



Caracterización de pacientes con diagnóstico de hematoma subdural crónico

Characterization of patients diagnosed with chronic subdural hematoma

Diana Marta Menéndez Ramírez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9146-565X>

Margarita Elena Sánchez Padín² <https://orcid.org/0000-0002-2860-4039>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", Departamento de Investigaciones. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", Hospital Universitario "General Calixto García", Servicio de Neurocirugía. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: dianamarta761@gmail.com

Cómo citar este artículo

Menéndez Ramírez DM, Sánchez Padín ME. Caracterización de pacientes con diagnóstico de hematoma subdural crónico. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2025;13(2):e1585. Acceso: 00/mes/2025. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1585>

RESUMEN

Introducción: El hematoma subdural crónico es una enfermedad de origen traumático, en la mayor parte de los casos y frecuente en las personas de la tercera edad.

Objetivo: Caracterizar a pacientes atendidos(as) con hematoma subdural crónico.
Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de una serie de 547 casos ingresados por hematoma subdural crónico, entre el 1ro de enero de 2020 y el 30 de noviembre de 2024, en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario "General Calixto García".
Resultados: Predominó el sexo masculino (79,2 %) y la edad entre 71 y 79 años (51,6 %). La edad avanzada (44,2 %) y el alcoholismo (10,4 %) fueron factores de riesgo frecuentes, relacionados de forma significativa con el mecanismo de trauma desconocido ($p= 0,04$). El grado 1 y el grado 0 en la Escala de Markwalder fueron los más frecuentes al momento del ingreso (54,7 %; 23,6 %) y en el egreso (13,9 %; 80,3 %), con una relación inversa y significativa ($p< 0,001$), que reflejó la mejoría clínica después del tratamiento. El hematoma fue izquierdo en el 73,5 % de los casos y homogéneo en el 89,4 %. Predominó el tratamiento quirúrgico (79,9 %) y la técnica más empleada fue la de dos trépanos (56,1 %).
Conclusiones: El tratamiento quirúrgico es curativo en la mayoría de las y los pacientes, pero la estrategia terapéutica debe definirse según el juicio clínico individualizado.

Palabras clave: Traumatismos craneocerebrales; hematoma subdural crónico; procedimientos neuroquirúrgicos.

ABSTRACT

Introduction: Chronic subdural hematoma is a disease of traumatic origin in most cases, and it is frequent in the elderly.

Objective: To characterize patients treated for chronic subdural hematoma.

Methods: A descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out on a series of 547 cases admitted with chronic subdural hematoma between January 1, 2020 and November 30, 2024 in the Neurosurgery Service of the "General Calixto García" University Hospital.

Results: Male sex (79,2 %) and ages between 71 and 79 years (51,6 %) predominated; advanced age (44,2 %) and alcoholism (10,4 %) were frequent risk factors that were significantly related to the unknown trauma mechanism ($p= 0,04$); Grade 1 and Grade 0 on the Markwalder Scale were the most frequent at admission (54,7 %; 23,6 %) and discharge (13,9 %; 80,3 %), with an inverse and significant relationship ($p< 0,001$) that reflected clinical improvement after treatment. The hematoma was left-sided in 73,5 % of patients and homogeneous in 89,4 % of them; surgical treatment predominated (79,9 %), and the most commonly used technique was two trephines (56,1 %).

Conclusions: Surgical treatment is curable in most patients, but the therapeutic strategy should be defined based on individualized clinical judgment.

Keywords: Craniocerebral trauma; hematoma, subdural, chronic; neurosurgical procedures.

Recibido: 29/07/2025.

Aprobado: 25/08/2025.



INTRODUCCIÓN

El hematoma subdural crónico (HSDC) se define como una colección de sangre encapsulada por una membrana de neoformación, de evolución crónica, localizada entre la duramadre y la aracnoides cerebral. Su incidencia es de alrededor de 3,4 por cada 100 000 personas menores de 65 años y de 8 a 58 por cada 100 000 mayores 65 años, con una edad media de 76,8 años. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, su incidencia se puede duplicar hacia el año 2050.^(1,2)

