sellén Crombet J, Ybargollín R. Diferencias de género en la presentación clínica y angiográfica del Síndrome Coronario Agudo. Rev. Haban. Cienc. Méd. [revista en internet]. 2020, Abr [citado 4 de noviembre 2024]; 19(2). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2918>.
4. van Oosterhout REM, de Boer AR, Maas AHM, Rutten FH, Bots ML, Peters SAE. Sex Differences in Symptom Presentation in Acute Coronary Syndromes: A Systematic Review and Meta-analysis. J. Am. Heart Assoc. [revista en internet]. 2020 [citado 22 de noviembre 2024]; 9(9). Disponible en: <https://doi.org/10.1161/jaha.119.014733>.
5. Facio A. Engenerando nuestras perspectivas. Otras Miradas [revista en internet]. 2002 [citado 22 de noviembre 2024]; 2(2): 49-79. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18320201>.
6. Morales-Salinas A, Wyss F, Coca A, Ramírez AJ, Valdez O, Valerio LF. Divergencias entre guías de 2013 y 2014 de la hipertensión arterial. Posición de la Sociedad Centroamericana y del Caribe de Hipertensión y Prevención Cardiovascular. Rev. Panam Salud Publica. [revista en internet]. 2015 [citado 22 de noviembre 2024]; 37(3): 172-8. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v37n3/v37n3a07.pdf>.
7. Mehilli J, Presbitero P. Coronary artery disease and acute coronary syndrome in women. Heart [revista en internet]. 2020 [citado 22 de noviembre 2024]; 106(7): 487-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315555>.
8. Bugiardini R, Ricci B, Cenko E, Vasiljevic Z, Kedev S, Davidovic G, et al. Delayed Care and Mortality Among Women and Men With Myocardial Infarction. J. Am. Heart Assoc. [revista en internet]. 2017 [citado 22 de noviembre 2024]; 6(8). Disponible en: <https://doi.org/10.1161/jaha.117.005968>.
9. Gopal, P. On Decolonisation and the University. Textual Practice [revista en internet]. 2021 [citado 22 de noviembre 2024]; 35(6): 873-899. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0950236X.2021.1929561>.
10. de Sousa Santos B. Epistemologies of the South: Justice against Epistemicide. London: Routledge; 2014.
11. Mignolo W, Walsh CE. On Decoloniality: Concepts, Analytics, Praxis. Durham: Duke University Press; 2018.
12. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. J. Am. Coll Cardiol. [revista en internet]. 2018 [citado 22 de noviembre 2024]; 72(18): 2231-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jheart.2018.08.004>.
13. Alabas OA, Gale CP, Hall M, Rutherford MJ, Szummer K, Lawesson SS, et al. Sex Differences in Treatments, Relative Survival, and Excess Mortality Following Acute Myocardial Infarction: National Cohort Study Using the SWEDEHEART Registry. J. Am. Heart Assoc. [revista en internet]. 2017 [citado 22 de noviembre 2024]; 6(12). Disponible en: <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007123>.
14. Hao Y, Liu J, Liu J, Smith SC Jr, Huo Y, Fonarow GC, et al. Sex Differences in In-Hospital Management and Outcomes of Patients With Acute Coronary Syndrome. Circulation [revista en internet]. 2019 [citado 22 de noviembre 2024]; 139(15): 1776-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.037655>.
15. Iñiguez L. Territorio y contextos en la salud de la población. Rev. Cubana Salud Pública [revista en internet]. 2008 [citado 22 de noviembre 2024]; 34(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21420865007.pdf>.
16. Walli-Attai M, Joseph P, Rosengren A, Chow CK, Rangarajan S, Lear SA, et al. Variaciones entre mujeres y hombres en factores de riesgo, tratamientos, incidencia de enfermedades cardiovasculares y mortalidad en 27 países de ingresos altos, medios y bajos (PURE): un estudio de cohorte prospectivo. The Lancet [revista en internet]. 2020 [citado 22 de noviembre 2024]; 396(10244): 97-109. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30543-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30543-2).
17. Lichtman JH, Leifheit EC, Safdar B, Bao H, Krumholz HM, Lorenze NP, et al. Diferencias de sexo en la presentación y percepción de síntomas en pacientes jóvenes con infarto de miocardio: evidencia del estudio VIRGO. Circulation [revista en internet]. 2018 [citado 22 de noviembre 2024]; 137(8): 781-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650>.
18. Lugones M. Colonialidad y género: hacia un feminismo descolonial. En: Mignolo W, compilador. Género y descolonialidad. Buenos Aires: Ediciones del Signo; 2014. p. 13-42.

19. Mignolo WD. Geopolítica de la sensibilidad y del conocimiento: sobre (de)colonialidad, pensamiento fronterizo y desobediencia epistémica. *Revista de Filosofía*[revista en internet]. 2013 [citado 22 de noviembre 2024]; 74(2): 7-23. Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/filosofia/article/view/18261/18249>.
20. Quijano A. Colonialidad del poder y clasificación social [en línea]. Argentina: CLACSO; 2014 [citado 22 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140506032333/eje1-7.pdf>.

Contribución de los autores

Yurina Cruz-Fernández |  <https://orcid.org/0000-0001-9049-6297>. Participó en: conceptualización e ideas; metodología; investigación; análisis formal; redacción del borrador original; revisión y edición final.

María Elena de-Prada-Justel |  <https://orcid.org/0000-0001-5369-8543>. Participó en: conceptualización e ideas; metodología; investigación; análisis formal; visualización; redacción del borrador original; revisión y edición final.

Maikel Santos-Medina |  <https://orcid.org/0000-0002-2123-9577>. Participó en: investigación; análisis formal; visualización; revisión y edición final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.