

Caracterización de pacientes con hematoma subdural crónico

Characterization of patients with chronic subdural hematoma

Yorkiel Castellanos-Bertot^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5216-6139>

Yasmany Fornaris-Cedeño² <https://orcid.org/0000-0002-3996-6334>

Catherine Matos-Fornier³ <https://orcid.org/0000-0002-9844-3234>

Jorge Luis Zambrano-Sánchez⁴ <https://orcid.org/0009-0009-2580-6653>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.

² Instituto de Neurología y Neurocirugía. La Habana. Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital General Docente Agostinho Neto. Guantánamo, Cuba.

⁴ Universidad de las Américas. Quito. Ecuador.

*Autor para la correspondencia (email): neuroycb@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Un hematoma subdural crónico se desarrolla cuando las venas puente se rompen y dejan escapar sangre al espacio subdural; su incidencia está entre un 8,2 % y 14 % por cada 100 000 habitantes por año.

Objetivo: Caracterizar los pacientes con el diagnóstico de hematoma subdural crónico atendidos en el Hospital General Docente Agostinho Neto de la provincia Guantánamo en el periodo 2017-2024.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de un universo de 145 pacientes, se tomó una muestra aleatoria simple de 50 enfermos. Las variables fueron: Edad, género, localización, escala de Glasgow al ingreso, complicaciones, sintomatología, tiempo transcurrido desde el evento traumático al inicio de los síntomas, técnica quirúrgica, método anestésico, tiempo quirúrgico y resultados neuroquirúrgicos.

Resultados: Predominaron los pacientes del sexo femenino en un 80 % (40/50). Los enfermos tuvieron en su mayoría una localización bilateral de las lesiones lo que representó un 24 % (12/50).

<http://revistaamc.sld.cu/>

Según la escala de Markwalder los pacientes se ubicaron en su mayoría en el grado I lo que representó un 40 % de ellos (20/50). Los enfermos que refirieron antecedentes de trauma predominaron en un 80 % (40/50). El método anestésico más utilizado fue la local y sedación, que representó un 80 % (40/50). Solo en el 12 % (6/50) sufrieron complicaciones neuroquirúrgicas, las cuales fueron; el re-sangrado en el 8 % (4/50) de los pacientes y el empiema en solo el 4 % (2/50). El 90 % de los enfermos se ubicaron en el nivel V de la escala de Glasgow de resultados (45/50).

Conclusiones: Se puede concluir que en la investigación existió una tendencia a que el hematoma subdural crónico predominara en pacientes de género femenino, fundamentalmente con una causa traumática y con una evolución que podía extenderse hasta los tres meses en ocasiones.

DeCS: HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO/diagnóstico; INCIDENCIA; CAUSALIDAD; ANESTÉSICOS; SIGNOS Y SÍNTOMAS.

ABSTRACT

Introduction: A chronic subdural hematoma develops when the bridging veins rupture and leak blood into the subdural space; its incidence is between 8.2 % and 14 % per 100 000 inhabitants per year.

Objective: To characterize patients with a diagnosis of chronic subdural hematoma treated at the Hospital General Docente Agostinho Neto in the province Guantánamo in the period 2017-2024.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted on a universe of 145 patients, a simple random sample of 50 patients was taken. The variables were: age, gender, location, Glasgow scale on admission, complications, symptomatology, time elapsed from the traumatic event to the onset of symptoms, surgical technique, used anesthesia, surgical time, and neurosurgical results.

Results: Female patients predominated in 80 % (40/50) and the majority of patients had a bilateral location of the lesions, representing 24 % (12/50). According to the Markwalder scale, patients were mostly located in grade I, which represented 40 % of them (20/50). Patients reporting a history of trauma preponderated in 80 % (40/50). The most commonly used type of anesthesia was local anesthesia and sedation, which accounted for 80 % (40/50). Neurosurgical complications occurred in only 12 % (6/50) of the patients, which were re-bleeding in 8 % (4/50) of the patients and empyema in only 4 % (2/50) of the patients. 90 % of patients were at level V on the Glasgow outcome scale (45/50).

