Ministerio del Poder Popular para la SALUD — VENEZUELA

SUISPAI 26 (Versión 2025)

SIENO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN

ENFERMEDAD: ENVENENAMIENTO ESCORPIÓNICO (PA78 & XE2EP)
DEFINICIÓN DE CASO: Todo individuo en el que se recoja el antecedente de aculiadura por escorpión o alacrán pudiéndose o no evidenciar el animal responsable, donde se observa en el sitio de la lesión un pinchazo, rodeado de una zona eritematosa o blanquecina, dolor, parestesia y habones. Acompañado además de manifestaciones sistémicas como náusea y vómito, palidez cutánea, dolor abdominal, sialorrea, diaforesis profusa, alteraciones de la frecuencia cardiaca y respiratoria, hipertensión arterial, broncoespasmos, miosis o midriasis, pancreatitis, piloerección y priapismo.

1) Datos Institución

1.1 Número del caso	1.2 Fecha de elaboración de la ficha	/ /	1.3 Fecha de notificación	/ /	1.4 Establecimiento que notifica el caso
1.5 ASIC	1.6 Parroquia	1.7 Municipio	1.8 Estado		
1.9 Semana Epidemiológica	1.10 Fuente del informe	Público ☐ Privado ☐ Laboratorio ☐ Comunidad ☐ Búsqueda activa ☐ Otros ☐ Especifique			
1.11 Institución de salud de dependencia					

2) Datos del paciente

2.1 Primer apellido	2.2 Segundo apellido	2.3 Primer nombre	2.4 Segundo nombre			
2.5 C.I / pasaporte V ☐ E ☐	2.6 Nacionalidad	2.7 Fecha de nacimiento / /	2.8 Edad	2.9 Sexo M ☐ F ☐		
2.10 Etnia	2.11 Nivel educativo I ☐ S ☐ TSU / U ☐ P ☐ TM ☐ EE ☐	2.12 Años aprobados	2.13 Situación conyugal S ☐ C ☐	U ☐ D ☐ Se ☐ V ☐		
2.14 Profesión	2.15 Ocupación	2.16 Latitud	2.17 Longitud			

3) Datos de Residencia

Dirección de Habitación (residencia):	3.1 Entidad de residencia:	3.2 Municipio de residencia	3.3 Parroquia de residencia	3.4 Localidad de residencia
3.5 Urb./sector/ zona Industrial	3.6 Av./carrera/ calle/esquina/vereda	3.7 Casa/edif./ quinta/galpón	3.8 Piso/ planta/local	
3.9 Teléfono de habitación (fijo)	3.10 Teléfono celular (móvil)	3.11 Punto de Referencia		
3.12 Nombre de la Madre	3.13 Nombre del Padre	3.14 Otro representante O encargado:		

4) Antecedentes Epidemiológicos

4.1 Fecha de aculiadura por escorpión / /	4.2 Hora: AM ☐ PM ☐	4.3 Lugar de Ocurrencia	Área Rural ☐ Área Urbana ☐	
4.4 Actividad que realizaba al momento del accidente	Recreación ☐ Agricultura ☐ Caminar ☐ Oficios del hogar ☐ Recolección de desechos ☐ Otra ☐ ¿Cuál?			
4.5 Tipo de escorpión causante De la aculiadura	Tityus discrepans ☐ Tytius falconensis ☐ Tytius isabelceciliae ☐ Tytius zulianus ☐ Tytius caripitensis ☐ Tytius clathratus ☐ Tytius ivic-nancor ☐ Centruroides hassethi ☐			
4.6 Sitio de aculiadura Mano ☐ Antebrazo ☐ Brazo ☐ Pie ☐ Pierna ☐ Cabeza ☐ Abdomen ☐ Cuello ☐ Otro ☐ Especifique	4.7 Primeros auxilios Torniquete ☐ Succión Oral ☐ Incisión ☐ Punción ☐ Succión instrumental ☐ Hielo ☐ Otro ☐ Especifique			
4.8 Otras intervenciones previa atención medica Parche hierba ☐ Pócimas ☐ Incisión ☐ Ninguna ☐ Querosene ☐ Bebidas alcohólicas ☐ Otro ☐ Especifique				
4.9 Evidencia de pinchazo SI ☐ NO ☐	4.10 Capturado el escorpión causante del accidente Sí ☐ No ☐	4.11 Fecha de atención medica / /	Hora: AM ☐ PM ☐	4.12 Referido SI ☐ NO ☐
4.13 Fecha de referencia / /	Hora: AM ☐ PM ☐	4.14 Clasificación inicial del caso Sospechoso ☐ Descartado ☐ Confirmado ☐	4.15 Especifique establecimiento de referencia:	