Es más frecuente en el sexo masculino, con una relación de 3:1 en todos los grupos de edades y la bilateralidad representa entre el 10 y el 20 % de todos los casos. La incidencia ha aumentado debido al envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas asociadas, como la insuficiencia renal con hemodiálisis y el tratamiento con anticoagulantes. El trauma craneoencefálico es la causa principal de esta entidad nosológica (40 % a 81 %) y con frecuencia se trata como un traumatismo menor, sin pérdida del conocimiento, que el paciente en general olvida y cuyas manifestaciones clínicas aparecen casi siempre después de tres semanas.^(1,2)

Se describen varios mecanismos traumáticos posibles para su producción, como laceración de los senos venosos duros, el movimiento brusco de aceleración - desaceleración entre el cerebro y el cráneo, que favorece la ruptura de las venas puentes parasagitales, el latigazo de la región cervical y las lesiones combinadas de la corteza cerebral y la aracnoides. En cuanto a la fisiopatología, se describe que el fluido subdural persistente y el sangramiento gradual genera una reacción inflamatoria con producción de citosinas, que derivan en la formación de una membrana primaria común, aumento del contenido líquido no encapsulado y por último, la formación de una membrana parietal gruesa y una visceral fina, que encapsulan el hematoma.⁽¹⁾

La inespecificidad y heterogeneidad del cuadro clínico a veces dificulta el diagnóstico. El cuadro clínico más frecuente se caracteriza por cefalea y déficit motor, aunque los trastornos cognitivos predominan en la fase inicial y muchas veces se interpretan como el debut de una demencia, lo cual motiva la consulta con el psiquiatra en primer lugar, antes de consultar al especialista en neurocirugía.^(2,3)

El hematoma subdural crónico es uno de los problemas de salud más frecuentes en la práctica neuroquirúrgica y el tratamiento es quirúrgico en la mayoría de las personas atendidas. Existen múltiples alternativas de tratamiento, en correspondencia con las características del hematoma, desde el conservador en pacientes seleccionados(as), hasta grandes craneotomías con membranectomía amplia. El más utilizado es la evacuación quirúrgica mediante dos trépanos.^(4,5)

La decisión de la variante de tratamiento no es sencilla, ya que en ocasiones la condición general de cada paciente no es óptima para el tratamiento quirúrgico y es necesario tomar en consideración múltiples factores relacionados con el este y el hematoma. El riesgo quirúrgico se eleva cuando el o la paciente, a priori de riesgo por ser persona adulta mayor, presenta comorbilidades que influyen en los resultados y recuperación posoperatoria. La selección equivocada de la variante terapéutica puede aumentar la



incidencia de complicaciones, tales como hemorragia intracraneal aguda, recidiva del hematoma, infección del sistema nervioso central y la lesión transquirúrgica de la corteza cerebral.⁽³⁾

Las razones antes expuestas justificaron la revisión, durante el año 2020, del protocolo de actuación médica (PAM), para el manejo de pacientes con hematoma subdural crónico, vigente hasta ese momento en el Hospital Universitario "General Calixto García". Una de las modificaciones más importantes fue la unificación de los criterios de selección para el tratamiento conservador o la evacuación quirúrgica del hematoma, el momento más adecuado para la cirugía y la técnica quirúrgica más apropiada, de acuerdo a las características del hematoma y la condición general de cada paciente. La revisión y actualización del PAM constituyó la primera fase de un proyecto de investigación institucional en curso, que cerrará con la validación del protocolo modificado, herramienta objetiva en la toma de decisiones con este tipo de pacientes.⁽⁶⁾

A partir de la modificación del protocolo de actuación y de la necesidad de justificar -con evidencia científica- los resultados de su aplicación, se realizó el presente estudio, con el propósito de caracterizar a pacientes atendidos(as) con hematoma subdural crónico, en la institución seleccionada, durante los años posteriores a dicha modificación y de esta forma, dar continuidad a la actual línea de investigación, priorizada en el Servicio de Neurocirugía.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de una serie de casos ingresados con hematoma subdural crónico, entre el 1ro de enero de 2020 y el 30 de noviembre de 2024, en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario "General Calixto García".

El universo fue de 553 pacientes seleccionados, con el criterio único de haber ingresado con diagnóstico de hematoma subdural crónico. Se excluyeron a seis pacientes cuya historia clínica no se encontraba disponible o la información contenida era insuficiente para obtener los datos requeridos para el estudio. La muestra quedó constituida por 547 pacientes que representó el 98,9 % del universo. Para dicha selección, no se aplicó método muestral, sólo selección intencional.