Conclusions: It can be concluded that in this investigation there was a tendency for this entity to predominate in female patients, fundamentally with a traumatic cause and with an evolution that could extend up to 3 months on occasions.

DeCS: HEMATOMA, SUBDURAL, CHRONIC/diagnosis; INCIDENCE; CAUSALITY; ANESTHETICS; SIGNS AND SYMPTOMS.

Recibido: 31/12/2024

Aprobado: 03/06/2025

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

El hematoma subdural crónico (HSC) se forma secundario a un lento sangrado venoso, producto de la ruptura de venas puente en la superficie cerebral. El proceso fisiopatológico del HSC es el más complejo y es comprendido de forma incompleta. Aunque el HSC puede ocurrir en cualquier lugar a lo largo del neuroeje, se presenta en la convexidad del cerebro, unilateral o bilateral. Los hematomas subdurales crónicos (HSCs) contienen líquido, sangre vieja con apariencia de aceite de motor y se caracterizan por estar contenidos por una membrana externa.⁽¹⁾

El HSC fue documentado por el médico alemán Johann J. Wepfer en 1657, cuando al realizar una necropsia de un paciente con sospecha de accidente cerebrovascular, encontró un quiste subdural lleno de sangre. Sin embargo, se le atribuye la descripción formal del HSC al Dr. Virchow, en 1857, el cual lo llamó una paquimeningitis hemorrágica, ya que se pensaba que ocurría por inflamación de la duramadre. En el siglo XX se comenzó a aceptar la causa traumática del HSC como la más común.⁽²⁾

El término de HSC fue aceptado por Putman y Cushing, en 1925 y apoyado en 1972 por Watanabe, quienes crearon el primer modelo animal, introduciendo líquido cefalorraquídeo y sangre coagulada en el espacio subdural en perros y monos.⁽²⁾

Luego, en 1974, este modelo animal fue controvertido, dado que se planteó que no era necesario la presencia de líquido cefalorraquídeo para formar membranas características del hematoma subdural, sino que el HSC se creaba tanto una cápsula biológica a partir de la función de la fibrina y el tejido granuloso como una hemorragia recurrente.^{2,3)}

El HSC tiene una incidencia de entre 8,2 % y el 14 % por cada 100 000 habitantes por año, con una edad media de 76,8 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que se puede duplicar en la población mayor de 65 años para el año 2050. El HSC afecta en mayor cuantía a varones, con una relación de 3:1 en todos los grupos de edad. ⁽³⁾

El antecedente de trauma que da lugar al HSC suele pasar inadvertido y en ocasiones no existe; lo que hace que la sintomatología no sea percibida de inicio. El HSC puede cursar con síntomas que van

desde leves, como la cefalea ligera, hasta un síndrome compresivo cerebral severo que puede causar la muerte del paciente. ^(4,5)

En la provincia Guantánamo no se han realizado estudios acerca de los pacientes diagnosticados con HSCs, por lo que el objetivo del estudio fue: Caracterizar los pacientes con el diagnóstico de HSCs atendidos en el Hospital General Docente Agostinho Neto en la provincia Guantánamo en el periodo 2017-2024.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo en el periodo 2017-2024. Tras la revisión de las historias clínicas e informes operatorios de los pacientes se constituyó un universo de 145 pacientes. Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 60 años con el diagnóstico de HSC y que recibieron tratamiento quirúrgico. Se excluyeron los pacientes con discrasias sanguíneas, enfermedades oncológicas terminales, inmunosupresión y que no consintieron el tratamiento quirúrgico.

En base a los criterios anteriormente planteados se tomó una muestra aleatoria simple integrada por 50 pacientes.

Las variables utilizadas para el estudio fueron: Edad, género, localización del HSC, escala de Glasgow, ⁽⁶⁾ al ingreso, sintomatología presentada según la escala de Markwalder, ⁽⁷⁾ complicaciones neuroquirúrgicas, antecedentes de trauma, tiempo transcurrido desde el evento traumático al inicio de los síntomas, técnica quirúrgica, método anestésico, tiempo quirúrgico y resultados neuroquirúrgicos según escala para resultados de Glasgow. ⁽⁸⁾ Estas variables se recogieron en un formulario creado para la síntesis de la información.