5) Datos clínicos

5.1 Cuadro Clínico Local

Dolor	Sí ☐	No ☐
Eritema	Sí ☐	No ☐
Parestesia	Sí ☐	No ☐
Habones	Sí ☐	No ☐
Otra	Sí ☐	No ☐

Especifique

5.2 Cuadro Clínico Sistémico

Náuseas	Sí ☐	No ☐	Sudoración profusa	Sí ☐	No ☐	Palidez cuatánea	Sí ☐ No ☐
Vómito	Sí ☐	No ☐	Arritmias cardíacas	Sí ☐	No ☐	Piloerección	Sí ☐ No ☐
Diarrea	Sí ☐	No ☐	Arritmias respiratorias	Sí ☐	No ☐	Convulsiones	Sí ☐ No ☐
Dolor abdominal	Sí ☐	No ☐	Priapismo	Sí ☐	No ☐	Frialdad de extremidades	Sí ☐ No ☐
Sialorrea	Sí ☐	No ☐	Miosis o midriasis	Sí ☐	No ☐	Otra	Sí ☐ No ☐

Especifique

5.3Complicaciones

Pancreatitis ☐ Miocarditis ☐
Edema Agudo del pulmón ☐ Otro ☐ Especifique

5.4 Severidad del accidente
Leve ☐ Moderado ☐ Grave ☐

5.5 Condición de ingreso
Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Fallecido ☐

6) Laboratorio

Prueba	6.1 Fecha Muestra	6.2 Resultado	6.3 Fecha Resultado	Prueba	6.1 Fecha Muestra	6.2 Resultado	6.3 Fecha Resultado
Glicemia	1) / /		1) / /	Amilasa sérica	1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /
Hb	1) / /		1) / /	Lipasa	1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /
HTO	1) / /		1) / /	PT	1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /

6) Laboratorio

Prueba	6.1 Fecha Muestra	6.2 Resultado	6.3 Fecha Resultado	Prueba	6.1 Fecha Muestra	6.2 Resultado	6.3 Fecha Resultado
PTT	1) / /		1) / /	Electrolitos en sangre	1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /
LDH	1) / /		1) / /	Gases arteriales	1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /
CPK	1) / /		1) / /	Otro	1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /
EKG	1) / /		1) / /		1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /
R(x) de Tórax	1) / /		1) / /		1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /
Ultrasonido Abdominal	1) / /		1) / /		1) / /		1) / /
	2) / /		2) / /		2) / /		2) / /

7) Tratamiento especifico

Antiveneno	7.1 Laboratorio Productor	7.2 N° de Lote	7.3 Fecha de vencimiento	7.4 Fecha de inicio del tratamiento antiveneno	7.5 Hora de inicio	7.6 N° de equipos utilizados	7.7 Hora de culminación del tratamiento antiveneno
Antiescorpiónico Polivalente				/ /			

