

FACTORES RELACIONADOS A LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO OBSERVADAS EN EL TRATAMIENTO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Autores

Dra. Marta Ferraz Torres¹, Dra. Blanca Marín Fernández², Dr. Tomás Belzunegui Otano³.

1 Enfermera del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

2 Profesora adjunta de la Universidad Pública de Navarra.

3 Médico adjunto del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

Colaborador

Dr. Óscar Martínez García, médico adjunto del Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del dolor del Complejo Hospitalario de Navarra.

Dirección para correspondencia

Marta Ferraz Torres
Complejo Hospitalario de Navarra
Irunlarrea s/n
31007 Pamplona
Navarra

Correo electrónico:

martaf342@gmail.com

Resumen

• **Introducción:** Históricamente, los estudios epidemiológicos sanitarios, principalmente las investigaciones centradas en la patología coronaria, han focalizado su análisis en una población masculina. Con ello, las características biológicas y aspectos psicosociales de la mujer han seguido invisibles para los patrones de la salud y la enfermedad, generando con ello importantes diferencias en el tratamiento y la evolución de estas patologías según sexo.

• **Metodología:** Se ha llevado a cabo un análisis cualitativo descriptivo con el uso de metodología fenomenológica mediante la realización de entrevistas semiestructuradas a pacientes afectados con cardiopatía isquémica y a los médicos, trabajadores del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra desde el 1 enero de 2013 hasta agosto del mismo año.

• **Resultados:** Hombres y mujeres han referido sospechar que la sintomatología vivida era un proceso cardiaco. En contrapunto, ellas han confirmado retrasar la solicitud de la ayuda sanitaria de forma consciente. Los médicos expresaron la idea de que las mujeres son más «histriónicas», así como que son los hombres los que demoran la solicitud de la asistencia sanitaria.

• **Conclusión:** Las diferencias de percepción y actuación generada por los médicos, junto a la diferencia de actuación de los pacientes según sexo conlleva una desigualdad de género que perjudica la evolución de las mujeres con estas patologías.

Palabras clave: cardiopatía isquémica, desigualdad, género, causas.

FACTORS RELATED TO GENDER INEQUALITIES OBSERVED IN THE TREATMENT OF ISCHAEMIC HEART DISEASE IN EMERGENCY SERVICES

Abstract

• **Introduction:** Historically, in epidemiological health studies, mainly the research relating to coronary heart disease has focused its analysis on a male population. Under this situation, women's biological characteristics and psychosocial aspects have remained invisible for health and disease patterns, thereby generating significant differences in the treatment and development of these disorders according to sex.

• **Methodology:** a descriptive qualitative analysis has been carried out using phenomenological methods by conducting semi-structured interviews with patients suffering from ischaemic heart disease and with the doctors and workers of the emergency service of the Navarra Hospital Centre from 1st January 2013 to August of that same year.

• **Results:** Both men and women have reported to suspect that the symptoms they experienced were due to a heart-related process. In contrast, women have confirmed they had consciously delayed the request for health assistance. Doctors expressed the idea that women are more «histrionic», and that it is men who delay the request for health assistance.

• **Conclusion:** The differences in perception and action generated by doctors, together with the difference in patients' behaviour according to sex, entail a gender inequality that is detrimental to the progress of women suffering from these disorders.

Keywords: Myocardial Ischemia, inequality, gender, causes.

Enferm Cardiol. 2016; 23 (68): 54-59.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades coronarias (EC) son la principal causa de muerte de la población española y la cardiopatía isquémica (CI) una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y gasto sanitario en España.

Aunque en los últimos 40 años se ha producido una mejora en su diagnóstico y tratamiento, permitiendo un descenso en su mortalidad, las mejoras en este campo siguen siendo escasas. Se debe potenciar la promoción de la salud y la prevención de estas enfermedades en el nivel de la atención primaria, buscando un equilibrio entre las actividades de prevención y las de seguimiento y tratamiento de este tipo de pacientes^{1,2}.

En España, la CI afecta a un 31% de la población total, presentando mayor prevalencia en los varones que en las mujeres (un 39% en varones y 25% en mujeres)³.

Estas y otras diferencias y desigualdades que existen según sexo, son posibles de entender a través de los estudios de género que tienen en cuenta, los factores biológicos y los factores sociales que afectan de manera desigual a mujeres y a hombres.