Las variables seleccionadas fueron:

- Grupo de edades: Distribución en décadas según años cumplidos al ingreso.
- Edad avanzada: edad de 71 años o más.
- Sexo: Según género al nacer.
- Factor de riesgo: De acuerdo al factor detectado.
- Mecanismo del trauma: Causa probable del hematoma.



- Situación clínica: De acuerdo a la Escala de Markwalder.⁽⁷⁾
- Lateralidad: Según la localización del hematoma respecto a la línea media.
- Citoarquitectura del hematoma: De acuerdo a la Clasificación de Nakaguchi.⁽⁸⁾
- Modalidad de tratamiento: De acuerdo el tipo de tratamiento aplicado.
- Técnica quirúrgica: Según la técnica quirúrgica realizada.

Para el procesamiento de la información, se consultó el registro de pacientes ingresados en el Servicio con el diagnóstico de hematoma subdural crónico y se elaboró el listado de pacientes. Se solicitaron las historias clínicas en el archivo hospitalario y toda la información se obtuvo de ellas. Una vez recolectada, se exportó la base de datos al sistema de análisis estadístico SPSS para Windows, versión 11.5.1, mediante el cual se realizó el análisis estadístico necesario para la investigación.

Las variables, todas cualitativas, se resumieron con porcentajes y números absolutos. Para la comparación de los grupos de edades, se utilizó la prueba chi cuadrado (χ^2), con la corrección según correspondiera. En el caso de las tablas de contingencia de dos variables cualitativas dicotómicas, si existió 25 por ciento o más de frecuencias esperadas menores que cinco, se utilizó la alternativa de la prueba exacta de Fisher. En todas las pruebas de hipótesis, se fijó un nivel de significación de 0,05.

La investigación se realizó con la aprobación del Consejo Científico y del Comité de Ética del Hospital Universitario "General Calixto García".

RESULTADOS

Se estudiaron a 547 pacientes con diagnóstico de hematoma subdural crónico. La distribución según edad y sexo, se muestra en la tabla 1.



Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total		Relación H x M
	n	%	n	%	n	%	
50 - 60	6	1,1	21	3,8	27	4,9	3,5
61 - 70	53	9,7	149	27,2	202	36,9	2,8
71 - 79	47	8,6	235	43	282	51,6	5
≥ 80	8	1,5	28	5,1	36	6,6	3,5
Total	114	20,8	433	79,2	547	100	3,8

La media de la edad fue $75,7 \pm 3,9$ años (rango: 51 a 92). El 58,2 % de las y los pacientes, tenían edad avanzada (con más 70 años) y la relación hombre por mujer fue de 3,8, por encima de 2 en todos los grupos de edades.

Se identificaron factores de riesgo para tener un hematoma subdural crónico y su presencia se relacionó con el mecanismo del trauma. La edad avanzada (44,2 %) y el alcoholismo (10,4 %) fueron los factores de riesgo más frecuentes y ambos se relacionaron de forma significativa con el mecanismo de trauma desconocido ($p= 0,04$). En el resto de los factores identificados no existió relación significativa con el mecanismo del trauma. Estos resultados se encuentran detallados en la tabla 2.



Tabla 2. Pacientes según factor de riesgo asociado y mecanismo del trauma

Factor de riesgo*	Mecanismo del trauma				OR (IC)
	Desconocido n (%)	Caída de sus pies n (%)	Caída de altura n (%)	Agresión n (%)	
Edad avanzada	242 (44,2)	46 (8,4)	22 (4,0)	8 (1,5)	4,1 (3,7-4,3)
Alcoholismo	57 (10,4)	24 (4,4)	0	0	1,3 (0,9-1,6)
Derivación ventrículo peritoneal	4 (0,7)	3 (0,5)	2 (0,4)	2 (0,4)	0,8 (0,7-1,0)
Trastornos de la coagulación	7 (1,3)	3 (0,5)	3 (0,5)	0	0,7 (0,5-0,8)
Traumatismos repetidos	14 (2,6)	3 (0,5)	3 (0,5)	1 (0,2)	0,9 (0,6-1,1)
Total**	329	152	54	12	-

*Un paciente puede tener más de un factor de riesgo.