7.8 Tiempo transcurrido entre aculiadura y administración (minutos u horas)	7.9 Uso de Antibiótico Sí ☐ No ☐	7.10 ¿Cual?	
7.11 Duración del tratamiento antibiótico	7.12 Otro tratamiento concomitante		
7.13 Eventos adversos asociados al tratamiento Sí ☐ No ☐	7.14 ¿Cuales?		
7.15 Tratamiento quirúrgico Drenaje absceso ☐ Exeresis de tejidos necrótico ☐ Injerto piel ☐ Limpieza quirúrgica ☐ Fasciotomia ☐ Amputación ☐	7.16 Fecha de egreso / /	7.17 Días de Hospitalización	
7.18 Condición de egreso Vivo ☐ Muerto ☐ Mejoría ☐	7.19 Secuela Sí ☐ No ☐	7.20 ¿Cuales?	
7.21 Fecha de defunción (en caso de muerte) / /	7.22 N° de Certificado De defunción	7.23 Autopsia Sí ☐ No ☐	
7.24 Resultado de la autopsia			
7.25 Diagnóstico de egreso			

8) Observaciones

9) Responsable

9.1 Nombres y Apellidos		9.2 Cargo
9.3 Teléfono domicilio	9.4 Teléfono Oficina/ local	9.5 Email institucional
9.6 Email personal		9.7 Firma

Ministerio del Poder Popular para la SALUD
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

SUISPAI 26 (Versión 2025)

SIENO

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

FICHA DE INVESTIGACIÓN

ENFERMEDAD: ENVENENAMIENTO ESCORPIÓNICO (PA78 & XE2EP)

DEFINICIÓN DE CASO: Todo individuo en el que se recoja el antecedente de aculiadura por escorpión o alacrán pudiéndose o no evidenciar el animal responsable, donde se observa en el sitio de la lesión un pinchazo, rodeado de una zona eritematosa o blanquecina, dolor, parestesia y habones. Acompañado además de manifestaciones sistémicas como náusea y vómito, palidez cutánea, dolor abdominal, sialorrea, diaforesis profusa, alteraciones de la frecuencia cardiaca y respiratoria, hipertensión arterial, broncoespasmos, miosis o midriasis, pancreatitis, piloerección y priapismo.

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente, con letra legible y en molde.
- Debe aportar solo datos fidedignos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA

1. Datos Institución:

1.1. Número de caso: escriba el número de caso de la persona afectada.
1.2. Fecha de elaboración de la ficha: registrar la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
1.3. Fecha de notificación: escriba la fecha en que el establecimiento de salud notificó el caso al nivel de atención superior inmediato.
1.4. Establecimiento que notifica el caso: escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
1.5. ASIC: escriba el nombre del Área de Salud Integral Comunitaria en la que está ubicado el establecimiento.
1.6.Parroquia: escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
1.7.Municipio: escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
1.8.Estado: escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
1.9.Semana epidemiológica: escriba la semana epidemiológica en que se recibió o detectó el caso.
1.10.Fuente del informe: marque con equis "X" o el símbolo de verificación "√" una de las siguientes opciones según el origen de notificación: público, privado, laboratorio, comunidad, búsqueda activa, otro. En la última opción se debe especificar quien notifica.
1.11.Institución de salud de dependencia: Escriba si el establecimiento de salud depende de: MPPS, IVSS, IPASME, ALCALDÍA, GOBERNACIÓN o FMBA.

2. Datos del Paciente:

2.1. Primer apellido: escriba el primer apellido del paciente.
2.2. Segundo apellido: escriba el segundo apellido del paciente.
2.3. Primer nombre: escriba el primer nombre del paciente.
2.4. Segundo nombre: escriba el segundo nombre del paciente.
2.5. CI/Pasaporte: indique si el paciente es venezolano o extranjero. Luego escriba el número de cédula o pasaporte según sea el caso.
2.6. Nacionalidad: escriba la nacionalidad del paciente.
2.7. Fecha de nacimiento: escriba la fecha de nacimiento del paciente.
2.8. Edad: escriba la edad del paciente.
2.9. Sexo: indique el sexo del paciente.
2.10.Etnia: si el paciente es indígena escriba a que etnia pertenece.
2.11.Nivel educativo: marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo del paciente (I=inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/ U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio).
2.12.Años aprobados: si en el ítem anterior marco "EE= En estudio" entonces escriba el numero de años aprobados.
2.13.Situación conyugal: marque en el cuadro correspondiente la *situación conyugal* según sea el caso (*S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=???*).
2.14.Profesión: escriba la profesión del paciente
2.15.Ocupación: escriba la ocupación del paciente.
2.16.Latitud: escriba la latitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.
2.17.Longitud: escriba la longitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.