Históricamente, los estudios epidemiológicos han centrado su análisis en una población exclusivamente masculina. El patrón básico de estudio se ha centrado en un perfil masculino, por lo que las mujeres se han visto infrarrepresentadas⁴.

Esta generalización ha producido disparidades y ha enmascarado las diferencias que se dan de forma natural según sexo y que están presentes, tanto en los periodos de salud como de enfermedad, en cada ser humano. Estas diferencias de sexo no actúan de forma aislada. Las desigualdades de género, tales como el nivel socioeconómico, la etnia o la religión son factores determinantes para la sociedad y generan experiencias muy distintas en la vivencia de la salud y la enfermedad de cada uno^{5,6}.

Las diferencias debidas al sexo en la CI detectadas en otros estudios⁷⁻¹⁰ nos han permitido observar una diferencia en el tratamiento entre hombres y mujeres. Se ha registrado

una menor aplicación de fármacos y de técnicas invasivas (fibrinólisis, angioplastia primaria o angioplastia de rescate) en las mujeres, repercutiendo en una peor evolución de su patología.

Asimismo, los aspectos psicosociales y emocionales, que también generan divergencia en la salud de las personas según género¹¹, resultan en numerosas ocasiones invisibles a la salud y enfermedad del paciente.

Aunque cada vez hay una mayor evidencia de estas desigualdades sociales, falta conocer cómo debe ser abordado y tratado por los sistemas de salud. Como menciona el último Plan de Salud del Sistema Nacional de Salud (SNS), para poder implantar y evaluar políticas de equidad, ha de conocerse por qué se generan, las características de las personas en quienes se produce y dónde y por qué radica esa desigualdad¹².

Tal como se establece desde 1986 con la Ley General de Sanidad, el último Plan de Calidad publicado por el SNS¹² presenta la estrategia número cuatro, que pretende analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.

Dentro de dicha estrategia, se presentan dos puntos clave: Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y generar y difundir conocimientos sobre las desigualdades en salud.

Para conseguir esto, las organizaciones y los servicios sanitarios deben ser capaces de conocer y comprender las diferencias que se producen según sexo y según género; de forma que permita aplicar las medidas necesarias para promover la equidad e igualdad en los sistemas de salud^{12,13}.

Según el análisis de la actuación de los propios pacientes afectados de CI según sexo¹⁴⁻¹⁸ se han observado grandes diferencias. Se aprecia una mayor demora en la solicitud de asistencia sanitaria por parte de las mujeres; actuaciones que se relacionan directamente con la peor evolución de estas patologías en ellas^{12,19-21}. Los posibles factores condicionantes se han relacionado principalmente a variables como la edad, el sexo femenino, el inicio de la

clínica de madrugada, la percepción de falta de severidad de la sintomatología o el desconocimiento²²⁻²⁷.

Aún está pendiente conocer, en mayor profundidad, las razones de estas diferencias de actuación según sexo y género, así como los posibles factores relacionados con las divergencias observadas en el tratamiento y la actuación sanitaria, según sexo. Por ello, el objetivo de este estudio es reconocer las causas relacionadas con esta diferencia de tratamiento por parte de los profesionales sanitarios y de la actuación llevada a cabo según sexo.

METODOLOGÍA

Este estudio abarca un análisis cualitativo de carácter descriptivo, mediante el uso de metodología fenomenológica, para conocer en profundidad el fenómeno de las diferencias que se producen en el seguimiento y tratamiento de los pacientes afectos de CI, según sexos. De esta forma, se ha pretendido alcanzar el conocimiento de los posibles factores relacionados con dichas diferencias.

Se han realizado entrevistas semiestructuradas a los pacientes afectos por primera vez con una CI que acudieron al Servicio de Urgencias (SU) del Complejo Hospitalario de Navarra A (CHN A) y a los profesionales sanitarios, todos ellos médicos, trabajadores del SU del mismo hospital, hospital terciario, de referencia para las patologías cardiovasculares en Navarra; durante un periodo consecutivo de 6 meses.

Tras la realización de las entrevistas, se ha realizado la transcripción y el análisis de las mismas. Este análisis ha generado información que, tras su agrupación en categorías, ha proporcionado diversos resultados.

El análisis de las mismas se ha llevado a cabo de forma consecutiva y por pares por personal experimentado; lo que ha posibilitado un correcto proceso metodológico. Para el proceso de selección de los pacientes se han tenido en cuenta dos aspectos.