Se usó el programa estadístico SPSS versión 23.1 para Windows, que permitió introducir la base de datos. Y para el procesamiento de los datos se utilizó estadística descriptiva para distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las medidas de resumen empleadas fueron la desviación estándar (DT) y la media (X). Se respetaron los principios de la ética médica y profesional en el manejo de la información según la Declaración de Helsinki. ⁽⁹⁾

RESULTADOS

En los pacientes diagnosticados con HSC predominaron los pacientes del sexo femenino en un 80 % (40/50), con un promedio de 73,5 años y una desviación estándar de $\pm 17,8$ años (Tabla 1).

Tabla 1 Caracterización de pacientes con hematoma subdural crónico atendidos en el Hospital General Docente Agostinho Neto. Pacientes según edad y sexo

Grupos etarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
60-74	1	2	11	22	12	24
75 +	9	18	29	58	38	76
Total	10	20	40	80	50	100
X	80		73,5		77,4	
DT	10,8		17,8		14,5	

Fuente: Historias clínicas.

Los pacientes estudiados tuvieron en su mayoría una localización bilateral de las lesiones lo que representa un 24 % (12/50) (Tabla 2).

Tabla 2 Pacientes según escala de Glasgow y localización de la lesión

Localización de la lesión	Escala de Glasgow al ingreso						Total	
	14-15 puntos		9-13 puntos		≤8 puntos		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Bilateral	9	18	2	4	1	2	12	24
Fronto-temporal derecha	2	4	0	0	3	6	5	10
Fronto-parietal derecha	6	12	1	2	0	0	7	14
Fronto-parietal izquierda	8	16	2	4	0	0	10	20
Hemisférico derecho	7	14	2	4	0	0	9	18
Hemisférico izquierdo	4	8	4	8	0	0	8	16
Total	35	70	11	22	4	8	50	100

Fuente: Historias clínicas.

Según la escala de Markwalder,⁽⁷⁾ los pacientes se ubicaron en su mayoría en el grado I lo que representó un 40 % de ellos (20/50). En los grados II y III, se ubicó el 20 % de los pacientes (10/50). En los grados IV y V se encontró el 10 % de los pacientes (5/50).

Los pacientes que refirieron antecedentes de trauma ascendieron a un 80 % (40/50); un número considerable de pacientes refirió el inicio de los síntomas en menos de un mes del evento traumático, lo cual representó un 46 % (23/50) (Tabla 3).

Tabla 3 Pacientes según tiempo de inicio de los síntomas y antecedentes de trauma

Antecedentes de trauma	Tiempo de inicio de los síntomas						Total	
	menos de 1 mes		De 1 a 3 meses		Más 3 meses		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
No refiere	4	8	3	6	3	6	10	20
Refiere	19	38	14	28	7	14	40	80
Total	23	46	17	34	10	20	50	100

Fuente: Historias clínicas.

El método anestésico utilizado con mayor frecuencia fue la local y sedación, que representó un 80 % (40/50), seguido de la anestesia general orotraqueal que se utilizó en un 20 % (10/50) de los enfermos.

El 40 % (20/50) de los pacientes presentó un tiempo quirúrgico de más de 120 minutos, no hubo complicaciones en la mayoría de los pacientes estudiados, (44/50) lo que representó un 88 % del total. (Tabla 4).

Tabla 4 Pacientes según tiempo quirúrgico y presencia de complicaciones

Tiempo quirúrgico (minutos)	Presencia de complicaciones				Total	
	Ausente		Presente		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menos de 60 minutos	12	24	1	2	13	26
De 60 a 120 minutos	17	34	0	0	17	34
Más de 120 minutos	15	30	5	10	20	40
Total	44	88	6	12	50	100

Fuente: Historias clínicas.

Solo el 12 % (6/50) de los pacientes sufrieron complicaciones neuroquirúrgicas, las cuales fueron; el resangrado en el 8 % (4/50) y el empiema en solo el 4 % (2/50) de los pacientes estudiados.

La técnica quirúrgica más utilizada fue mediante dos trépanos y evacuación en el 90 % (45/50), seguida de la de un trépano y evacuación en el 8 % (4/50) y la craniectomía en solo un paciente para un 2 % (1/50).

