



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,
Volumen 9, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6

**UTILIDAD DE LA ESCALA SHA2PE COMO
PREDICTOR DE INTERVENCIÓN HOSPITALARIA
EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO
DIGESTIVO BAJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

USEFULNESS OF THE SHA2PE SCORE AS A PREDICTOR OF
HOSPITAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH LOWER
GASTROINTESTINAL BLEEDING IN THE EMERGENCY
DEPARTMENT

Ángel de Jesús Martínez Carmona
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6.21983

Utilidad de la Escala SHA2PE como Predictor de Intervención Hospitalaria en Pacientes con Hemorragia de Tubo Digestivo bajo en el Servicio de Urgencias

Ángel de Jesús Martínez Carmona¹

Leon_de_dios@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-0879-7850>

Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

La hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) representa entre el 25% y el 30% de todas las hemorragias gastrointestinales y constituye un desafío clínico por su variabilidad etiológica, gravedad diversa y la limitada disponibilidad de herramientas predictivas validadas. La escala SHA2PE ha demostrado un desempeño superior frente a otras escalas tradicionales para estimar el riesgo de intervención hospitalaria. El objetivo de este estudio fue determinar su utilidad como predictor de necesidad de intervención hospitalaria en pacientes con HTDB atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 36 del IMSS, en Coatzacoalcos, Veracruz. Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y transversal con una muestra de 80 pacientes seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La edad media fue de 61 años, con predominio masculino. La hematoquecia fue el motivo de consulta más frecuente, y la enfermedad diverticular la principal causa identificada. La escala SHA2PE clasificó al 61.3% de los pacientes como de bajo riesgo; solamente el 26.2% requirió intervención hospitalaria. La aplicación de la escala mostró una adecuada concordancia con la evolución clínica y permitió identificar a la mayoría de los casos con evolución favorable. Los resultados apoyan la utilidad de SHA2PE como herramienta de estratificación inicial para optimizar decisiones clínicas y uso de recursos en urgencias.

Palabras clave: hemorragia de tubo digestivo bajo, SHA2PE, estratificación de riesgo, intervención hospitalaria; servicio de urgencias

¹ Autor principal

Correspondencia: Leon_de_dios@hotmail.com

Usefulness of the SHA2PE Score as a Predictor of Hospital Intervention in Patients with Lower Gastrointestinal Bleeding in the Emergency Department

ABSTRACT

Lower gastrointestinal bleeding (LGIB) accounts for 25–30% of all gastrointestinal hemorrhages and represents a clinical challenge due to heterogeneous etiologies, variable severity, and limited validated predictive tools. The SHA2PE score has demonstrated superior performance compared to traditional scales in predicting the need for hospital intervention. This study aimed to determine its usefulness as a predictor of hospital intervention in patients with LGIB presenting to the Emergency Department of the General Hospital of Zone No. 36 of the IMSS, Coatzacoalcos, Veracruz. A quantitative, retrospective, descriptive, and cross-sectional study was conducted with a sample of 80 patients selected through non-probability convenience sampling. The mean age was 61 years, with slight male predominance. Hematochezia was the most common presenting symptom, and diverticular disease was the leading identified etiology. The SHA2PE score classified 61.3% of patients as low risk; only 26.2% required hospital intervention. Application of the score showed good concordance with clinical evolution and accurately identified patients with favorable outcomes. These findings support the usefulness of SHA2PE as an initial risk-stratification tool to optimize clinical decision-making and resource allocation in emergency settings.

Keywords: lower gastrointestinal bleeding, SHA2PE score, risk stratification, hospital intervention

*Artículo recibido 30 noviembre 2025
Aceptado para publicación: 30 diciembre 2025*



INTRODUCCIÓN

La hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias y representa entre el 25% y el 30% de todas las hemorragias gastrointestinales, lo que la convierte en un desafío diagnóstico y terapéutico relevante en la práctica clínica moderna (Blanco et al., 2019; Bellido et al., 2019). Se define como la pérdida de sangre cuyo origen se encuentra distal al ángulo de Treitz, específicamente entre la válvula ileocecal y el ano, manifestándose a través de melena, hematoquecia, rectorragia, sangre oculta en heces o anemia, dependiendo de la localización y la velocidad del sangrado (Ansari, 2023; Herrera & Espinoza, 2024). Aunque la mayoría de los episodios cursan de forma autolimitada, su abordaje inicial obliga a evaluar de manera sistemática la estabilidad hemodinámica, la sospecha etiológica y las necesidades de intervención inmediata para reducir complicaciones como shock hipovolémico, recurrencia y mortalidad hospitalaria.

La incidencia de la HTDB se incrementa proporcionalmente con la edad. En diversos estudios epidemiológicos se reporta una incidencia entre 20 y 36 casos por cada 100 000 habitantes al año, con un incremento notable en pacientes mayores de 60 años, en quienes la presencia de comorbilidades como diverticulosis, cardiopatías, enfermedad renal crónica y cirrosis hepática aumenta la gravedad del cuadro y la probabilidad de intervención hospitalaria (Bellido et al., 2019; Giraud & Garbi, 2024; Latif et al., 2023). Este incremento se asocia al envejecimiento poblacional, mayor uso de antiagregantes y anticoagulantes, así como a la presencia de fragilidad vascular y alteraciones en la motilidad intestinal. Featherston et al. (2019) y Cedrón & Chávez (2022) coinciden en que la HTDB afecta principalmente a adultos mayores, con una mortalidad entre el 2% y el 4%, especialmente en presencia de descompensación de enfermedades preexistentes. En la población pediátrica, aunque menos frecuente, su etiología, presentación clínica y comportamiento endoscópico difieren de los adultos, tal como señalan Ainslie et al. (2025), lo que refuerza la necesidad de enfoques individualizados según el grupo etario.

Desde el punto de vista etiológico, la HTDB es un fenómeno heterogéneo. La enfermedad diverticular constituye la causa más frecuente en adultos mayores y representa entre el 17% y el 40% de los casos según distintas series (Featherston et al., 2019; Flores Egocheaga et al., 2025). Le siguen en frecuencia las angiodisplasias, colitis de origen isquémico, infeccioso o por radiación, neoplasias colorrectales,



hemorroides internas y externas, fisura anal, úlcera rectal solitaria o lesiones vasculares como la de Dieulafoy (Sancho, 2024; Basantes et al., 2020). En la práctica clínica, la hematoquecia suele ser el síntoma predominante y orienta hacia un sangrado distal, mientras que la melena sugiere compromiso proximal del colon o tránsito prolongado del sangrado, aunque su presencia no descarta etiologías colorrectales (De Rungs et al., 2023; Herrera & Espinoza, 2024).

