



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE
NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION
EMPONZOÑAMIENTO OFIDICO

ENFERMEDAD: EMPONZOÑAMIENTO OFIDICO

Todo individuo en el que no se pudo evidenciar a la culebra como responsable de la lesión y presente los siguientes signos y síntomas (variaran de acuerdo con el tipo de culebra): Un par de marcas de pinchazo en la herida; Enrojecimiento e hinchazón alrededor de la herida; Dolor fuerte en el lugar de la mordedura; Náusea y vómito; Respiración fatigosa (en casos extremos, se puede hasta detener la respiración); Trastornos de la vista; Aumento de la salivación y el sudor. Entumecimiento u hormigueo alrededor de la cara y las extremidades

1. Numero del Caso:		2. Fecha de Elaboración:		3. Establecimiento:		4. Parroquia:	
5. Municipio:		6. Estado:		7. Código Postal:		8. Fuente de Notificación: Público <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Búsqueda Activa <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>	
9. Primer Apellido:		10. Segundo Apellido:		11. Primer Nombre:		12. Segundo Nombre:	
13.C.I. Pasaporte V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>		14. Nacionalidad:		15.Fecha de Nacimiento Día Mes Año		16.Edad: 17. Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
18. Etnia		19. Nivel Educativo: I <input type="radio"/> S <input type="radio"/> TSU/U <input type="radio"/> P <input type="radio"/> TM <input type="radio"/>		20. Años Aprobados:		21. Situación Conyugal: S <input type="radio"/> U <input type="radio"/> D <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Se <input type="radio"/> V <input type="radio"/>	
22. Profesión:		23.Ocupación:		24.Latitud		25.Longitud	
26. Entidad de Residencia:		27. Municipio de Residencia:		28.Parroquia de Residencia		29. Localidad de Residencia	
30. Urb./Sector/ Zona Industrial:		31. Av./Carrera/ Calle/Esquina/Vereda:		32. Casa/Edif./ Quinta/Galpón:		33. Piso/ Planta/Local:	
34. Teléfono de Habitación (fijo):		35. Teléfono Celular (móvil):		36. Punto de Referencia:			
37. Nombre de la Madre o Representante:				38. Nombre del Padre o Representante:			

Antecedentes Epidemiológicos:

39. Fecha de la Mordedura por Ofidio (D/M/A) _____ HORA : ____AM ____PM

40.Lugar de Ocurrencia : Área urbana _____ Área Rural _____ Estado _____ Municipio _____ Parroquia _____ Sector _____

41. Actividad que realizaba al momento del Accidente : _____

42.-Tipo de ofidio causante de la mordedura : Mapanare _____ Cascabel _____ Cuaima Piña _____ Coral _____ Cuatro Narices _____ Falsa Coral _____ Tigra mariposa _____ Terciopelo _____ Ignora _____ Otra _____ Especifique _____ Capturado el ofidio causante de la mordedura No _____ Si _____

43.Sitio de Mordedura : Mano _____ Antebrazo _____ Brazo _____ Pie _____ Pierna _____ Cara _____ Otra — Especifique _____

44. **Primeros Auxilios** : Torniquete _____ Succión oral _____ Succión instrumental _____ Incisión _____ Punción _____ Hielo _____ Otros _____ Especifique : _____

45.Otras intervenciones previa Atención Medica : Parche Hierba _____ Querosene _____ Pócimas _____ Bebidas Alcohólicas _____ Incisión _____ Otra _____ Ninguna _____

46.Fecha de Atención Medica (D/M/A) _____ 47. Referido a : _____

48.Datos Clínicos :

Datos Clínicos Locales	Si	No
Edema		
Flictena		
Necrosis		
Hemorragias		
Dolor local		
Equimosis		
Hematomas		
Parestesia		
Hormigueo		
Otra: Especifique: _____		

Datos Clínicos Sistémicos	Si	No
Ptosis palpebral		
Diplopía		
Visión Borrosa		
Coagulación Intravenosa Diseminada		
Respiratorias		
Cardiovascular		
Neurológica		
Renal		
Gastrointestinal		
Otros Especifique: _____		

49. **Complicaciones Locales**: Celulitis _____ Absceso _____ Necrosis _____ Mionecrosis _____ Fascitis _____ Otro _____ Cual Especifique _____

50.**Complicaciones Sistémicas** : Anemia Severa Aguda _____ Shock Hipovolémico _____ Shock Séptico _____ Insuficiencia Renal Aguda _____ Coagulación Intravasular Diseminada _____ Síndrome compartimental _____ Otro _____ Cuál Especifique _____

51. **Severidad del Accidente**: (Ver Algoritmo)
 Ausencia de Signos Sistémicos _____ Ausencia de Signos Locales _____ Leve _____ Moderado _____ Grave o Severo _____

52.**Condición de Ingreso**: Bueno _____ Regular _____ Malo _____ Fallecido _____

53. LABORATORIO:

Prueba	Fecha D/M/A de toma de muestra	Resultado
Glicemia		
Hb		
HTO		
PT		
PTT		
TC		
BUM		
CREATININA		
AST		
ALT		
CPK		
MB		
LDH		
TGO		
TGP		
Fibrinogeno		
Orina		
Otros: Especifique: _____		