En primer lugar, que el proceso coronario fuera de nueva instauración para evitar sesgos en la percepción de la sintomatología o de conocimientos procedentes de experiencias previas, así como que el tiempo de ingreso en la unidad no fuera menor de 3 días, ni superara los 5, para evitar variaciones importantes en la narración de la experiencia vivida.

En segundo lugar, se ha tenido en cuenta el sexo del paciente para realizar una alternancia en el mismo; ello para lograr mantener el objetivo del estudio de realizar una comparativa según sexo y a la vez obtener tanto la perspectiva de la experiencia vivida de los hombres, como de las mujeres.

El proceso de selección de los médicos se ha llevado a cabo de forma aleatoria.

Se ha considerado la suficiencia de los datos, tanto en calidad como en cantidad, al producirse la saturación de las categorías identificadas, asegurando así la correcta ejecución metodológica del estudio. Este trabajo ha supuesto un proceso circular de análisis que ha permitido obtener los resultados de forma emergente y no repentina, lo que ha hecho prolongar la duración del estudio, pero ha mejorado la calidad de los datos.

RESULTADOS

El tamaño final de las entrevistas realizadas ha resultado de 20.

Esta muestra está integrada por 8 pacientes, 4 hombres y 4 mujeres de edad adulta (**Tabla 1**) y 12 médicos (**Tabla 2**); todos ellos trabajadores del SU del CHN A con una experiencia asistencial mínima de dos años.

Tabla 1. Perfil de los informantes «pacientes».

Informante	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel educacional	Profesión	Lugar de residencia
Paciente 1	Masculino	56	Soltero	Formación profesional	Fontanero. Baja temporal.	Pamplona
Paciente 2	Femenino	84	Viuda	Estudios primarios	Ama de casa.	Estella
Paciente 3	M	60	Casado	Estudios universitarios	Ingeniero de caminos. Paro.	Yesa
Paciente 4	F	54	Casada	Estudios universitarios	Economista. Baja temporal.	Olite
Paciente 5	M	78	Casado	Estudios primarios	Jubilado.	Guerendiain
Paciente 6	F	47	Casada	Estudios universitarios	Dirección de recursos humanos. Baja temporal.	Beriain
Paciente 7	M	71	Casado	Estudios primarios	Jubilado.	Zizur mayor
Paciente 8	F	79	Casada	Estudios primarios	Jubilada.	Pamplona

PACIENTES:

El estudio realizado sobre los pacientes ha generado 4 categorías informativas (**Figura 1**) desarrolladas a continuación.

Sintomatología: En las entrevistas realizadas a los pacientes, tanto hombres como mujeres, refieren sospechar en algún momento que su proceso encajaba con un problema cardíaco, siendo su inicio de forma brusca, de predominio diurno y en escasa actividad, sin observarse diferencias según sexo.

Percepción del proceso: Ambos sexos expresan percibir el proceso con temor y miedo. Mencionan tener la sensación, desde su inicio, de ser algo grave y que puede tener un desenlace fatal.

**Tabla 2.** Perfil de los informantes «médicos».

Informante	Sexo	Edad	Formación especializada	Experiencia profesional
Médico 1	M	36	Médico familia R3	3 años
Médico 2	F	42	Médico adjunta familia	18 años
Médico 3	F	39	Médico adjunta familia	14 años
Médico 4	M	26	Médico anestesista R2	2 años
Médico 5	M	42	Médico adjunta familia	18 años
Médico 6	M	50	Médico adjunta familia	26 años
Médico 7	M	29	Médico familia R4	4 años
Médico 8	M	28	Médico familia R3	3 años
Médico 9	F	30	Médico familia R4	4 años
Médico 10	M	32	Médico cardiología R2	2 años
Médico 11	M	44	Médico adjunto familia	20 años
Médico 12	F	31	Médico familia R3	3 años

**Figura 1.** Puntos clave para las categorías de los pacientes.

Los varones han mencionado que habían comentado el dolor y la preocupación vivida, desde el inicio mismo de la sintomatología, a una persona de confianza como su mujer y que en la mayoría de los casos, fueron ellas las que llamaron inmediatamente al 112.

Conocimiento de la patología: Hombres y mujeres comentan tener unos conocimientos básicos adecuados sobre las patologías coronarias y lo que es un infarto agudo de miocardio (IAM), lo que les permite identificar de forma temprana la sintomatología vivida como algo cardiaco; pero son las mujeres las que dicen abiertamente actuar en contraposición a las recomendaciones estipuladas para estas patologías y demorar la solicitud de asistencia sanitaria o la ayuda de familiares.

