

Accidente ofídico como indicador de atención hospitalaria

Snake accident as an indicator of hospital care

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0248>

Doris Josefina Barrios Aular

<https://org.0000-0001-8528-8493>

canamoro2451@gmail.com

Recibido: 16/08/2024

Aceptado: 05/10/2024

RESUMEN

Introducción: El accidente ofídico constituye riesgo biológico–ambiental con mayor prevalencia en áreas de productividad agrícola, pecuario, pesquero, pero involucra lo ocupacional y desplazamiento poblacional. Cómo fenómeno, ubica una población susceptible que en sí misma, no configura comunidad, afecta ambos géneros y en lo geográfico involucra lo rural; rural disperso y urbano. La mordedura por serpiente trae como consecuencia envenenamiento ofídico que puede ser sintomático o asintomático y donde carecer de antivenina condiciona enfermedad desatendida. **Objetivo:** sistematizar debilidad por atención hospitalaria en pacientes con accidente ofídico. **Materiales y métodos:** investigación cualitativa por multi-método; descriptiva; paradigma analítico interpretativo; entrevista a profundidad; maneja instrumento propio; población-muestra opinática, comprueba, valida y triangula resultados con especialistas; período de duración, trece semanas; ámbito de acercamiento empírico HLR-Barinas. **Resultados:** hubo 63 casos: 1 ingreso cada 30 hs, con 3 casos severos; 2 casos complicados (comportamiento cultural social y psico-patológico), 58 pacientes permanecieron en triaje con 4-5 horas promedio. Acompañamiento telefónico 40 casos por sintomatología confusa y la constante fue, falta de confiabilidad en laboratorio, donde el especialista asume comprobar por TC manual. **Conclusión:** accidente ofídico es una enfermedad desatendida. A efecto, los casos evolucionan posterior a administrar antivenina (90%) y en revista con el residente, éste demuestra poca disposición a permanecer en ésta y desconoce clínica de acuerdo a la especie; respecto a historia clínica, 100% casos falta información (causalidad y entorno) por lo que se sugiere metodología para corregir debilidades por atención hospitalaria y prioriza como mejorarlo.

Palabras clave: accidente ofídico; envenenamiento ofídico; indicador de atención hospitalaria

1. Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” (UNELLEZ)- Venezuela.

* Autor de correspondencia: canamoro2451@gmail.com

ABSTRACT

Snakebite is a biological-environmental risk with a higher prevalence in areas of agricultural, livestock, and fishing productivity, but it involves occupational and population displacement. As a phenomenon, it locates a susceptible population that in itself does not constitute a community, affects both genders, and geographically involves rural areas; dispersed rural areas and urban areas. Snakebite results in snakebite poisoning that can be symptomatic or asymptomatic, and where the lack of antivenin causes neglected disease. Purpose of the study: to systematize weakness due to hospital care in patients with snakebite. Methodology: qualitative multi-method research; descriptive; analytical-interpretive paradigm; in-depth interview; uses own instrument; opinionated sample population, verifies, validates, and triangulates results with specialists; duration period, thirteen weeks; scope of empirical approach HLR-Barinas. Results: there were 63 cases: 1 admission every 30 hours, with 3 severe cases; 2 complicated cases (social and psychopathological cultural behavior), 58 patients remained in triage with an average of 4-5 hours. Telephone follow-up in 40 cases due to confusing symptoms and the constant was, lack of reliability in the laboratory, where the specialist assumes to check by manual CT. Conclusion: snakebite is a neglected disease. In effect, the cases evolve after administering antivenin (90%) and in review with the resident, he shows little willingness to remain in this and does not know the clinical symptoms according to the species; regarding clinical history, 100% of cases lack information (causality and environment). Contribution: a methodology is suggested to correct weaknesses in hospital care and prioritizes how to improve it.

Keywords: snakebite; snakebite poisoning; hospital care indicator

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se sistematizan debilidades en atención hospitalaria en pacientes que sufre accidente ofídico, por tanto, los datos presentados fueron recogidos de forma directa durante el desarrollo del Sub-proyecto Pasantía, como requisito parcial para optar al título de Doctor en Ambiente y Desarrollo de la Universidad Nacional Experimental de Los Llanos “Ezequiel Zamora”, (Unellez). Barinas, Venezuela.