54. Tratamiento Específico:

Suero	1 TTO = 1 equipo = 5 Ampolla	Laboratorio productor	Nº de Lote / Fecha de Vencimiento
Antiofidico Polivalente			
Antibotrópico			
Anticrotalico			
Otros			

Tiempo transcurrido entre Mordedura y aplicación: Días _____ Horas _____

55. Antibiótico: NO ___ SI ___ Cual: _____ Duración: _____
 Otro tratamiento Concomitante: _____

56 .Eventos Adversos: NO ___ SI ___ Cuales: _____ **Llena ficha CENAVIF**

57. Tratamiento Quirúrgico: Drenaje Absceso ___ Limpieza Quirúrgica ___ Exeresis de Tejidos Necrótico ___ Fasciotomia ___ Ingerito Piel ___ Amputación ___

58. Fecha de Egreso: D/M/A _____ 59. Días de Hospitalización: _____

60. Condición de Egreso: Vivo ___ Muerto ___ Mejoría ___ Complicaciones NO ___ SI ___ Cuáles: _____

61. Falleció NO ___ SI ___

62. Fecha de Defunción (D/M/A): _____ 63. Autopsia: NO ___ SI ___ 64 Resultado de la autopsia _____ 65. Nº de Certificado de Defunción _____

66. Secuela: NO ___ SI ___ En caso de SI cuáles _____
 67. Diagnóstico de egreso: _____

68. Observación: _____

69. Fecha de Declaración del caso: (D/M/A) _____	70. Nombre y Apellido Médico/a tratante: _____	71. Nombre y Apellido de la Enfermera/o que declara el caso: _____	72. Centro de salud y teléfono: _____
--	--	--	---------------------------------------

73. Epidemiólogo/a Regional: _____	74.. Firma: _____ Fecha (D/M/A) _____
------------------------------------	---------------------------------------

Instrucciones Generales:

Escribir en letra de molde y con bolígrafo negro toda la información solicitada. En caso que un dato derive del anterior no dejar espacios vacíos.

1. Registrar el número de caso de la persona afectada.
2. Registrar la fecha de elaboración según formato (D/M/ A).
3. Registrar en el espacio correspondiente , el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
4. Registrar en el espacio correspondiente ,el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
5. Registrar en el espacio correspondiente , el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
6. Registrar en el espacio correspondiente, el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
7. Registrar en el espacio correspondiente el código asignado al estado.
8. Marcar en el óvalo correspondiente la fuente de notificación.
9. Registrar el primer apellido de la persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Escribir el segundo apellido de la persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
11. Anotar el primer nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
13. Marcar con una equis ("X") en el óvalo correspondiente, la nacionalidad de la persona (V si es de nacionalidad venezolana y E si es de nacionalidad Extranjera) seguidamente colocar el número de cédula de identidad o pasaporte, utilizar una casilla para cada número. En caso de ser un niño /niña y no poseer cédula de identidad ,colocar el número de Cédula de Identidad de la madre o representante.
14. Registrar la nacionalidad en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero.
15. Anotar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento de la persona afectada.
16. Registrar en el espacio correspondiente la edad de la persona afectada.
17. Marcar en el óvalo correspondiente con una equis ("X") el sexo de la persona afectada.
18. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona afectada.
19. Marcar una equis ("X") en el óvalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra la persona afectada; I: si se encuentra en el nivel Inicial ; P: si esta cursando o cursó solo el nivel de Primaria, S: si se encuentra en el nivel de Secundaria,

TM: si esta cursando o cursó el nivel de Técnico Medio, TSU/U: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria y EE: si se encuentra cursando o curso algún nivel de Educación Especial (incluye la educación recibida a través de las Misiones).

20. Registrar en el espacio correspondiente los años aprobados en el último nivel educativo cursado.
21. Marcar con una equis "X" el óvalo correspondiente a la alternativa que identifique la situación conyugal de la persona para el momento de la notificación de la enfermedad. S: soltero; C: casado; U: unido; D: divorciado; Se: separado; V: viudo.
22. Indicar en el espacio correspondiente la profesión que desempeña la persona afectada.
23. Anotar en el espacio correspondiente la ocupación que desempeña la persona afectada.
24. Registrar en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se presento el caso.
25. Escribir en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se presento el caso.
26. Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad de residencia de la persona afectada.
27. Indicar en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
28. Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
29. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
30. Anotar Urbanización ./Sector/Zona Industrial donde se encuentra la residencia de la persona afectada.
31. Escribir Avenida./Carrera/Calle/Esquina/Vereda donde se encuentra la residencia de la persona afectada.
32. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón donde esta ubicada la residencia de la persona afectada.
33. Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada
34. Anotar en el espacio correspondiente el número de teléfono fijo donde habita la persona afectada.
35. Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona afectada.
36. Registrar en el espacio correspondiente un punto de referencia que facilite la ubicación de la residencia .
37. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre o representante en caso de que la persona afectada sea menor de edad.

38. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre o representante en caso de que la persona afectada sea menor de edad.
39. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el lugar de ocurrencia , si es área rural , urbana así como registrar la localidad , parroquia , municipio y estado del sitio donde ocurrió la mordedura por ofidio.
40. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de la mordedura por ofidio (D/M/A) así como la hora.
41. Indicar en el espacio correspondiente la actividad que realizaba la persona afectada al momento del accidente.
42. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el tipo de ofidio causante de la mordedura ,en caso de otra especifique y marque con una equis ("X") si el ofidio causante de la mordedura fue capturado o no .
43. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el sitio de la mordedura en caso de otro especifique .
44. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente los primeros auxilios recibidos y en caso de otro especifique.
45. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente otras intervenciones previa atención medica .
46. Anotar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formatos (D/M/A).
47. Registrar en el espacio correspondiente donde fue referido la persona afectada .
48. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente los datos clínicos locales y sistémicos presentados por la persona mordida por ofidio.
49. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente las complicaciones locales presentados por la persona afectada .
50. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente las complicaciones Sistémicas presentados por la persona afectada .
51. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente la severidad del accidente de la persona afectada .
52. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente la condición de ingreso de la persona afectada
53. Registrar en el espacio correspondiente en relación a las pruebas de laboratorio , la fecha de toma de muestra según formato (D/M/A) la resultados de las muestras en caso de otro especifique .
54. Registrar en el espacio correspondiente el numero y tipo de suero utilizado , nombre del laboratorio productor, el N° de lote/ fecha de vencimiento, utilizado en la persona afectada, así como registrar en días y horas el tiempo transcurrido entre la mordedura y la aplicación del tratamiento .

55. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si la persona afectada recibió o no antibiótico, en caso de ser afirmativo cual o cuales antibióticos y duración de esto , registrar otro tratamiento concomitante .
56. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente la ausencia o presencia de eventos adversos y en caso de ser afirmativo registrar cuales y llenar la ficha de Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica (CENAVIF)
57. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente, el tratamiento quirúrgico proporcionado a la persona afectada .
58. Registrar en el espacio correspondiente , la fecha de egreso de la persona afectada según formato (D/M/A) .
59. Registrar en el espacio correspondiente los días de hospitalización de la persona mordida por ofidio.
60. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente las condiciones de egreso ,así como la ausencia o presencia de complicaciones y en caso de ser afirmativo registrar .
61. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si la persona afectada falleció o no .
62. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de defunción según formato (D/M/A) .
63. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si la persona afectada , se le realizo o no autopsia .
64. Registrar en el espacio correspondiente resultado de la Autopsia .
65. Registrar en el espacio correspondiente el N° de Certificado de Defunción .
66. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si hay ausencia o presencia de secuelas y en caso si registrar .
67. Registrar en el espacio correspondiente el diagnostico de egreso.
68. Registrar en el espacio correspondiente cualquier punto de interés relacionado con emponzoñamiento por ofidio .
69. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato (D/M/A).
70. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del medico tratante .
71. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la enfermera que declara el caso .
72. Registrar en el espacio correspondiente el centro de salud y teléfono.
73. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del Epidemiólogo Regional .
74. Registrar en el espacio correspondiente la firma del epidemiólogo y fecha según formato (D/M/A).

TRATAMIENTO

Medidas generales

Administrar dosis adecuadas de Suero Antiofídico Polivalente

Administrar exclusivamente por vía Intravenosa

Debe ser diluida en trescientos ml (300ml) de solución fisiológica
0.9%, pasarlo en un mínimo de tres (03) horas.

La dosificación para adulto y niños deben ser iguales de acuerdo
con las pautas de las sociedades médicas científicas

Se debe administrar a todo paciente que presente clínica de Acci-
dente Ofídico Venenoso Sintomático.

ORGANICE EL TRASLADO PARA EL HOSPITAL MÁS CERCANO

**El paciente debe mantenerse en el servicio de emergencia
durante 12 a 24 horas hasta estabilizar sus funciones vitales.**

Considerere:

La aplicación del Suero antiofídico Polivalente previo al traslado.

Tiempo transcurrido desde el momento del envenenamiento.

Medir el grado de edema de los diferentes segmentos del miem-
bro afectado.

Los accidentes ofidicos con un periodo de evolución menor a dos
horas, sin alteración de laboratorio debe dejarse en observación
08 horas para re-evaluación.

Repasar todos lo exámenes para-clínicos descritos en **Laborato-
rio.**

Debe completar la administración del Suero antiofídico Polivalen-
te requerida de acuerdo al grado de severidad.

Administrar Ant-inflamatorios no Esteroideo (AINES) por vía in-
travenosa, en caso de dolor leve se puede aplicar analgésicos
tópicos. **NO administrar drogas narcóticas o depresoras del
SNC.**

Elevar el miembro afectado, entre 25 a 45 grados.

Se debe colocar de rutina refuerzo con toxoide tetánico.

Pautas de antibioticoterapia solo está indicada en aquellos casos
donde se sospeche que el área este contaminada.