**El total se refiere al mecanismo del trauma, no a la suma de factores de riesgo.

La situación clínica según la Escala de Markwalder, se evaluó al ingreso y egreso de pacientes y su distribución se muestra en la tabla 3. El grado 1 y el grado 0 fueron los más frecuentes al momento del ingreso (54,7 %; 23,6 %) y del egreso (13,9 %; 80,3 %), pero con una relación inversa y significativa ($p < 0,001$) que refleja la mejoría clínica después del tratamiento. Hubo ocho pacientes Grado IV al egresar y ninguno al ingresar, en correspondencia con las personas fallecidas por complicaciones posoperatorias.

Tabla 3. Pacientes según la Escala de Markwalder al ingreso y al egreso

Escala de Markwalder	Ingreso		Egreso	
	n	%	n	%
Grado 0	129	23,6	439	80,3
Grado 1	299	54,7	76	13,9
Grado 2	98	17,9	20	3,6
Grado 3	21	3,8	4	0,7
Grado 4	0	0,0	8	1,5

Cuatrocientos ochenta y nueve pacientes (89,4 %) tenían hematoma homogéneo, según la clasificación de Nakaguchi para la citoarquitectura interna del hematoma. El 73,5 % de las y los pacientes tenían el hematoma en el lado izquierdo y 24 pacientes (4,4 %) tenían hematoma bilateral.

La modalidad de tratamiento más frecuente fue el quirúrgico en la totalidad de pacientes (79,9 %) y en cada grupo -según la Clasificación de Nakaguchi-también, lo cual se muestra en la figura 1. El 85,5 % de las y los pacientes que recibieron tratamiento conservador, tenían un hematoma homogéneo.



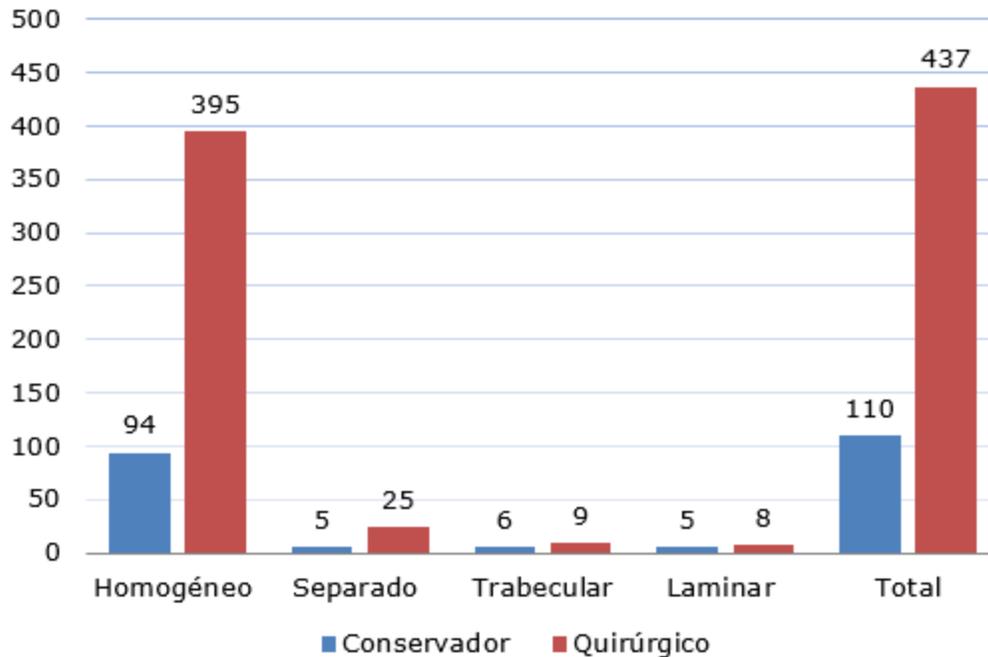


Fig. 1. Relación entre la modalidad de tratamiento y la citoarquitectura del hematoma.

La técnica quirúrgica de dos trépanos se realizó en el 56,1 % de la totalidad de pacientes y en el 60,7 % de los hematomas homogéneos, relación que no fue estadísticamente significativa ($p= 0,067$) y se muestra en la figura 2. La craneotomía parietal se realizó en el 41,3 % de todos los casos. Sólo 14 pacientes (2,6 %) recibieron craneotomía como técnica quirúrgica.