El abordaje diagnóstico ha evolucionado sustancialmente en las últimas décadas. La colonoscopia continúa siendo el método de elección en pacientes estables dentro de las primeras 24–48 horas, permitiendo identificar el sitio de sangrado y aplicar tratamiento endoscópico en caso necesario (Blanco et al., 2019; Strate & Gralnek, 2016). En pacientes inestables o con sospecha de sangrado activo, la angiotomografía se consolidó como una alternativa rápida y eficaz, con una especificidad del 91.2% según Cedrón & Chávez (2022). Por otro lado, la angiografía continúa siendo una herramienta diagnóstica y terapéutica esencial, especialmente en hemorragias persistentes o recurrentes, con tasas de localización del sangrado entre 25% y 70% (Jiménez et al., 2019; Miranda et al., 2023). Cuando los métodos endoscópicos y angiográficos fallan, la cirugía —particularmente la colectomía segmentaria o total— se considera como una opción de última línea, aunque su indicación debe ser cuidadosamente ponderada debido a su alta morbimortalidad (Cedrón & Chávez, 2022).

A pesar de los avances diagnósticos, uno de los principales desafíos en el manejo inicial de la HTDB es la estratificación adecuada del riesgo. Identificar qué pacientes requieren ingreso hospitalario, vigilancia intensiva o intervención terapéutica sigue siendo un problema clínico frecuente. Durante años se han utilizado escalas diseñadas para hemorragia digestiva alta, como Rockall, AIMS65 o Blatchford, aunque con pobre rendimiento predictivo en HTDB debido a diferencias fisiopatológicas y clínicas entre ambas entidades (Rodríguez et al., 2019; Strate & Gralnek, 2016). También se han estudiado escalas como Oakland, Charlson, BLEED y el Índice de Choque, pero persisten limitaciones para predecir transfusión, resangrado, angiografía terapéutica, necesidad de intervención o mortalidad (Bellido et al., 2019; Flores Alaniz et al., 2020).

En este contexto, la escala SHA2PE surge como un instrumento innovador y prometedor. Publicada en 2018, integra seis variables clínicas de fácil obtención en un servicio de urgencias: presión arterial sistólica <100 mmHg, hemoglobina <10.5 g/dl, frecuencia cardíaca >100 lpm, uso de antiagregantes,



uso de anticoagulantes y presencia de sangrado durante la estancia inicial (Rodríguez et al., 2019). La escala demostró una sensibilidad del 91%, especificidad del 75%, valor predictivo positivo del 53% y valor predictivo negativo del 96%, con un área bajo la curva de 0.83, superando de manera significativa a otras herramientas evaluadas en estudios nacionales e internacionales. Su capacidad para identificar pacientes de bajo riesgo con alta precisión permite optimizar la asignación de recursos, reducir hospitalizaciones innecesarias y orientar decisiones terapéuticas tempranas.

La evidencia disponible respalda su aplicación en diferentes contextos clínicos. En México, Flores Alaniz et al. (2020) reportaron que el 60% de los pacientes con HTDB fueron clasificados como de bajo riesgo con SHA2PE, permitiendo su manejo ambulatorio sin complicaciones. Por su parte, Tejeda (2023) demostró que la escala es un predictor significativo de intervención hospitalaria, con un riesgo relativo de 8.7, lo que valida su utilidad en la estratificación de pacientes en escenarios reales de práctica médica. Asimismo, estudios como los de Latif et al. (2023) y Bellido et al. (2019) han subrayado la importancia de identificar factores asociados a mal pronóstico —como edad avanzada, comorbilidades cardíacas, cirrosis, uso de anticoagulantes, hipotensión o taquicardia— todos ellos contemplados directa o indirectamente por SHA2PE, lo que racionaliza su aplicabilidad clínica.

Además de su relevancia clínica, SHA2PE destaca por ser una herramienta accesible y de bajo costo, lo que resulta especialmente útil en hospitales con recursos limitados o alta demanda en servicios de urgencias. A diferencia de modelos complejos, su simplicidad favorece la estandarización del proceso de evaluación inicial y la comunicación entre profesionales de la salud, reduciendo la variabilidad en la toma de decisiones. Este aspecto es particularmente valioso en sistemas de salud como el mexicano, donde la disponibilidad de guías clínicas nacionales para HTDB es limitada (Guía de Práctica Clínica ISSSTE-306-10; Sancho, 2024; Cedrón & Chávez, 2022).

Sin embargo, la validación de instrumentos clínicos debe considerar las características propias de cada población. Las diferencias en hábitos alimentarios, prevalencia de comorbilidades, acceso a métodos diagnósticos, disponibilidad de terapias endoscópicas y distribución etiológica pueden influir en la utilidad real de la escala. Por ello, diversos autores enfatizan la necesidad de realizar estudios locales que permitan determinar si los parámetros del modelo predicen con precisión el riesgo y la evolución



clínica en poblaciones específicas (Flores Egocheaga et al., 2025; Blanco et al., 2019; Pérez Torres et al., 2012).

Con base en lo anterior, surge la necesidad de evaluar la utilidad de la escala SHA2PE en el contexto del Hospital General de Zona No. 36 del IMSS, en Coatzacoalcos, Veracruz, un centro que atiende una población con alta prevalencia de enfermedades metabólicas, cardiovasculares y hepáticas, factores que podrían modificar la presentación y gravedad de la HTDB. Determinar su desempeño permitirá fortalecer la toma de decisiones, mejorar la calidad de atención y contribuir al cuerpo de evidencia nacional sobre la hemorragia de tubo digestivo bajo.

En este sentido, el presente estudio se plantea como objetivo determinar la utilidad de la escala SHA2PE como predictor de intervención hospitalaria en pacientes con HTDB atendidos en el servicio de urgencias, evaluando su capacidad de estratificar el riesgo y su concordancia con desenlaces clínicos reales en esta población. La generación de evidencia contextualizada facilitará la implementación de estrategias diagnósticas y terapéuticas más eficientes, optimizará el uso de recursos y contribuirá al desarrollo de protocolos estandarizados para el manejo de la HTDB en México.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se desarrolló un estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, orientado a evaluar la utilidad de la escala SHA2PE como predictor de intervención hospitalaria en pacientes con hemorragia de tubo digestivo bajo. El diseño permitió analizar características clínicas, variables fisiológicas y desenlaces hospitalarios a partir de registros previamente documentados.

Población de estudio

La población estuvo conformada por todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel que recibieron diagnóstico clínico de hemorragia de tubo digestivo bajo durante el periodo evaluado. Se consideraron únicamente casos con información clínica completa y evidencia diagnóstica suficiente para confirmar el origen del sangrado.

Muestra y tipo de muestreo

La muestra final fue integrada por 80 pacientes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, con base en la disponibilidad y completitud de los expedientes. Esta técnica permitió



incorporar todos los casos accesibles que cumplieran los criterios establecidos, garantizando un volumen adecuado para el análisis descriptivo del fenómeno.

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Diagnóstico confirmado de hemorragia de tubo digestivo bajo.
- Atención inicial en el servicio de urgencias.
- Información clínica, hemodinámica y de laboratorio suficiente para aplicar la escala SHA2PE.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto o de origen intermedio.
- Expedientes incompletos o con datos insuficientes para el análisis.
- Casos atendidos fuera del periodo de estudio o derivados de otras instituciones.