3. Datos de Residencia:

3.1. Entidad de residencia: escriba el estado donde se ubica la residencia del paciente.
3.2. Municipio de residencia: escriba el municipio donde se ubica la residencia del paciente.
3.3. Parroquia de residencia: escriba la parroquia donde se ubica la residencia del paciente.
3.4. Localidad de residencia: escriba la localidad donde se ubica la residencia del paciente.
3.5. Urb/Sector/Zona industrial: escriba el nombre de la urbanización, sector o zona industrial donde se ubica la residencia del paciente.
3.6. Av/Carrera/Calle/Esquina/Vereda: escriba el nombre de la avenida, carretera, calle, esquina o vereda donde se ubica la residencia del paciente.
3.7. Casa/Edif./Quinta/Galpón: escriba el nombre o número de la casa, edificio, quinta o galpón donde se ubica la residencia del paciente.
3.8. Piso/Planta/Local: escriba el número del piso, planta o local donde se ubica la residencia del paciente.
3.9. Teléfono de habitación: escriba el número telefónico de la residencia del paciente.
3.10.Teléfono celular: escriba el número telefónico celular del paciente.
3.11.Punto de referencia: escriba un punto de referencia que facilite ubicar la residencia del paciente.
3.12.Nombre de la madre: escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).
3.13.Nombre del padre: escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).
3.14. Otro representante o encargado: escriba el nombre de otro representante o encargado del paciente, en caso de que ésta sea menor de edad.

4. Antecedentes Epidemiológicos:

4.1. Fecha de aculiadura por escorpión: escriba la fecha de ocurrencia de la aculiadura por escorpión (DD/MM/AA)
4.2. Hora: escriba la hora de ocurrencia de la aculiadura por escorpión ((AM o PM).
4.3.Lugar de ocurrencia: escriba el lugar de ocurrencia (Localidad/Parroquia/ Municipio/Estado) donde la persona afectada sufrió la aculiadura. Marcar con una *"X" o el símbolo de verificación* "√" en el espacio correspondiente si es área rural o urbana.
4.4. Actividad que realizaba al momento del accidente: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" la actividad que realizaba al momento del accidente, en caso de otra especifique.
4.5. Tipo de escorpión causante de la aculiadura: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" el tipo de escorpión causante de la aculiadura, en caso de otra especifique. Debe aportar solo datos verdaderos.
4.6. Sitio de aculiadura: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" el sitio de la aculiadura, en caso de otro especifique.
4.7. Primeros auxilios: Marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" los primeros auxilios recibidos y en caso de otro especifique.
4.8. Otras intervenciones previa atención médica: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" otras intervenciones que recibió el paciente previa atención médica
4.9. Evidencia del pinchazo: marque en el espacio correspondiente si se evidencian o no pinchazo.
4.10.Capturado el escorpión causante del accidente: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" si el escorpión causante de la aculiadura fue capturado o no.
4.11.Fecha de atención médica: escriba la fecha y hora correspondiente de atención médica.
4.12.Referido: marque en el espacio correspondiente si la persona afectada fue referida o no a otro centro de salud.
4.13. Fecha de referido: En caso de haber sido referido el paciente anote fecha y hora de la referencia.
4.14. Clasificación inicial del caso: escriba en el espacio correspondiente la clasificación inicial del caso (sospechoso, confirmado o descartado).
4.15. Especifique establecimiento de referencia: escriba el nombre del establecimiento de referencia.

5. Datos clínicos:

5.1. Cuadro clínico local: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente los signos y síntomas presentados por la persona afectada. En caso de otras especifique.
5.2.Cuadro clínico sistémico: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente los signos y síntomas presentados por la persona afectada. En caso de otras especifique.
5.3.Complicaciones: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente. En caso de otras especifique.
5.4. Severidad del accidente: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" la severidad del caso.
5.5. Condición de ingreso: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" la condición del paciente al momento del ingreso.