Como tema, accidente ofídico es un problema de relevancia social, donde no se hace diagnóstico, pues lo trae el paciente y comunica; pero, desde la pertinencia jurídica y académica, accidente ofídico, ofidismo u ofidio-toxicosis converge como indicador de atención hospitalaria y tal propuesta se fundamenta en la resolución de la Organización Mundial de la Salud (1). No obstante, ofidismo constituye un riesgo biológico–ambiental que adolece de población susceptible, pero existe probabilidad de ser mordido a cualquier edad, con mayor tendencia

en sectores de productividad agrícola, pecuario y pesquero dada la exposición a elementos naturales que hace proclive encontrar serpiente y/o ser mordido por éstas, lo que vulnera el cuerpo físico, perturba lo emocional y mental, contempla riesgo secuelar y/o muerte. En este sentido, el envenenado por serpiente, acude a emergencia, empero, su primer contacto se reduce a toma de paraclínica y queda en triaje, por espera de resultados, sin expandir de inmediato, lo que traduce atención hospitalaria aparente, equivalente a quedar desatendido dentro del Hospital, y fragmenta la confiabilidad social.

Sin embargo, no se denuncia, solo queda expuesto ante porteros, enfermeras y algún médico, interpretado como problema latente que es visto como normal. No obstante, la para-clínica apoya verificar diagnóstico clínico, pero el envenenamiento ofídico en sí mismo, es emergencia, donde tristemente no se lleva cronometría entre aparición de síntomas y atención hospitalaria, que determina vida o muerte, por tanto, la emergencia se espera que defina rapidez, cuidados inmediatos y antivenina.

Sin embargo, accidente ofídico sugiere proceder del medio rural, rural disperso, sin pensar en desplazamiento poblacional y ubicación urbana, que no atribuyen como posible, por tanto; desestiman procedencia, lo cual acarrea error no calculado por el médico y desde lo jurídico, está sujeto a negligencia por inobservancia, falta de actualizar contextos que se fundamentan en el cambio climático y calentamiento global, que llevan en el ofidio posible cambio fenológico y huye para buscar alimento fuera de su ecosistema natural.

Por consiguiente, la amenaza biológica se ve como imposible en la ciudad y desestimada, convirtiendo el cuadro clínico en diagnóstico diferencial, de frente a envenenamiento Elapídico y Crotálico, lo cual, posterga la atención hospitalaria. Desde esta perspectiva, la matriz onto-epistémica que guía la investigación yace en las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud quien declaró: “accidente ofídico es enfermedad desatendida” (2), y para la Organización Panamericana de Salud “accidente ofídico es enfermedad priorizable” (3), que posteriormente OMS lo declara: “ha incrementado accidente ofídico a nivel global y (...), y déficit de antivenina” (4).

Sin embargo, la catedrática e investigadora en Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” (Unellez), Venezuela, Barrios, en IX Simposio Internacional de Currículo y Políticas Educativas, afirma: “hay riesgo ofídico ante la transformación del paisaje urbano” (5).

A los efectos, partiendo de las Resoluciones OMS-OPS se debe re-escribir ofidismo, en pro de *mejorar la atención ante el incremento de morbi-mortalidad global*, pero, también se debe revisar el impacto que causa el proceso de Globalización y Desarrollo, llegando a consenso en lo inherente a ecosistemas naturales debido a acción antrópica en bosque, selva, ríos y mares, que permite salida a insectos, microorganismos y diversidad de especies, entre ellas, los ofidios (3,4).

Así, según afirma Barrios “este problema social se transforma a proceso social, pero, no cuenta con población expositiva (...), siendo sectorizado exclusivamente a salud, por tanto, no puede debatirse en políticas públicas” (5). Desde este punto de vista, epidemiología vigila la atención hospitalaria y garantiza devolver salud al usuario y asume como pilar fundamental que coadyuva al diagnóstico-tratamiento; pero, en ofidismo, se requiere una atención inmediata y especializada, para evitar nuevos problemas de salud al mordido por serpiente, pues, el hecho de depredar la serpiente, ya es un problema, donde la atención médica interpreta correr contra el tiempo, e incluye traslado al Hospital y espera dentro de la Institución, donde como usuario recibe una atención que en algún momento, no racionaliza el problema al desconocer cronología del evento, sin integrar riesgo de vida.

Por tanto, la no atención inmediata al portador de ofidismo es indicador de atención aparente, porque la demora en dicha atención define posibilidad de complicación, como expresa OMS, cuando declara: “accidente ofídico es enfermedad tropical desatendida y problema de salud pública global en países pobres que lo padecen” (1).