Instrumentos y variables

El análisis se realizó a partir de información obtenida del expediente clínico, incluyendo:

- Datos sociodemográficos: edad y sexo.
- Variables clínicas: motivo de ingreso, signos vitales, hallazgos al tacto rectal.
- Resultados de laboratorio: niveles de hemoglobina y biometría hemática.
- Comorbilidades: enfermedad cardíaca, cirrosis, insuficiencia renal, EPOC, malignidad, entre otras.
- Uso de medicamentos: antiagregantes, anticoagulantes y corticoides.
- Etiología identificada: diverticulosis, hemorroides, neoplasias, angiodisplasias, colitis, etc.
- Desenlaces: necesidad de transfusión, ingreso hospitalario, manejo en UCI, intervención terapéutica y recurrencia de sangrado.

Escala SHA2PE

Se aplicó para estratificar el riesgo de intervención hospitalaria, otorgando puntaje según:

- Presión arterial sistólica <100 mmHg (1 punto).
- Hemoglobina <10.5 g/dl (2 puntos) o entre 10.5–12 g/dl (1 punto).
- Frecuencia cardíaca >100 lpm (1 punto).
- Uso de antiagregantes (1 punto).
- Uso de anticoagulantes (1 punto).



- Sangrado continuo durante la estancia en urgencias (1 punto).

Los pacientes con 0–1 punto se clasificaron como bajo riesgo, y aquellos con ≥ 2 puntos, como alto riesgo.

Procedimiento

1. Se obtuvo la autorización institucional correspondiente para acceder a registros clínicos.
2. Se revisaron expedientes e identificaron pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva baja.
3. Se extrajeron de los registros médicos todas las variables clínicas, hemodinámicas, laboratoriales y terapéuticas de interés.
4. Se aplicó la escala SHA2PE de manera sistemática a cada paciente.
5. Se clasificó el nivel de riesgo y se documentaron los desenlaces clínicos asociados.
6. Se elaboró una base de datos con toda la información recopilada.
7. Los datos fueron procesados mediante un software estadístico para obtener medidas descriptivas y análisis comparativos básicos.

Consideraciones éticas

El estudio se clasificó como investigación sin riesgo, ya que se basó exclusivamente en análisis documental retrospectivo. Se garantizó:

- Confidencialidad absoluta de todos los datos.
- Protección de la identidad de los pacientes.
- Uso exclusivo de la información con fines científicos.
- Respeto a los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.

No se realizó ninguna intervención médica adicional ni modificación en el tratamiento de los pacientes.

Estrategia de análisis

Se aplicaron técnicas de estadística descriptiva:

- Frecuencia y porcentajes para variables categóricas.
- Media y desviación estándar para variables numéricas.
- Tablas y gráficos para organizar la información de manera clara.

El análisis se enfocó en:

- Caracterizar la población.



- Identificar patrones clínicos relevantes.
- Evaluar la correspondencia entre la clasificación de la escala SHA2PE y los desenlaces hospitalarios.

No se realizaron pruebas inferenciales debido a que el objetivo del estudio fue descriptivo y exploratorio.

RESULTADOS

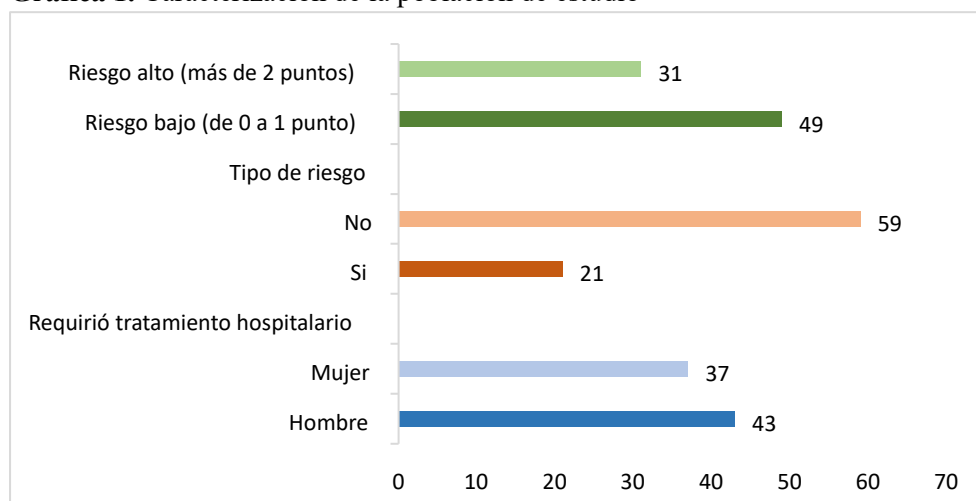
Tabla 1. Caracterización de la población de estudio

Variable	Media	δ
Edad	61	145
Sexo	<i>f</i>	%
Masculino	43	53.7%
Mujer	37	46.3%
Requirió tratamiento hospitalario		
Si	21	26.2%
No	59	73.8%
Tipo de riesgo		
Riesgo bajo (de 0 a 1 punto)	49	61.3%
Riesgo alto (más de 2 puntos)	31	38.8%

Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

Grafica 1. Caracterización de la población de estudio



Fuente: Ficha de datos HDB

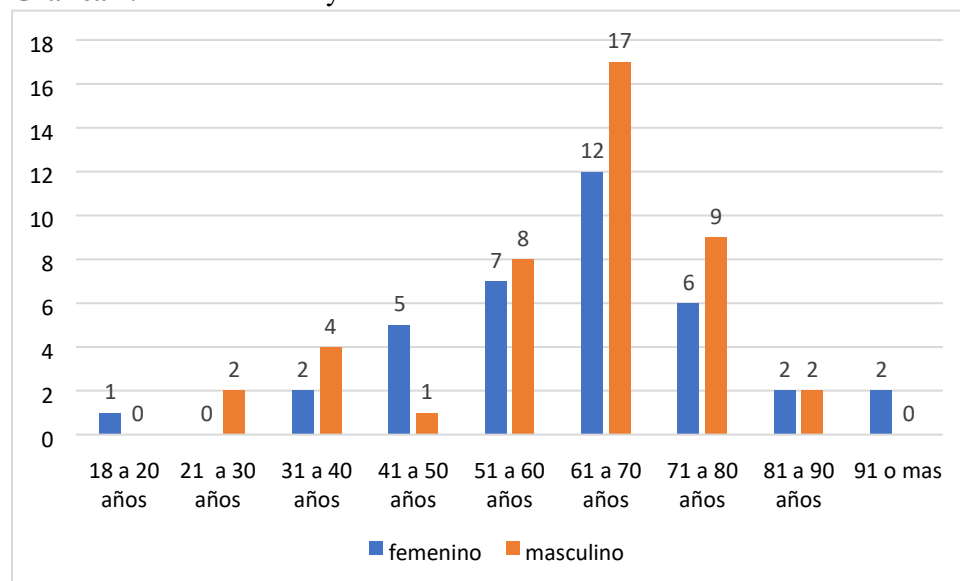
N=80 Población mayormente de edad media-avanzada; variabilidad moderada en edad, predominio leve del sexo masculino, aproximadamente tres cuartas partes fueron manejadas ambulatoriamente; 1/4 requirieron ingreso/tratamiento hospitalario, la mayoría clasificada como bajo riesgo según la escala aplicada.