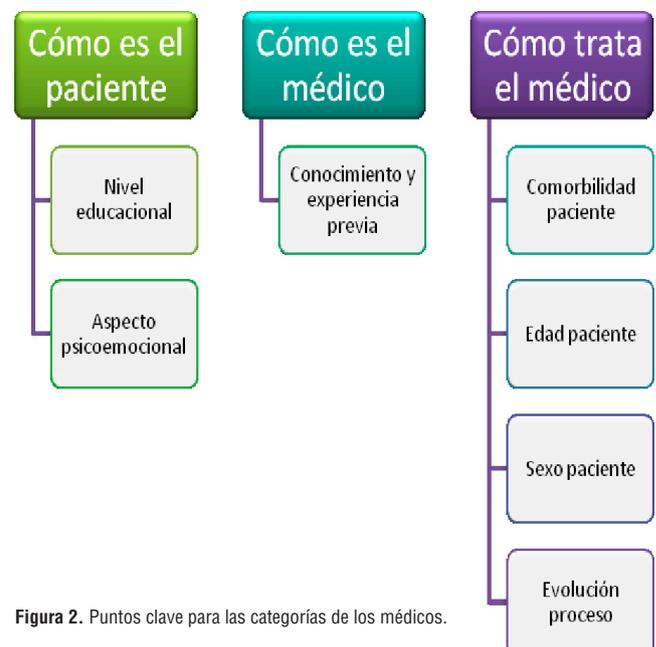
Tiempo: Las mujeres entrevistadas confirman actuar de forma consciente, priorizando las labores del hogar que llevan a cabo, a solicitar ayuda sanitaria. También mencionan no querer ser una carga para los familiares y por ello retrasar la demanda de ayuda.

MÉDICOS

Por otra parte, las entrevistas realizadas a los médicos aportan información muy valiosa sobre la percepción que tienen ante esta problemática.

Consideran que existe una serie de aspectos que actúan como condicionantes, como son la edad del paciente, la patología subyacente (factores enlazados al sexo) y la

presencia de factores psicosociales, como son el nivel emocional, cultural o educacional (**Figura 2**).

**Figura 2.** Puntos clave para las categorías de los médicos.

Cómo es el paciente: Dentro de los factores biológicos, la edad del paciente, relacionado en las mujeres a una mayor longevidad, actúa como condicionante de un mayor número de factores de riesgo (FR) y por ello, generador de una mayor comorbilidad en las féminas; situación condicionante de actitudes más conservadoras en ellas.

Mencionan que los varones presentan mayor patología subyacente, mostrando un mayor número de FR cardiovasculares (FRC) lo que hace priorizar su atención de forma inicial y sospechar de forma más directa de un proceso coronario en ellos.

Cómo es el médico: Los conocimientos teóricos y la experiencia práctica previa que tenga el profesional, en el tratamiento de estas patologías, tanto en hombres como en las mujeres, también son factores condicionantes de su actuación siendo el conocimiento y el manejo práctico mayor en los hombres.

Cómo trata el médico: Todos los médicos entrevistados coinciden en que el tratamiento y evolución de estas patologías se ve condicionado directamente por el tiempo de demora en la solicitud de la asistencia sanitaria. Por lo general, a mayor evolución del proceso, mayor afectación cardíaca; lo que condiciona drásticamente la actuación terapéutica y genera un peor pronóstico evolutivo; aspecto observado de forma más frecuente en las mujeres.

También expresaron la idea de que los varones minorizan la importancia de su proceso, así como que las mujeres expresan mejor el proceso vivido y que son más «histrionicas» y que cuidan y valoran más su salud, por lo que consideran que su situación global previa es mejor y debido a esto priorizan la atención de los varones con dicha patología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de la vivencia de los pacientes con CI nos permite conocer que las diferencias detectadas, en la actuación generada por ellos, no depende de una posible diferencia en la percepción del proceso, como se presenta en otros estudios^{28,29}. La mayor demora en la solicitud de asistencia sanitaria producida por las mujeres, evidente en otros estudios⁸⁻¹⁰ y generada de forma consciente, no se debe a una falta de conocimiento sobre la patología o a una incorrecta percepción de la gravedad del proceso, sino que se ve provocada por factores socioculturales como las responsabilidades familiares y domésticas, así como por aspectos psicoemocionales como el no querer ser una carga para sus familiares y allegados^{11,28}.