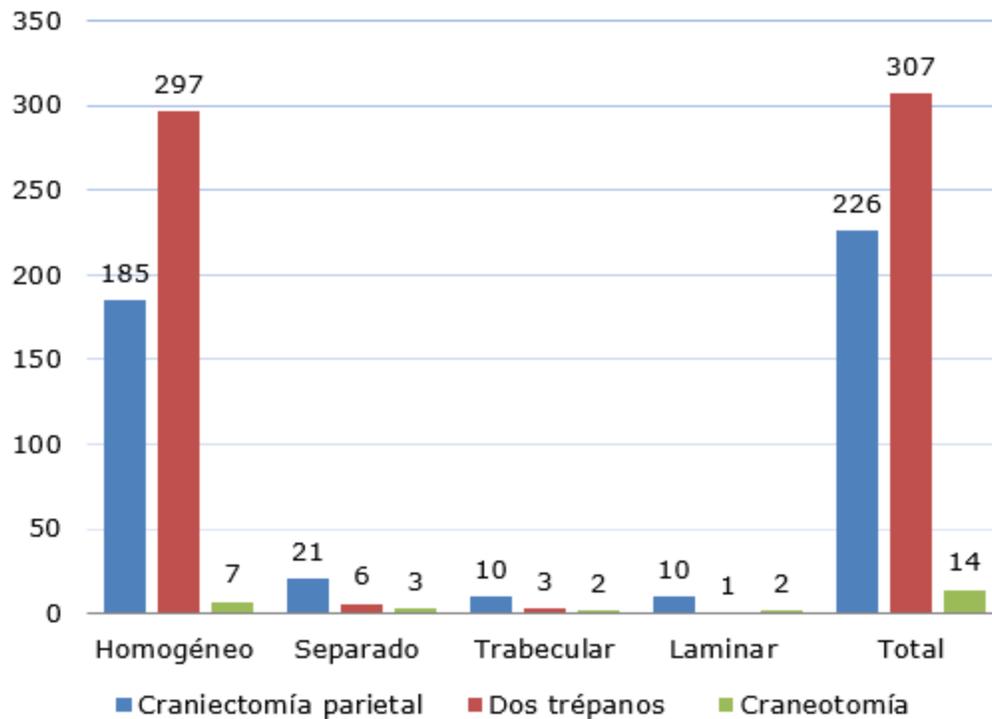


Fig. 2. Relación entre la técnica quirúrgica y la citoarquitectura del hematoma.

DISCUSIÓN

Se estudiaron 547 pacientes con hematoma subdural crónico, donde la edad promedio de la muestra fue de $75,7 \pm 3,9$ años. Se destaca el predominio a partir de la sexta década de la vida, lo cual se encuentra en concordancia con la epidemiología descrita para esta entidad nosológica. La mayor edad se considera un factor de riesgo para la aparición de HSDC, dado que en el proceso de envejecimiento el cerebro disminuye su volumen y se retrae en grado variable, lo que trae como consecuencia la distensión de las venas puente y el aumento de la fragilidad de estas, con el consecuente riesgo de desgarro ante un trauma, incluso leve.⁽⁹⁾

Si bien el hematoma subdural crónico se describe en todas las edades, es típico de individuos mayores de 60 años, tal como señalan *García González y otros*,⁽¹⁾ en cuya serie, la edad promedio fue 72,7 años. La literatura consultada difunde que la incidencia de HSDC aumenta -de forma exponencial- después de los 60 años, por lo cual llega a ser el doble del total de edades inferiores entre los 65 y 75 años, patrón que se mantiene en aumento, en personas mayores de 80 años.⁽⁹⁾ Esta característica coincide con los resultados del presente estudio, pues cerca del 60 % de las y los pacientes, son mayores de 70 años. Predominó el sexo masculino, lo cual no difiere de lo planteado en la literatura consultada.^(2,10)

La etiología traumática conocida es por excelencia la causa del hematoma subdural crónico. Si bien la mayoría de los estudios revisados coinciden en este aspecto, casi todos también coinciden en el hecho de que, en muchas ocasiones -por la banalidad del traumatismo- el paciente no refiere este antecedente. En el estudio de *García y otros*, se constata un 37,5 % de pacientes en quienes no se recogió el antecedente traumático⁽¹⁾, valor notablemente inferior al encontrado en el presente estudio, que se acerca a la mitad de la serie.