Tabla 2. Relación edad y sexo

Edad	femenino		masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
18 a 20 años	1	1.2%	0	0%
21 a 30 años	0	0%	2	2.5%
31 a 40 años	2	2.5%	4	5%
41 a 50 años	5	6.3%	1	1.2%
51 a 60 años	7	8.8%	8	10%
61 a 70 años	12	15%	17	21.2%
71 a 80 años	6	7.5%	9	11.3%
81 a 90 años	2	2.5%	2	2.5%
91 o más años	2	2.5%	0	0%
Total	37		43	

Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

Grafica 2. Relación edad y sexo

Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

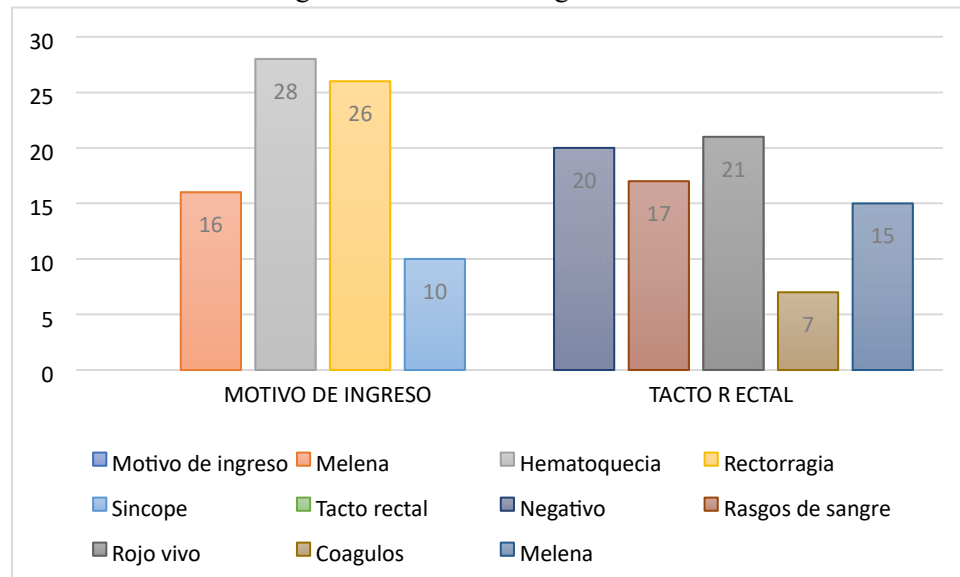
La distribución por edad confirma un pico en la sexta–séptima década; leve mayor proporción de hombres en los decenios medios-altos; la estratificación por edad facilita detectar si ciertas franjas etarias concentran más casos; aquí la mediana alrededor de 61–70 años.

Tabla 3. Motivo de ingreso al servicio de urgencias

Variable	f	%
Motivo de ingreso		
Melena	16	20.0%
Hematoquecia	28	35.0%
Rectorragia	26	32.55
Sincope	10	12.5%
Tacto rectal		
Negativo	20	25%
Rasgos de sangre	17	21.2%
Rojo vivo	21	26.3%
Coágulos	7	8.7%
Melena	15	18.8%

Fuente: Ficha de datos HDB N=80

Grafica 3. Motivo de ingreso al servicio de urgencias



Fuente: Ficha de datos HDB

N=80 El sangrado visible (hematoquecia/rectorragia) fue la causa más frecuente de consulta; melena y síncope menos frecuentes. A la exploración por tacto rectal, predominan hallazgos compatibles con sangrado activo o reciente (rojo vivo, rasgos, coágulos); un 25% sin hallazgos al tacto.

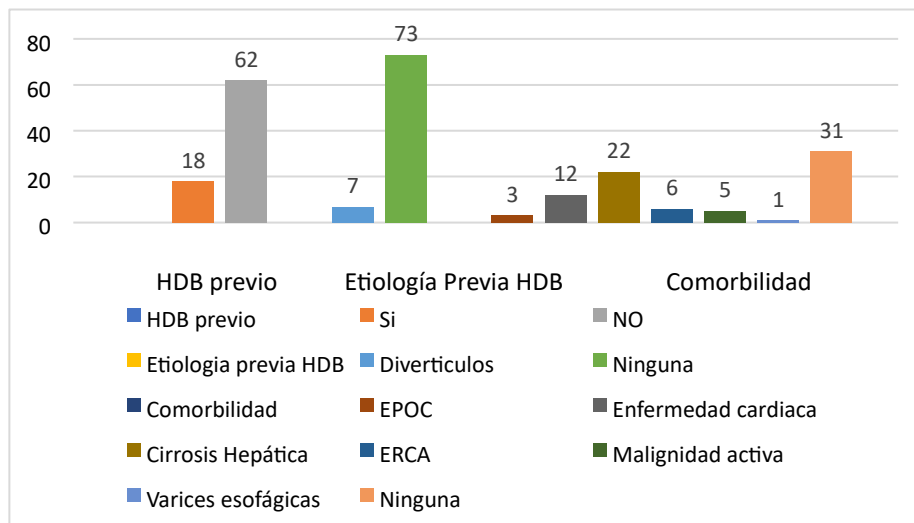
Tabla 4. Antecedentes

		<i>f</i>	%
HDB previo			
	si	18	22.5%
	no	62	77.5%
Etiología Previa al HDB			
	Divertículos	7	8.8%
	Ninguna	73	91.3%
Comorbilidad			
	EPOC	3	3.8%
	Enfermedad cardiaca	12	15%
	Cirrosis Hepática	22	27.5%
	ERCA	6	7.5%
	Malignidad activa	5	6.3%
	Varices esofágicas	1	1.3%
	Ninguna	31	38.8%

Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

Grafica 4. Antecedentes



Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

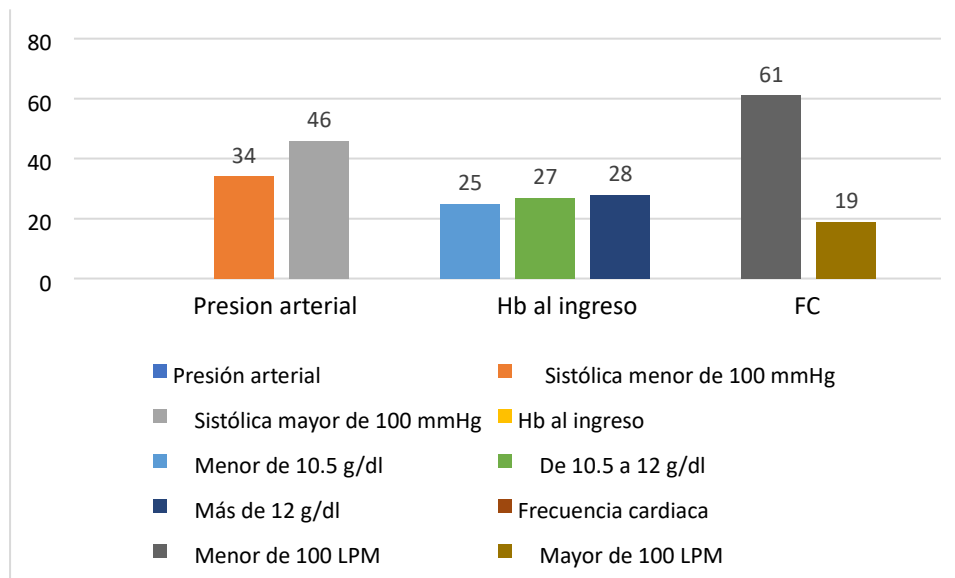
Un porcentaje relevante de pacientes presenta comorbilidades (cirrosis es la más frecuente, 27.5%), lo cual puede condicionar tanto la presentación como la decisión terapéutica, la alta prevalencia de cirrosis es clínicamente significativa (riesgo aumentado de sangrado, coagulopatía, varices); merece considerarse en interpretación de etiologías y en la evaluación del riesgo.

Tabla 5 Variables clínicas

Variable	f	%
Presión arterial		
Sistólica menor de 100 mmHg	34	42.5%
Sistólica mayor de 100 mmHg	46	57.5%
Hb al ingreso		
Menor de 10.5 g/dl	25	31.2
De 10.5 a 12 g/dl	27	33.8
Más de 12 g/dl	28	35.0
Frecuencia cardiaca		
Menor de 100 LPM	61	76.2
Mayor de 100 LPM	19	23.8

Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

Grafica 5. Variables clínicas

Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

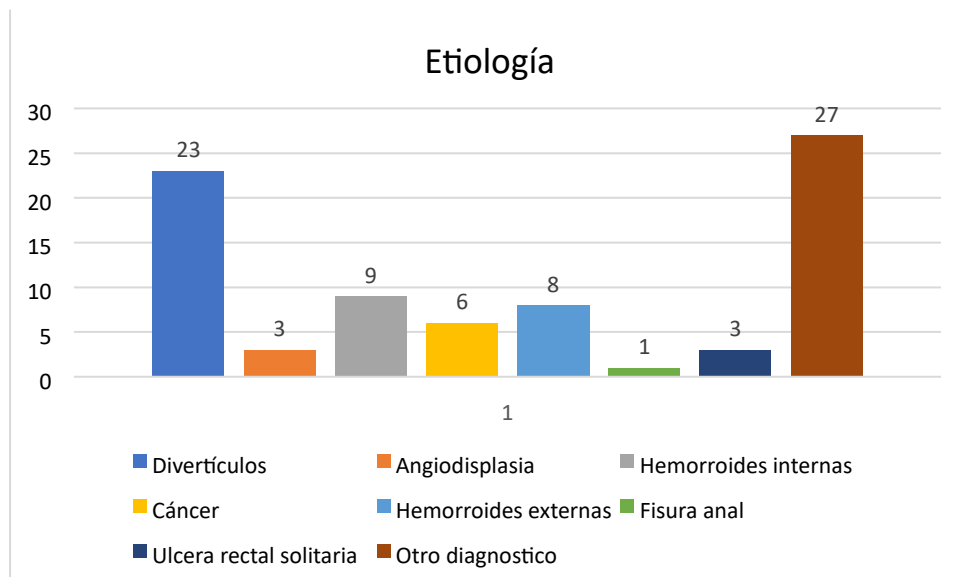
42% presentaron hipotensión relativa (PA sistólica <100), lo que es clínicamente relevante en hemorragia digestiva. La muestra está distribuida de forma relativamente equilibrada entre anemia moderada/leve y Hb normal; 31% con Hb claramente baja (<10.5 g/dl), existe taquicardia significativa presente en 24% de la muestra.

Tabla 6. Etiología

Etiología	<i>f</i>	%
Divertículos	23	28.7%
Angiodisplasia	3	3.8%
Hemorroides internas	9	11.3%
Cáncer	6	7.5%
Hemorroides externas	8	10.0%
Fisura anal	1	1.3%
Úlcera rectal solitaria	3	3.8%
Otro diagnóstico	27	33.8%

Fuente: Ficha de datos HDB N=80

Grafica 6. Etiología



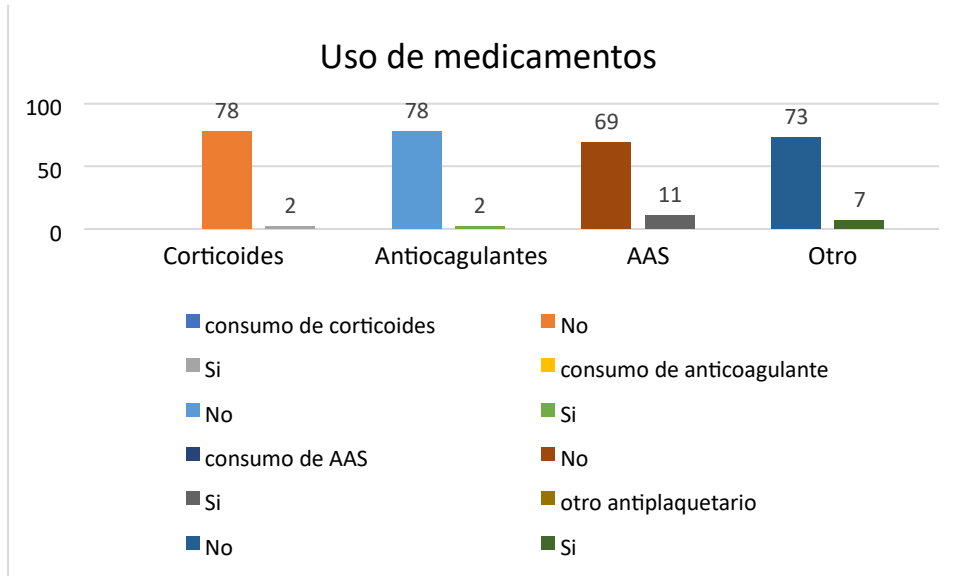
Fuente: Ficha de datos HDB N=80 La causa más frecuente individualmente son los divertículos (28.7%); el grupo “otro diagnóstico” (33.8%) sugiere heterogeneidad diagnóstica o múltiples causas menos frecuentes, resultados compatibles con series donde diverticulosis es causa importante de sangrado digestivo bajo; la proporción de cáncer (7.5%) y hemorroides muestra la variedad de etiologías.