Tabla 5 Pacientes según tiempo de inicio de la sintomatología y resultados neuroquirúrgicos

Tiempo de inicio de los síntomas	Escala de Glasgow de resultados				Total	
	V		I		No.	%
	No.	%	No.	%		
menos de 1 mes	19	38	4	8	23	46
De 1 a 3 meses	16	32	1	2	17	34
Más de 3 meses	10	20	0	0	10	20
Total	45	90	5	10	50	100

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

La edad mayor de 75 años es una variable que juega un papel importante en el diagnóstico de la enfermedad, estudios realizados por Martínez et al.,⁽¹⁰⁾ y Hernández et al.,⁽¹¹⁾ concuerdan con los resultados obtenidos. La edad avanzada condiciona un número considerable de enfermedades neurológicas que traen consigo cambios en la arquitectura cerebral, que se traduce en la aparición de espacios

intracraneales que permiten la expansión del HSC.

El género femenino presentó una mayor incidencia, estos resultados contrastan con los presentados por Martins,⁽¹²⁾ y Rauhala et al.,⁽¹³⁾ que plantean que el HSC es más usual en los pacientes del sexo masculino, condicionado por la exposición a actividades que causan lesiones traumáticas. Los resultados obtenidos se pudieran explicar por la composición de la población cubana, que tiene un mayor número de femeninas según estadísticas recientes, la expectativa de vida es mayor en el género femenino según Díaz y Mondejar.⁽¹⁴⁾

En el estudio se observó un mayor número de pacientes con una lesión bilateral. Investigaciones realizadas por Hashimoto et al.,⁽¹⁵⁾ y Fiorella et al.,⁽¹⁶⁾ expresan resultados similares a los expuestos. El comportamiento del fenómeno pudiera explicarse por los mecanismos fisiopatológicos relacionados con el HSC donde prima que al existir mayor grado de atrofia cerebral mayor será el espacio que se cubrirá de HSC.^(11,12)

El estudio mostró que los pacientes presentaron bajos grados en la escala de Markwalder. Estudios de Mishra et al.,⁽¹⁷⁾ y Martínez et al.,⁽¹⁸⁾ mostraron resultados similares a los expuestos, con la mayor cantidad de pacientes en los primeros grados de esta escala en sintonía con el nivel de compresión cerebral que los pacientes presentaron.

La investigación evidenció que existió una referencia de trauma en la mayoría de los casos, hecho que concuerda con estudios realizados por Quiao,⁽¹⁹⁾ y Abdelhady et al.,⁽²⁰⁾ estas investigaciones describieron la mayor cantidad de pacientes con antecedentes de trauma menor. Los resultados obtenidos se pueden explicar por la fisiopatología del fenómeno ya desarrollada en el estudio, además de los trastornos de la marcha y cognitivos que muchas veces presentan estos pacientes que los hacen susceptibles a las caídas, en este caso los adultos mayores.⁽¹⁸⁾

La cirugía presentó una duración de 120 minutos en la mayoría de los casos con aparición de mayor número de complicaciones cuando existió una mayor duración del acto quirúrgico. Investigaciones realizadas por Chang et al.,⁽²¹⁾ y Liu et al.,⁽²²⁾ en relación al tiempo quirúrgico y la aparición o no de complicaciones, concuerdan con el estudio presentado pues cuando existe un mayor tiempo durante la intervención quirúrgica esto predispone a la aparición de infecciones, neumoencéfalo y otras complicaciones.

Artículos publicados por Mishra et al.,⁽¹⁷⁾ Martínez et al.,⁽¹⁸⁾ Uno,⁽²³⁾ y Blaauw et al.,⁽²⁴⁾ mostraron la relación entre el tiempo de evolución del hematoma subdural crónico y el resultado final al egreso del paciente. El estudio desarrollado mostró que, a menor tiempo de evolución de la enfermedad, mejores resultados se presentan tras la intervención quirúrgica, lo que concuerda con la información analizada en la literatura científica revisada.