Además de la edad avanzada como factor de riesgo fundamental, el alcoholismo, las discrasias sanguíneas y los traumas repetidos, se encuentran relacionados con una mayor incidencia de hematoma subdural crónico, de acuerdo a la literatura científica consultada.⁽²⁾ Los hallazgos de la presente investigación coinciden en este aspecto.

El hematoma se produce en cualquiera de los hemisferios cerebrales. No obstante, los estudios al respecto reflejan que la distribución no es equitativa entre ambos. El hematoma subdural crónico es más frecuente del lado izquierdo, de acuerdo al estudio de diversos autores, como *Collazo y otros*, en cuya casuística, el 58 % de la totalidad de pacientes presentaban un hematoma de localización izquierda,⁽¹¹⁾ mientras que en el presente estudio, la lateralidad izquierda alcanzó hasta el 73,5 % de la serie.

La aplicación de las escalas de clasificación constituyen una herramienta útil, tanto para la evaluación clínica inicial, como para la toma de decisiones terapéuticas y la evaluación final de los resultados. La escala de Markwalder es de amplia utilización, ya que a partir de la presencia o ausencia de síntomas neurológicos iniciales, permite clasificar al paciente en cuanto a su situación clínica y, más que eso, ayuda a definir la conducta a seguir y la urgencia de la actuación médica.^(7,12)

En la actual investigación, el 54,7 % de las y los pacientes se clasificaron como Grado I en la escala de Markwalder, con una presentación más frecuente en la evaluación clínica inicial, lo cual coincide con lo documentado por otros investigadores, como lo fue un estudio realizado de forma previa *por Collazo y otros*,⁽¹¹⁾ en la misma institución seleccionada, el cual mostró un 57,4 % de los casos clasificados de la escala utilizada con Grado I, al momento del ingreso.

La citoarquitectura interna del hematoma adquiere importancia, en función de definir la técnica quirúrgica más apropiada para cada paciente. La clasificación de Nakaguchi se utiliza para definir cuatro tipos de hematoma, según sus características imagenológicas. Algunos autores confieren utilidad a esta clasificación, además de la adecuada predicción del riesgo de recurrencia del hematoma subdural crónico. El hematoma homogéneo predomina en todos los estudios revisados, lo cual no difiere de los hallazgos del presente estudio.^(8,13)

El tratamiento del hematoma subdural crónico es quirúrgico en la inmensa mayoría de los casos. Sin embargo, estudios recientes demuestran que en pacientes seleccionados, el tratamiento conservador con esteroides y estatinas puede llevar a su curación.^(14,15,16,17) Tras la revisión en el año 2020, del PAM para el manejo de pacientes con HSDC -vigente en el Hospital Universitario "General Calixto García"-, una de las modificaciones más importantes fue la inclusión en este de la variante conservadora para el tratamiento y el algoritmo en la toma de decisiones para la variante terapéutica:⁽⁴⁾



El tratamiento quirúrgico se encuentra indicado en pacientes que cumpla con cualquiera de los siguientes criterios:

- Presencia de convulsiones
- EGC menor de 13 puntos
- Hematoma cuyo grosor sea mayor de 10 mm
- Grado 3 o 4 en la Escala de Markwalder
- Hematoma Separado, Laminar o Trabecular, de acuerdo a la Clasificación de Nakaguchi

Mientras que el tratamiento conservador se reserva para pacientes que cumplan con la totalidad de los siguientes criterios:

- EGC entre 13 y 15 puntos
- Hematoma cuyo grosor sea ≤ 10 mm
- Grado 0, 1 o 2 en la Escala de Markwalder
- Hematoma homogéneo, de acuerdo a la Clasificación de Nakaguchi. En pacientes con hematoma trabecular, que cumplan con los criterios anteriores y tengan comorbilidades que contraindiquen la cirugía, cada especialista médico actuante puede valorar el tratamiento conservador.