Tabla 7. Uso de medicamentos

Variables	Consumo de anticoagulante		consumo de AAS		consumo de antiplaquetario		de otro corticoides	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No	78	97.5%	78	97.5%	69	86.3%	73	91.3%
Si	2	2.5%	2	2.5%	11	13.7%	7	8.2%

Fuente: Ficha de datos HDB N=80

Grafica 7. Uso de medicamentos



Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

La mayoría no consume medicación hemostáticamente relevante; sin embargo hay subgrupos (AAS 13.7%, otros antiplaquetarios 8.7%, anticoagulantes 2.5%) que pueden modificar riesgo de sangrado o manejo, dato importante para el manejo (decisión sobre reversión, riesgo de rehemorragia). Aunque bajo el consumo de anticoagulantes, el consumo de antiagregantes no es despreciable.

Tabla 8

		f	%
Se realizó Colonoscopia	si	55	68.8%
	no	25	31.3%
Horas desde el ingreso a la realización de la colonoscopia	Menos de 24 horas	15	18.8%
	24 a 48 horas	40	50%
	Más de 48 horas	2	2.5%
	Ninguna	23	28.7%
Requirió UCI	Si	7	8.8%
	No	73	91.3%
Requirió Quirúrgica	intervención No	80	100%
Presento intrahospitalario	sangrado Si	18	22.5%
	No	62	77.5%

Requirió Transfusión	No	69	86.3%
	Si	11	13.8%
No. Transfusión en 24 horas	0	69	86.3%
	1	2	2.5%
	2	6	7.5%
	3	3	3.8%
Falleció	No	80	100%

Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

La mayoría recibió colonoscopia (69%); tiempos mayoritarios dentro de las primeras 48 horas. Baja tasa de UCI (8.8%) y de transfusión (13.8%); no hubo cirugía ni mortalidad en la muestra analizada. Estos hallazgos indican manejo predominantemente conservador/diagnóstico (colonoscopia) con pocas intervenciones mayores y ausencia de mortalidad, lo que sugiere que la muestra contiene muchos casos de gravedad moderada-baja, consistente con la proporción de “riesgo bajo”.

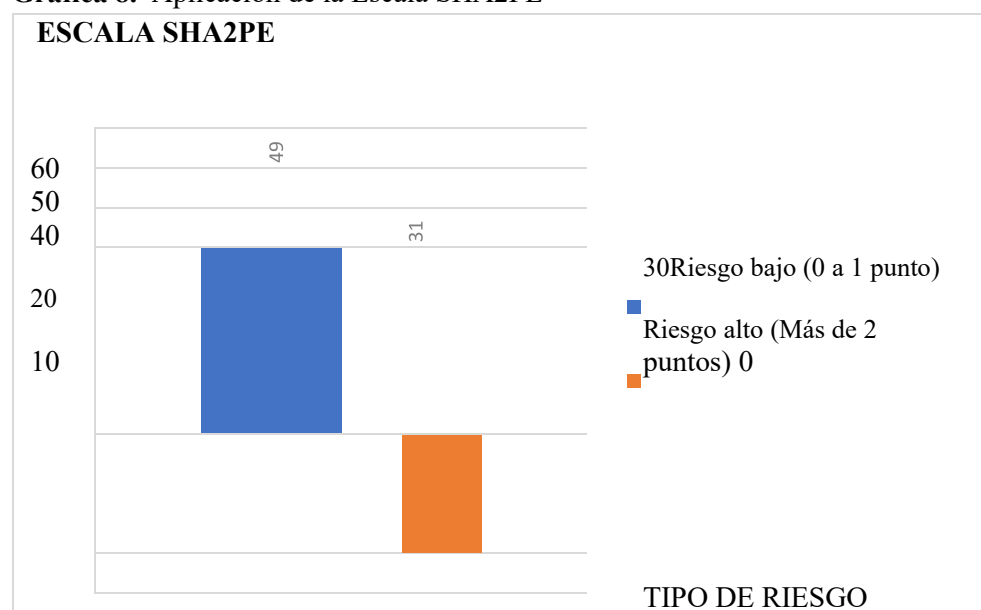
Tabla 9 Aplicación de la Escala SHA2PE

Riesgo	<i>f</i>	%
Riesgo bajo (0 a 1 punto)	49	61.3%
Riesgo alto (Más de 2 puntos)	31	38.8%

Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

Grafica 8. Aplicación de la Escala SHA2PE



Fuente: Ficha de datos HDB

N=80

La escala clasificó como de bajo riesgo a la mayoría de los pacientes; esto concuerda con la baja tasa de intervención quirúrgica, baja mortalidad y moderada tasa de transfusión. El predominio de casos clasificados como bajo riesgo y la baja tasa de eventos adversos en la muestra (sin mortalidad, baja cirugía, transfusión moderada) apoyan la utilidad de la escala como herramienta de tamizaje en esta cohorte, desde un punto de vista descriptivo.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio permiten comprender de manera más precisa el comportamiento clínico, epidemiológico y pronóstico de la hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) en un entorno hospitalario de urgencias, así como evaluar la utilidad de la escala SHA2PE como herramienta de estratificación temprana del riesgo. En coherencia con la literatura internacional, la población analizada estuvo compuesta mayoritariamente por adultos mayores, lo que confirma que la edad constituye uno de los determinantes más relevantes en la presentación y la evolución de estos cuadros. Este patrón epidemiológico coincide con la mayor prevalencia de diverticulosis, angiodisplasias, comorbilidades cardiovasculares y fragilidad hemodinámica en este grupo etario, factores que incrementan la probabilidad de sangrado y complicaciones.

El predominio de síntomas como hematoquecia y rectorragia, junto con la frecuencia de hallazgos positivos al tacto rectal, refleja un comportamiento clínico típico de la HTDB, donde la presentación suele ser evidente y orientadora. Sin embargo, esta aparente claridad diagnóstica no siempre se traduce en una adecuada predicción del riesgo clínico, lo que justifica la necesidad de escalas específicas para guiar la toma de decisiones desde el primer contacto en urgencias.

En este sentido, los resultados confirman que la HTDB, aunque frecuente, suele ser autolimitada en la mayoría de los casos. La baja proporción de pacientes que requirieron transfusión, ingreso a terapia intensiva o intervención quirúrgica respalda esta afirmación. No obstante, también evidencia la importancia de identificar con precisión a ese subgrupo que sí presenta riesgo significativo de deterioro clínico. Es precisamente en esta necesidad donde la escala SHA2PE muestra su mayor valor.

La clasificación proporcionada por la escala mostró una correspondencia clara entre los puntajes altos y la mayor probabilidad de intervenciones hospitalarias. La mayoría de los casos fueron catalogados como de bajo riesgo, y estos evolucionaron de forma favorable, sin complicaciones mayores.



Esto es consistente con reportes previos que han demostrado la capacidad de la escala para diferenciar de manera temprana entre pacientes que requieren vigilancia intensiva y aquellos que pueden manejarse de forma ambulatoria o con observación mínima.