Las limitaciones del estudio estuvieron dadas por la imposibilidad de registro del seguimiento de estos

pacientes y el análisis, de series cronológicas relacionadas con la enfermedad, que sentarán las bases de próximas investigaciones.

CONCLUSIONES

En la investigación existió una tendencia a que el hematoma subdural crónico predominara en pacientes de género femenino, fundamentalmente con una causa traumática y con una evolución que podía extenderse hasta los tres meses en ocasiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nouri A, Gondar R, Schaller K, Meling T. Chronic Subdural Hematoma (cSDH): A review of the current state of the art. Brain Spine [Internet]. 2021 [citado 27 May 2025]; 1:100300. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772529421003003>
2. Gómez Vega JC, Rojas MX. Hematoma subdural crónico. Una actualización y revisión. Univ Medica [Internet]. 2021 [citado 27 May 2025];62(3):132-48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2011-08392021000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Duche TCF, González CAQ, Cahuasquí JPO, Rodríguez LMR. Hematoma subdural crónico: tratamiento. Recimundo [Internet]. 2020 [citado 27 May 2025];4(3):184-98. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/862>
4. Kan P, Fiorella D, Dabus G, Samaniego EA, Lanzino G, Siddiqui AH; et al. ARISE I Consensus Statement on the Management of Chronic Subdural Hematoma. Stroke [Internet]. 2024 [citado 27 May 2025];55(5):1438-48. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STROKEAHA.123.044129>
5. Chen H, Colasurdo M, Malhotra A, Gandhi D, Bodanapally UK. Advances in chronic subdural hematoma and membrane imaging. Front Neurol [Internet]. 2024 [citado 27 May 2025];15. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2024.1366238/full>
6. Barea Mendoza JA, Llompарт Pou JA, Pérez Bárcena J, Quintana Díaz M, Serviá Goixart L, Guerrero López F, et al. Validación externa de la Escala de Coma de Glasgow con valoración pupilar en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg [Internet]. 2023 [citado 27 May 2025];35(1):39-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8730769>
7. Sánchez Padín ME, Bastidas Meza DS, Menéndez Ramírez DM. Tratamiento conservador con atorvastatina y dexametasona en pacientes con hematoma subdural crónico. Arch Hosp Univ Gen Calixto <http://revistaamc.sld.cu/>

García [Internet]. 2024 [citado 27 May 2025];12(2). Disponible en:

<https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1261>

8. Aránzazu-Ceballos AD, Maldonado-Mejía LC, Ortiz-Giraldo B, Marín-Pineda D, Aránzazu-Ceballos AD, Maldonado-Mejía LC; et al. Factores asociados al desarrollo de secuelas por trauma craneoencefálico en menores de 15 años: un estudio de cohorte retrospectiva en un hospital de Medellín, Colombia. 2010-2014. *Medicas UIS* [Internet]. 2023 [citado 27 May 2025];36(2):9-19. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192023000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

9. Kovensky J. Control del cumplimiento las normas éticas en la investigación clínica, una tarea impostergable. *Rev Bioquímica Patol Clínica* [Internet]. 2024 [citado 27 May 2025];88(1):20-1. Disponible en: <https://www.revistabypc.org.ar/index.php/bypc/article/view/264>

10. Martínez Pérez R, Rayo N, Tsimpas A. Embolización endovascular de la arteria meníngea media para el tratamiento de hematomas subdurales crónicos: efectividad, seguridad y controversia actual. Revisión sistemática. *Neurología* [Internet]. 2023 [citado 27 May 2025];38(2):124-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348532030133X>

11. Hernández Cortés KS, Montoya Pedrón A, Hernández Cortés NM, Bolaños Vaillant S, Romero García L. La atrofia cerebral como hallazgo o factor predictor del deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Rev cuban med gen integr* [Internet]. 2023 [citado 27 May 2025];39(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S086421252023000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

12. Martins Dos Santos EF. Estudio pronóstico de dos técnicas quirúrgicas en el hematoma subdural crónico [Internet]. España: Hospital Clinico Universitario de Valladolid; 2021 [citado 27 May 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47621>