El año anterior, Sánchez y otros habían difundido los resultados de los primeros 66 pacientes tratados con la variante conservadora y concluyeron que el hematoma subdural crónico es una enfermedad que puede curarse con tratamiento conservador en pacientes seleccionados, por lo cual se justifica la aplicación de esta modalidad terapéutica, que no pretende sustituir al tratamiento quirúrgico, sino ofrecer una alternativa efectiva y segura en aquellos casos que cumplan con los criterios establecidos para su aplicación.⁽¹⁸⁾

En relación con esta variante de tratamiento, era esperado el resultado de la actual investigación, donde el 85,5 % de las y los pacientes que recibieron tratamiento conservador, tenían un hematoma homogéneo, en concordancia con resultados de los estudios revisados.^(14,15,16,17)

Cerca del 80 % de las y los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico y la técnica más empleada fue de dos trépanos. Este resultado se relaciona con la mayor frecuencia de hematomas homogéneos, ya que es la técnica quirúrgica preferida para este tipo de hematomas. En el estudio de *Collazo y otros*, el 93 % de las y los pacientes con hematomas homogéneos fue tratado con dos trépanos y, además, fue la técnica quirúrgica que menos índice de reintervenciones tuvo.⁽¹¹⁾

La craneotomía o minicraneotomía -menos de 6 cm- se prefiere para los hematomas separados, trabecular y laminar, o para el hematoma subdural crónico recurrente. En general, la craneotomía o craneotomía tiene menor índice de recurrencia pero mayor morbilidad, mientras que el *twist drill*



presenta muy poca morbilidad, pero mayor índice de recurrencia. La evacuación del hematoma mediante agujeros de trépano, posee el balance entre riesgo y eficacia. Una técnica quirúrgica no puede ser la adecuada para todos los hematomas subdurales crónicos. La selección de la estrategia terapéutica ideal para cada paciente debe ser seleccionada en base a factores individuales.^(4,5)

Los autores reconocen como limitaciones de la presente investigación el no haber analizado variables posoperatorias como mortalidad, complicaciones e índice de reintervenciones, así como la imposibilidad de realizar un estudio multicéntrico.

Se concluye que el hematoma subdural crónico es una entidad nosológica frecuente en la práctica neuroquirúrgica, en concordancia con la tendencia al envejecimiento poblacional. Puede curar con tratamiento conservador en pacientes seleccionados, aunque el tratamiento quirúrgico es la modalidad terapéutica seleccionada en la mayoría de los casos. La estrategia terapéutica debe estar basada en las características de cada paciente y en el juicio clínico individualizado.

Se recomienda continuar con la aplicación del Protocolo de Actuación Médica para el manejo de pacientes con hematoma subdural crónico, vigente en el Hospital Universitario "General Calixto García" desde el año 2020, lo cual contribuirá a contar con una muestra mayor para futuros estudios con resultados más significativos, así como el lograr la ejecución de estudios para el seguimiento posoperatorio, a fin de evaluar mejor los resultados en su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García OA, Fonseca SE, García AG. Hematoma Subdural Crónico en el Hospital General "María Ignacia Gandulfo" de Comitán, Chiapas: Características epidemiológicas, etiológicas, clínicas y resolutivas. Arch Neurocienc. 2019;24(3):6-12. [acceso: 02/02/2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2019/ane193a.pdf>
2. Gómez JC, Rojas MX. Hematoma subdural crónico: Una actualización y revisión. Univ Med. 2021;62(3):132-48. [acceso: 03/02/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed62-4.hsca>.
3. Mosquera G, Téllez R, Fuentes J. Evaluación multimodal del hematoma subdural crónico. Arch Méd Camagüey. 2022;27:e9054. [acceso: 03/02/2025]. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9054>
4. Quiñones GA, Prakash V, Deivasigamani B, Sánchez DC, Gracia E, Janjua T, et al. Management of chronic subdural hematoma a challenge in neurosurgical practice. J Neurointensive Care. 2023;6(2):69-78. [access: 15/02/2025]. Available from: <https://doi.org/10.32587/jnic.2023.00584>
5. Rodríguez B, Morgan I, Young T, Vlastos J, Williams T, Hrabarchuk E, et al. Surgical techniques for evacuation of chronic subdural hematoma: a mini-review. Front Neurol. 2023;14:1086645. [access: 03/04/2025]. Available from: <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1086645>
6. Barbosa A, Calvo DD, Sánchez ME, Verdial R, Menéndez DM, Domínguez A. Protocolo de actuación médica para el tratamiento del hematoma subdural crónico. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García".