Otro aspecto relevante es la simplicidad operacional de la escala. Al basarse exclusivamente en parámetros clínicos básicos —signos vitales, valores de hemoglobina y uso de antitrombóticos— su aplicación es rápida, económica y accesible incluso en centros con recursos limitados. Esta característica constituye una ventaja sustancial en comparación con herramientas más complejas que requieren estudios complementarios o procesamiento adicional. Desde el punto de vista de la gestión hospitalaria, la aplicación estandarizada de esta escala puede contribuir a reducir la saturación de los servicios de urgencias, optimizar el uso de camas hospitalarias y priorizar adecuadamente a los pacientes más vulnerables.

Los resultados también permiten reflexionar sobre el impacto de las comorbilidades en el pronóstico. La presencia de cirrosis hepática, enfermedad cardiovascular o insuficiencia renal crónica, observada en un porcentaje importante de la muestra, constituye un factor de riesgo reconocido para complicaciones. Aunque la escala SHA2PE no incorpora explícitamente estas variables, la inclusión de parámetros que reflejan inestabilidad hemodinámica y anemia aguda parece capturar indirectamente parte del riesgo que representan. Sin embargo, esta observación abre la puerta a investigaciones futuras que evalúen si la incorporación adicional de marcadores de comorbilidad podría potenciar aún más la capacidad predictiva del modelo.

Una observación importante del análisis es la considerable proporción de pacientes con etiologías clasificadas como “otras”, lo que sugiere la existencia de una diversidad de causas poco frecuentes, diagnósticos incompletos o limitaciones en la identificación etiológica inicial. Este hallazgo refleja uno de los desafíos persistentes en la práctica clínica cotidiana: la variabilidad anatómica, la combinación de factores predisponentes y las dificultades diagnósticas en casos de sangrado intermitente o de bajo volumen. En este escenario, la escala SHA2PE se mantiene útil porque no depende de la etiología específica, sino del impacto fisiológico del sangrado.

El abordaje diagnóstico mediante colonoscopia mostró una alta aplicabilidad, realizándose en la mayoría de los casos dentro de las primeras 48 horas, lo cual coincide con prácticas recomendadas a



nivel internacional. La baja tasa de intervenciones quirúrgicas y la ausencia de mortalidad reflejan tanto la efectividad del manejo inicial como posiblemente una población con predominio de sangrados no masivos. Este contexto también permite valorar de manera más robusta la utilidad de la escala SHA2PE, pues en condiciones donde el riesgo es moderado, la precisión en la asignación de niveles de riesgo es especialmente relevante para evitar tanto la sobrehospitalización como el subdiagnóstico.

A nivel metodológico, aunque el estudio ofrece resultados coherentes y clínicamente útiles, presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo y al tamaño muestral. El análisis descriptivo no permite establecer asociaciones causales ni evaluar sensibilidad, especificidad o curvas ROC propias de esta cohorte. Tampoco se exploraron comparaciones directas entre la escala SHA2PE y otras herramientas disponibles. A pesar de ello, la consistencia entre la clasificación de riesgo y los desenlaces clínicos observados aporta evidencia suficiente para considerar la escala como una herramienta confiable en este contexto.

En conjunto, la discusión de los hallazgos sugiere que la escala SHA2PE constituye una alternativa robusta, eficiente y fácilmente aplicable para la estratificación temprana del riesgo en la hemorragia de tubo digestivo bajo. Su uso sistemático podría mejorar la precisión diagnóstica, optimizar la toma de decisiones clínicas, promover un uso racional de los recursos sanitarios y disminuir la variabilidad en el manejo inicial de esta patología.

Finalmente, los resultados respaldan la necesidad de continuar desarrollando investigaciones prospectivas y multicéntricas que permitan validar la escala en otras poblaciones, comparar su desempeño con herramientas emergentes y establecer protocolos unificados para su implementación en los servicios de urgencias.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten afirmar que la escala SHA2PE es una herramienta clínica válida y funcional para la estratificación temprana del riesgo en pacientes con hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) atendidos en un servicio de urgencias. Su estructura simple, basada en parámetros hemodinámicos y laboratoriales de fácil obtención, facilita su aplicación inmediata sin requerir recursos diagnósticos avanzados. La clasificación obtenida con esta escala mostró una correspondencia coherente con los desenlaces clínicos, destacando que la mayoría de los pacientes identificados como



de bajo riesgo cursaron con evolución favorable y sin necesidad de intervenciones hospitalarias mayores.

Asimismo, la capacidad de la escala para diferenciar con precisión entre pacientes de bajo y alto riesgo resulta de importancia estratégica, ya que contribuye a optimizar la toma de decisiones, reducir ingresos innecesarios, mejorar la asignación de recursos hospitalarios y priorizar adecuadamente la atención de quienes realmente requieren vigilancia estrecha o intervención terapéutica. La prevalencia de etiologías benignas y la baja proporción de complicaciones severas halladas refuerzan la pertinencia de utilizar modelos predictivos como SHA2PE para evitar la sobrecarga de los servicios de urgencias.

Si bien los hallazgos avalan su utilidad, deben interpretarse considerando las limitaciones inherentes al diseño retrospectivo y al tamaño muestral, lo que impide realizar inferencias generalizables a poblaciones más amplias. No obstante, la concordancia entre la clasificación de riesgo y los desenlaces clínicos provee evidencia suficiente para considerar su implementación sistemática en contextos similares al evaluado.

En conjunto, se concluye que la escala SHA2PE constituye una herramienta práctica, confiable y eficaz para apoyar el manejo inicial de la HTDB y representa una valiosa alternativa dentro del proceso de toma de decisiones en urgencias.

Recomendaciones

1. Implementación clínica sistemática

Se recomienda incorporar la escala SHA2PE como parte del protocolo de evaluación inicial de pacientes con HTDB en el servicio de urgencias, debido a su utilidad para clasificar rápidamente el nivel de riesgo y orientar decisiones tempranas.

2. Capacitación del personal de salud

Es conveniente desarrollar sesiones de capacitación para médicos, residentes y personal de urgencias con el fin de estandarizar el uso de la escala y garantizar una interpretación uniforme de sus parámetros.

3. Desarrollo de algoritmos clínicos

Se sugiere integrar la escala en algoritmos institucionales de manejo, complementando la evaluación con guías de actuación diagnóstica y terapéutica, para fortalecer la coherencia en la atención y disminuir la variabilidad clínica.



4. Fortalecimiento de registros clínicos

Mejorar la calidad y completitud de los expedientes clínicos permitirá aplicar con mayor precisión la escala y optimizar la caracterización de los pacientes.

5. Estudios prospectivos

Se recomienda realizar investigaciones prospectivas y con mayor tamaño muestral que permitan evaluar la sensibilidad, especificidad y precisión diagnóstica de la escala en diferentes contextos, así como compararla directamente con otros modelos predictivos disponibles.

6. Validación multicéntrica

Explorar su desempeño en hospitales de distintos niveles de atención y regiones geográficas permitiría fortalecer la generalización de los resultados y adaptar la herramienta a realidades epidemiológicas diversas.