6. Laboratorio:

6.1. Fecha de muestra: escriba en el espacio correspondiente según las pruebas de laboratorio efectuadas la fecha de la toma de muestra según formato (DD/MM/ AA). En caso de otro especifique.
6.2. Resultado: escriba el resultado obtenido en el espacio correspondiente a las pruebas de laboratorio efectuadas.
6.3. Fecha de resultado: escriba en el espacio correspondiente la fecha de la toma de muestra según formato (DD/MM/AA).

7. Tratamiento especifico:

7.1. Laboratorio productor: escriba en la fila correspondiente al tipo de antiveneno utilizado el nombre del laboratorio productor.
7.2. Número de lote: escriba el número de lote del antiveneno utilizado.
7.3. Fecha de vencimiento: escriba la fecha de vencimiento del antiveneno utilizado.
7.4. Fecha de inicio del tratamiento antiveneno: escriba la fecha de inicio del tratamiento según formato (DD/MM/AA).
7.5. Hora de inicio: escriba la hora de inicio del tratamiento.
7.6. N°de equipos utilizados: escriba el número total de equipos utilizados.
7.7. Hora de culminación del tratamiento antiveneno: escriba la hora de culminación del tratamiento (AM o PM)
7.8. Tiempo transcurrido entre la aculiadura y administración: escriba en el espacio correspondiente el tiempo transcurrido entre mordedura y la administración del tratamiento.
7.9. Uso de Antibiótico: Marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente si la persona afectada recibió o no antibiótico.
En caso de ser afirmativo:
7.10.¿Cuál?: escriba cual o cuales antibiótico se utilizaron.
7.11. Duración del tratamiento antibiótico: escriba la duración de estos.
7.12. Otro tratamiento concerniente: escriba si se utilizo otro tratamiento concomitante que haya recibido el paciente.
7.13. Eventos adversos asociados al tratamiento: marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente si se presentaron o no eventos adversos asociados al tratamiento. En caso de ser afirmativo:
7.14. ¿Cuáles?: escriba cuales fueron los eventos adversos.
7.15. Tratamiento quirúrgico: Marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente el tratamiento quirúrgico proporcionado a la persona afectada, en caso de que se realizara.
7.16. Fecha de egreso: escriba en el espacio correspondiente la fecha de egreso de la persona afectada según formato (DD/MM/AA), así como los días de hospitalización.
7.17. Días de hospitalización: escribir cuantos días estuvo hospitalizado el paciente.
7.18. Condición de egreso: Marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente las condiciones de egreso.
7.19. Secuelas: Marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente la presencia o no de secuelas. En caso afirmativo:
7.20.¿Cuales?: escriba cuales son las secuelas.
7.21. Fecha de defunción: escriba en el espacio correspondiente según formato (DD/MM/AA) la fecha de defunción de la persona en caso de muerte.
7.22. N° de certificados de defunción: escriba en el espacio correspondiente el N° de certificado de defunción.
7.23. Autopsia: Marcar con una "X" o el símbolo de verificación "√" en el espacio correspondiente si se realizó o no autopsia, en caso de ser afirmativo:
7.24. Resultados de la autopsia: registrar los resultados de la autopsia.
7.25. Diagnóstico de egreso: escriba en el espacio correspondiente el diagnóstico de egreso.

8. Observaciones:

Registrar en el espacio correspondiente a observaciones cualquier punto de interés relacionado con el caso.

9. Responsable:

9.1.Nombre: escriba el nombre de la persona responsable de la investigación.
9.2.Cargo: escriba el cargo de la persona responsable de la investigación.
9.3.Teléfono domicilio: indique el teléfono de domicilio del responsable de la investigación.
9.4.Teléfono trabajo: indique teléfono de institución donde labora el responsable de la investigación.
9.5.Email institucional: escriba el email institucional de la persona responsable de la investigación.
9.6.Email personal: escriba el email personal de la persona responsable de la investigación.
9.7.Firma: el responsable de la investigación debe colocar su firma.