Este aspecto, de gran relevancia, debería analizarse en mayor profundidad. Potenciar su conocimiento por la sociedad, para poder generar medidas preventivas que favorezcan una llegada más temprana a los servicios sanitarios y a la atención médica, permitiría un tratamiento temprano más adecuado y una mejor evolución de estas patologías.

A la demora generada por las mujeres, que actúa en su perjuicio por la mayor evolución del proceso^{9,10,15}, se suma la generada por la actuación de los médicos. Los profesionales sanitarios demuestran no ser conscientes de esta actuación detectada en las mujeres, así como tener una percepción totalmente contraria y considerar que las mujeres cuidan más que los hombres de su salud, con lo que priorizan una actuación más inmediata y agresiva en ellos y generan una actuación menos invasiva en ellas;

menoscabando el proceso de recuperación de la mujer y evolución final.

En cuanto a la diferencia en la experiencia profesional, en el conocimiento de estas patologías y su tratamiento y actuación según sexos, nos enseña la existencia de una diferencia real y un sesgo perceptible en su práctica diaria. Ciertamente, la CI tiene una mayor comorbilidad en los varones, pero dentro de los rangos en que se mueve en nuestra sociedad, (principal causa de muerte para ambos sexos) es una enfermedad más que conocida y tratada en ambos sexos.

La presencia de ideas erróneas, exteriorizadas en las entrevistas realizadas a los médicos, como la creencia de un mayor nivel emocional o histrionismo en las mujeres afectas de estas patologías, no hace más que demostrar que, a día de hoy, todavía queda mucho trabajo por delante, siendo necesarios nuevos estudios desde una perspectiva de género para poder adecuar los conocimientos y la actuación de los profesionales sanitarios ante la CI para hombres y mujeres.

Esto demuestra que actualmente seguimos con una visión errónea de la salud y la enfermedad de las mujeres, y que ello sigue suscitando en la actualidad una actitud sesgada en su tratamiento.

Se puede concluir que los factores relacionados con esa desigualdad en el tratamiento, son la falta de experiencia profesional en los médicos en el tratamiento de las mujeres, la propia condición de género de las mujeres, tanto por el factor biológico como por los psicosociales y la evolución del proceso, condicionado a su vez por la actuación del paciente y de los profesionales sanitarios