7. Integración tecnológica

La incorporación de la escala en sistemas electrónicos hospitalarios o aplicaciones móviles podría mejorar su uso rutinario, reducir errores de cálculo y facilitar la toma de decisiones en tiempo real.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta, M. E. (2020). *Hemorragia de tubo digestivo bajo: Nuevos abordajes en lesiones comunes*. *Endoscopia*, **31**(1), 19–22. <https://doi.org/10.24875/END.M20000186>
- Ainslie, K., Gómez, E., Silva, C., Blanco, K., Colina, N., & Mosquera, N. (2025). Hallazgos clínicos y endoscópicos en niños con hemorragia digestiva inferior. *Revista Gen*, *79*(1). <https://doi.org/10.61155/gen.v79i1.728>
- Amin, S. K., & Antunes, C. (2023). *Sangrado gastrointestinal inferior*. National Library of Medicine.
- Ansari, P. (2023). *Generalidades sobre la hemorragia digestiva*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com>
- Basantes Malusin, L. E., Quinapallo Mosquera, L. E., Rodríguez Revelo, M. E., & Rosero Estrella, M. A. (2020). Embolización arterial en hemorragia digestiva baja. *Recimundo*, *4*(2), 94–105. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(2\).mayo.2020.94-105](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(2).mayo.2020.94-105)
- Bellido Caparó, Á., Espinoza Ríos, J., Gómez Hinojosa, P., Prochazka Zárate, R., Bravo Paredes, E., León Rabanal, C. P., Tagle Arróspide, M., & Pinto Valdivia, J. L. (2019). Hemorragia digestiva



- baja: Factores predictores de severidad y mortalidad en un hospital público de Lima. *Gastroenterología del Perú*, 39(3), 229–238.
- Blanco Vela, C. I., Peláez Luna, M., Solana Saties, S., Martínez García, C. L., Hernández Guerrero, A. I., Cerna Cardona, J., Noble Lugo, A., Bada Yllan, O., Blanco Velazco, G., Hernández Modragón, V., Martínez Camacho, C., Zamorano Orozco, Y., Zárate Guzmán, Á. M., López Acosta, M. E., Sánchez Chávez, X., Manzano Robleda, M. del C., Reyes Dorantes, Á. A., Rocha Ramírez, J. L., Sánchez Robles, J. C., Soto Solis, R., & Montejo Ruíz, G. A. (2019). Guía de abordaje y manejo endoscópico de la hemorragia de tubo digestivo bajo. *Endoscopia*, 31, 4–29. <https://doi.org/10.24875/END.M19000002>
- Cedrón Cheng, H. G., & Chávez Sánchez, S. (2022). Hemorragia digestiva. *Diagnóstico (Lima)*, 61(2), 236–242. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.393>
- Crespo Vintimilla, E., Reyes Flores, C. R., & Cordero Cordero, G. del R. (2022). Hemorragia digestiva. *ISBN*, 23(1), 415–439.
- De Rungs Brown, D., Ruiz Gómez, M., Charúa Guindic, & Baldin André, V. (2023). Manejo de la hemorragia del tubo digestivo bajo. *Acta Médica*, 21(1), 79–87. <https://doi.org/10.35366/109569>
- DiGregorio, A. M., & Alvey, H. (2023). *Sangrado gastrointestinal*. National Library of Medicine.
- Featherston, C., Walter, N., Ruiz, H., Tyrrell, C., Sierre, S., Díaz, F., & Coronil, J. R. (2019). Guía de práctica clínico-quirúrgica para hemorragia digestiva baja. *Fronteras en Medicina*, 4(2), 80–84. <https://doi.org/10.31954/RFEM/20191/0080-0084>
- Flores Alaniz, J., Torres Escalante, E., & Domínguez Camacho, L. (2020). Utilidad de la escala SHA2PE en la identificación de pacientes de bajo riesgo con hemorragia gastrointestinal baja. *Endoscopia*, 32(2), 54–60. <https://doi.org/10.24875/END.M20000207>
- Flores Egocheaga, L. E., De la Vega Cáceres, E., & Bellido Caparó, Á. (2025). Etiología inusual de hemorragia digestiva baja en paciente con constipación. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 45(1), 71–74. <https://doi.org/10.47892/rgp.2025.451.1793>



- Giraudó, F., & Garbí, M. L. (2024). Conceptos actuales y abordaje de la hemorragia digestiva de intestino medio. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 54(1), 31–39. <https://doi.org/10.52787/agl.v54i1.396>
- Guía de Práctica Clínica. (s.f.). *Atención integral en pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo en los tres niveles de atención*. ISSSTE-306-10-ER.
- Herrera Sánchez, G., & Espinoza Saavedra, D. (2024). *Etiología, presentación clínica y hallazgos endoscópicos en población pediátrica con hemorragia de tubo digestivo bajo en un hospital de tercer nivel*. Biblioteca Central UNAM.
- Jiménez, C. E., Randial, L., & Quiroga, F. (2019). Manejo endovascular de la hemorragia digestiva: Experiencia del Hospital Universitario Clínica San Rafael. *Revista Colombiana*, 34, 234–244. <https://doi.org/10.30944/20117582.436>
- Kawks, M. K., & Svarverud, J. E. (2020). Hemorragia gastrointestinal baja aguda: Evaluación y tratamiento. *PubMed*, 101(4), 206–212.
- Latif, J., Lorenzo, M., Solla, R., Segovia, G., Mitidieri, A., Cota, A., Rojas Huayta, J., Kohan, G., & Caamaño, D. (2023). Hemorragia digestiva baja: Factores de riesgo de gravedad, necesidad de cirugía de urgencia y mortalidad hospitalaria. *Revista Argentina*, 115(1), 30–41. <https://doi.org/10.25132/raac.v115.n1.1666>
- Miranda, A., Rabellino, J., Domínguez, F., Brito, N., & Viola, M. (2023). Angioembolización como opción de tratamiento para hemorragia digestiva baja. *Revista Argentina de Coloproctología*, 34(2), 18–20. <https://doi.org/10.46768/racp.v0i0.208>
- Pérez Torres, E., Abdo Francis, J., Bernal Sahagún, F., & Kershenobich Stalnikowitz, D. (2012). *Gastroenterología*. McGraw-Hill.
- Rodríguez Galván, A., Morales Jiménez, M. F., Balanza López, R., Aguilar Olivos, N. E., & Rojas Mendoza, F. (2019). Estratificación de riesgo en pacientes con hemorragia digestiva baja en México: Utilidad de la puntuación SHA2PE. *Endoscopia*, 31(2), 31–35. <https://doi.org/10.24875/END.M19000046>
- Sancho Gracia, J. G. (2024). Avances recientes en el diagnóstico y manejo de la hemorragia gastrointestinal: Una revisión general. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 19(14), 468.



Strate, L. L., & Gralnek, I. M. (2016). Guía clínica del ACG: Manejo de pacientes con hemorragia digestiva baja aguda. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.41>

Tejeda Vega, L. C. (2023). *Validez de la escala SHA2PE como predictor de riesgo para intervención hospitalaria en pacientes con hemorragia digestiva baja*. Universidad Privada Antenor Orrego.