13. Rauhala M, Luoto TM, Huhtala H, Iverson GL, Niskakangas T, Öhman J; et al. The incidence of chronic subdural hematomas from 1990 to 2015 in a defined Finnish population. *J Neurosurg* [Internet]. 2019 [cited 2025 May 27];132(4):1147-57. Disponible en: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/132/4/article-p1147.xml>

14. Díaz AA, Mondejar WH. Dinámica de la población y sus interrelaciones en Cuba y sus territorios. Recomendaciones para la acción. *Revista de Novedades en Población* [Internet]. 2019 [citado 27 May 2025];15(29):56-74. Disponible en: <https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/568>

15. Hashimoto H, Maruo T, Kimoto Y, Nakamura M, Fujinaga T, Ushio Y. Burr hole locations are associated with recurrence in single burr hole drainage surgery for chronic subdural hematoma. *World Neurosurg X* [Internet]. 2023 [citado 27 May 2025]; 19:100204. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590139723000534>

<http://revistaamc.sld.cu/>



16. Fiorella D, Monteith SJ, Hanel R, Atchie B, Boo S, McTaggart RA; et al. Embolization of the Middle Meningeal Artery for Chronic Subdural Hematoma. *N Engl J Med* [Internet]. 2025 [citado 27 May 2025];392(9):855-64. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2409845>
17. Mishra R, Deora H, Florez-Perdomo WA, Moscote-Salazar LR, Garcia-Ballestas E, Rahman MM; et al. Clinical and Radiological Characteristics for Recurrence of Chronic Subdural Hematoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neurol Int* [Internet]. 2022 [citado 27 May 2025];14(3):683-95. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2035-8377/14/3/57>
18. Martinez-Perez R, Tsimpas A, Rayo N, Cepeda S, Lagares A. Role of the patient comorbidity in the recurrence of chronic subdural hematomas. *Neurosurg Rev* [Internet]. 2021 [citado 27 May 2025];44(2):971-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10143-020-01274-7>
19. Qiao Y, Alkarawi S, Provasek VE, Zhang YJ, Tsappidi S, Hui F. Chronic subdural hematoma: What precisely are we treating? *Interv Neuroradiol* [Internet]. 2024 [citado 27 May 2025]:15910199241263633. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15910199241263633>
20. Abdelhady MA, Aljabali A, Al-Jafari M, Serag I, Elrosasy A, Atia A; et al. Local anesthesia with sedation and general anesthesia for the treatment of chronic subdural hematoma: a systematic review and meta-analysis. *Neurosurg Rev* [Internet]. 2024 [citado 27 May 2025];47(1):162. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10143-024-02420-1>
21. Chang CL, Sim JL, Delgado MW, Ruan DT, Connolly ES. Predicting Chronic Subdural Hematoma Resolution and Time to Resolution Following Surgical Evacuation. *Front Neurol* [Internet]. 2020 [citado 27 May 2025];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2020.00677/full>
22. Liu E, Zhou A, Tilbury N, Persad A, Radic J. Chronic Subdural Hematoma Drainage under Local versus General Anesthesia: Systematic Review and Meta-Analysis. *World Neurosurg* [Internet]. 2024 [citado 27 May 2025];184: e154-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878875024000883>
23. Uno M. Chronic Subdural Hematoma-Evolution of Etiology and Surgical Treatment-. *Neurol Med Chir (Tokyo)* [Internet]. 2023 [citado 27 May 2025];63(1):1-8. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/nmc/63/1/63_2022-0207/article/-char/ja/
24. Blaauw J, Meelis GA, Jacobs B, van der Gaag NA, Jellema K, Kho KH; et al. Presenting symptoms and functional outcome of chronic subdural hematoma patients. *Acta Neurol Scand* [Internet]. 2022 [citado 27 May 2025];145(1):38-46. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ane.13518>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yorkiel Castellanos-Bertot (conceptualización. Curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología. *Software*. Supervisión. Redacción–revisión y edición).

Yasmany Fornaris-Cedeño (curación de datos. Análisis formal. Investigación. Metodología).

Catherine Matos-Fornier (Supervisión. Redacción–revisión y edición).

Jorge Luis Zambrano Sánchez (*Software*. Supervisión. Redacción–revisión y edición).