En definitiva, las diferencias de la actuación llevada a cabo por los médicos para los hombres y las mujeres afectos de una CI, junto a la diferencia de actuación de los propios pacientes según sexo, genera una desigualdad de género que perjudica la evolución de las mujeres con estas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol.* 2006;6 (7): 3G-12G.
2. Ferreira González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67(2): 139-44.
3. Barrabés JA. Retos Actuales en el diagnóstico y manejo del SCA en España. Madrid: Sociedad Española de cardiología;2013.
4. Borrell C, Vives-Cases C, Dominguez-Berjón MF, Álvarez-Dardet C. Las desigualdades de género en la ciencia. *Gaceta sanitaria da un paso adelante. Gac Sanit.* 2015;29 (3):161-3.
5. Ruiz MT, Vives C, Papi N, LaParra D, Mateo MA, Pereyra P et al. Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva del análisis de género. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Salud Pública. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública; 2005.
6. Lawesson SS, Alfredsson J, Fredrikson M, Swahn E. A gender perspective on short and long term mortality in ST-elevation myocardial infarction. A report from the SWEDEHEART register. *Int J Cardiol.* 2012 17: 403-9.
7. Marrugat J, Sala J, Aboal J. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. *Rev Esp Cardiol.* 2006; 59: 264-74.
8. Carbajosa J, Llorens P, Diéguez S, Carratalá JM et al. Influencia del sexo del paciente en el manejo del síndrome coronario agudo con elevación del ST en los servicios de urgencias. *Emergencias.* 2011;23: 82-92.
9. Riesgo A, Miró O, López E, Sánchez M. Comparación del manejo del infarto agudo de miocardio sin elevación del ST durante la asistencia urgente en función del sexo del paciente. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64:1060-4.
10. Ferraz-Torres M, Belzunegui-Otano T, Marín-Fernández B, Martínez-García O. Diferencias según sexo en el tratamiento y la evolución de los pacientes afectos de síndrome coronario agudo en Navarra. *An Sist Sanit Navar.* 2014; 37 (2): 247-53.
11. Rohlfs I, García M, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinya D, Baltasar A. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit.* 2004;18 (2): 55-64.
12. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010.
13. Ferraz-Torres M, Belzunegui-Otano T, Marín-Fernández B, Martínez-García O, Azcona-Ciriza L, Jiménez-Fábreas X. Percepción y actuación de los pacientes con patología coronaria aguda en la fase prehospitalaria. *Metas Enferm.* 2014;17(2):6-11.
14. Conthe P, Lobos JM, González-Juanatey JR, Gil A, Pajuelo J, Novials A. Diferencias en la atención de las mujeres con alto riesgo cardiovascular respecto a los varones: estudio multidisciplinar. *Med Clin.* 2003;120:451-55.
15. Aldaroso E, Calvo M, Esnaola S, Hurtado de Saracho I, Alonso E, Audicana C et al. Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. *Med Clin.* 2007; 128 (3): 81- 85.
16. Barros M, Fusaro L, Coria N, Duronto EA, Beck E, Bozovich GE. Las mujeres con síndrome coronario agudo reciben menos intervenciones en la fase aguda que los hombres en una población argentina. *Rev Argent Cardiol.* 2013;81:316-21.
17. Bolívar J, Martínez R, Mateo I, Torres JM, Pascual N, Rosell F et al. Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género. *Emergencias.* 2013;25:23-30.
18. Ferraz-Torres M, Belzunegui-Otano T, Marín-Fernández B, Martínez-García O. Differences in the treatment and evolution of acute coronary syndromes according to gender: what are the causes? *J Clin Nurs.* 2015;24(17-18): 2468-77.
19. Alconero AR, San José JM, Muñoz P, Cobo JL. Diferencias de género en los retrasos de ingreso y reperfusión en el síndrome coronario agudo. *Enferm Intens.* 2009; 20(2): 44-9.
20. Aguilar SA, Patel M, Castillo E, Patel E, Fisher R, Ochs G et al. Differences in Scene Time, Transport Time, and Total Scene to Hospital Arrival Time Determined by the Use of a Prehospital Electrocardiogram in Patients with Complaint of Chest pain. *J Emerg Med.* 2012; 43 (2): 291-7.
21. Riesgo A, Bragulat E, López-Barbeito B, Sánchez M, Miró Ó. Aproximación diagnóstica al dolor torácico en urgencias: ¿existen diferencias entre mujeres y hombres? *Emergencias.* 2008;20:399-404.
22. Mingo S, Goicolea J, Nombela L, Sufate E, Blasco A, Millán I et al. Angioplastia primaria en nuestro medio. Análisis de los retrasos hasta la reperfusión, sus condicionantes y su implicación pronóstica. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62:15-22.
23. Claessen BE, Chieffo A, Dangas GD, Godino C, Lee SW, Obunai K et al. Gender differences in long-term clinical outcomes after percutaneous coronary intervention of chronic total occlusions. *J Invasive Cardiol.* 2012;24(10):484-8.
24. Lawesson SS, Alfredsson J, Fredrikson M, Swahn E. A gender perspective on short-and long term mortality in ST-elevation myocardial infarction. A report from the SWEDEHEART register. *Int J Cardiol.* 2012;17:403-9.
25. Lambrew C, Bowly L, Rogers W, Chandra NC, Weaver WD. Factors influencing the time to thrombolysis in acute myocardial infarction. Time to thrombolysis substudy of the national registry of myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 1997; 157: 2577-8230.
26. Leizorovicz A, Haugh MC, Mercier C, Boissel JP. Pre-Hospital and hospital time delays in thrombolytic treatment in patients with suspected acute myocardial infarction. Analysis of data from the EMIP study. *European Myocardial Infarction Project. Eur Heart J.* 1997;18:248-331.
27. Sheifer SE, Rathore SS, Gersh BJ, Weinfurt KP, Oetgen WJ, Breall JA et al. Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly: associations with race, sex, and socioeconomic characteristics. *Circulation.* 2000;102: 1651-6.
28. Martin R, Johnsen EL, Bunde J, Bellman SB, Rothrock NE, Weinrib A, et al. Gender differences in patients attributions for myocardial infarction: Implications for adaptive health behaviors. *Int J Behav Med.* 2005; 12: 39-45.
29. Bolívar J, Martínez R, Mateo I, Torres JM, Pascual N, Rosell F et al. Actuación de los pacientes ante un síndrome coronario agudo: diferencias desde una perspectiva de género. *Emergencias* 2013; 25: 23-30.