- 2021;9(1):[aprox. 16 p.]. [acceso: 18/02/2025]. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/638>
7. Markwalder TM, Steinsiepe KF, Rohner M, Reichenbach W, Markwalder H. The course of chronic subdural hematomas after burr-hole craniostomy and closed-system drainage. J Neurosurg. 1981;55(3):390-6. [access: 16/3/2025]. Available from: <https://dx.doi.org/10.3171/jns.1981.55.3.0390>
8. Nakaguchi H, Tanishima T, Yoshimasu N. Factors in the natural history of chronic subdural hematomas that influence their postoperative recurrence. J Neurosurg. 2001;95(2):256-62. [access: 16/3/2025]. Available from: <https://dx.doi.org/10.3171/jns.2001.95.2.0256>
9. Ortega O, Gil M, Bacallao L, Hechevarría JA, García M, Alonso C. Diagnóstico del hematoma subdural: un proceso de clínica e imágenes dinámico. Rev Méd Electrón. 2019;41(2):[aprox. 12 p.]. [acceso: 26/2/2025]. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2748>
10. Figueredo H. Casos clínicos sobre tratamiento conservador del hematoma subdural crónico. Rev Cubana Med Mil. 2021;50(2):[aprox. 12 p.]. [acceso: 26/2/2025]. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/940>
11. Collazo A, Gutiérrez CM. Relación entre técnica quirúrgica y número de reintervenciones en los pacientes operados de hematoma subdural crónico en el Hospital Universitario "General Calixto García". Neurocienc J. 2021;27(3):9-21. [acceso: 03/02/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.51437/nj.v27i3.207>
12. Lacerda AJL, Abreu D, Ripoll NA. Componentes electrolíticos y gasométricos del hematoma subdural crónico. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2021;11(2):[aprox. 14 p.]. [acceso: 26/4/2025]. Disponible en: <https://revcubneuro.sld.cu/index.php/neu7/article/view/432>
13. Vyas SN, Sharma A. Factors predicting recurrence and resolution of chronic subdural hematoma. Asian J Neurosurg. 2025;20:112-8. [access: 26/5/2025]. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1796663>
14. Laldjising ER, Cornelissen FM, Gadjradj PS. Practice variation in the conservative and surgical treatment of chronic subdural hematoma. Clinical neurology and neurosurgery. 2020;195:105899. [access: 02/03/2025]. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.105899>
15. Holl DC, Volovici V, Dirven CMF. Corticosteroid treatment compared with surgery in chronic subdural hematoma: a systematic review and meta-analysis. Acta Neurochir (Wien). 2019;161(6):1231-42. [access: 03/04/2025]. Available from: <https://dx.doi.org/10.1007/s00701-019-03881-w>
16. Foppen M, Lodewijkx R, Bandral HV. Factors associated with success of conservative therapy in chronic subdural hematoma: a single-center retrospective analysis. J Neurol. 2024;271:3586-94. [access: 14/04/2025]. Available from: <https://dx.doi.org/10.1007/s00415-024-12307-2>
17. Miah IP, Holl DC, Blaauw J, Lingsma HF, den Hertog HM, Jacobs B, et al. Dexamethasone versus Surgery for Chronic Subdural Hematoma. N Engl J Med. 2023;388(24):2230-40. [access: 14/04/2025]. Available from: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2216767>
18. Sánchez ME, Bastidas DS, Menéndez DM. Tratamiento conservador con atorvastatina y dexametasona en pacientes con hematoma subdural crónico. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2024;12(2):e1261. [acceso: 26/5/2025]. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/1261>



Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para la realización de la investigación.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: *Diana Marta Menéndez Ramírez.*

Curación de datos: *Diana Marta Menéndez Ramírez.*

Análisis formal: *Margarita Elena Sánchez Padín.*

Investigación: *Diana Marta Menéndez Ramírez, Margarita Elena Sánchez Padín.*

Metodología: *Margarita Elena Sánchez Padín.*

Administración del proyecto: *Diana Marta Menéndez Ramírez.*

Recursos: *Diana Marta Menéndez Ramírez.*

Supervisión: *Margarita Elena Sánchez Padín.*

Validación: *Diana Marta Menéndez Ramírez.*

Visualización: *Margarita Elena Sánchez Padín.*

Redacción - borrador original: *Diana Marta Menéndez Ramírez.*

Redacción - revisión y edición: *Margarita Elena Sánchez Padín.*