Bajo este paradigma, para la Autora del artículo, atención hospitalaria efectiva tiene carácter inmediato, no obstante, el paciente envenenado por ofidio, se estrella en lo imaginario del primer contacto en emergencia, al no ocupar cama,

ser expandido, retirarle torniquetes o sustancias de la impronta y se aborda como práctica médica general y queda en triaje. Desde lo crítico y reflexivo, ofidismo no puede, ni debe ser generalizado, pues la metodología empleada para enfermedades infectocontagiosas, no califica para casos graves o envenenamiento y, expone al paciente a la posibilidad de muerte, por lo cual, permanecer en triaje no es sostenible y configura debilidad conceptual y error no calculado por el médico, donde no se considera el tiempo transcurrido por traslado o intentar conseguir antivenina, el cual, puede ser decisivo; por consiguiente, desde el Código de Deontología, “atenta contra la ética y puede llegar a ser visto como acto criminal” (6).

No obstante, envenenamiento Bothrópico moderado, leve o asintomático (mordedura seca), desdibuja la realidad, pues la atención simple y aparente inicia en el segundo contacto con emergencia, al evaluar paraclínica, determinante para ser ingresado o marcharse, aun, ante la falta de confiabilidad laboratorial, que para efectos de investigación se debe verificar con TC manual. Lo así enunciado, demuestra en lo académico una debilidad formativa conceptual y de contexto, y la atención en sala de choque, ‘como aparente’ urge ser corregida para mejorar la atención hospitalaria, porque hay corresponsabilidad en escala jerárquica del organigrama Institucional.

De esta manera, Barrios señala que se trata de desinformación en el tema y conlleva al paciente a fabricar comportamientos poco ortodoxos inherentes al saber popular, pues como no se revisó, ni expandió, ni retiró torniquetes o emplastos, se cansa de esperar o al carecer de dinero para realizar exámenes se marcha del Hospital (7).

MATERIALES Y MÉTODOS

El ofidismo debe ser visualizado como indicador de atención hospitalaria y para efectos de investigación, esa cosmovisión define: lo inmediata, no aparente, ni negligente o error no calculado del médico, por ende, la atención hospitalaria del accidente ofídico mide lo formativo de quien recibe al envenenado y siendo cuidado sinónimo de atención, estas cabalgan en sí mismas.

Para efecto metodológico, la investigación es cualitativa por multi-método; prospectiva por estudio de casos; duración trece semanas en: Hospital Dr. Luis Razetti-Barinas; consentimiento informado; paradigma analítico interpretativo; instrumento propio; población-muestra opinática; entrevista; comprueba, valida y triangula resultados con especialistas.

RESULTADOS

El accidente ofídico es problemas de todos, ya que, estamos expuestos en un momento determinado y solo es cuestión de probabilidad el padecerlo. Para efecto de la investigación, entre noviembre 2023 a marzo 2024 ingresaron 63/70 casos (90%), donde 7 casos fueron asintomáticos, sin alteración laboratorial, por tanto, no se hospitalizaron, Sin embargo, el 90% no se evolucionó posterior a administrar antivenina de parte del residente y hubo poca o ninguna disposición a permanecer en revista con Toxicólogo y no así, para otros envenenamientos. Se resaltan situaciones inesperadas como; fuga (5 casos); solicitud de egresar independientemente su estado, posterior a recibir antivenina y órdenes médicas equivocadas dentro de algunas historias (digitalización y traslado UCI) en 5 casos, y además, desapareció una historia clínica de 1 caso complicado (adulto). Por otra parte, en la historia clínica falta información del evento o se transcribe con error (90% casos), sin relacionar actividad; causalidad o interacción con el ofidio. No obstante, 62 casos (88.5%), con atención hospitalaria aparente, mantuvo triaje entre 3-5 horas, donde solo tomaron muestra para laboratorio y solo aquellos con alteración bioquímica fueron hospitalizados, no obstante, quien recibe al paciente, a veces no comunica del caso al especialista, y tampoco le solicita al paciente asintomático control de paraclínica para 24 horas. Respecto a cómo abordar al envenenado grave (3 casos), hay debilidad mayúscula en hacer diagnóstico y no así, en casos moderados y leves, que dan tiempo a interconsulta y el paciente aguanta. Así, hubo un caso Crotálico que fue confundido con Bothrópico, con sangrado profuso, impronta 4.5cm, alucinaciones, cefalea intensa; agitación psicomotriz, y antecedente de pérdida el conocimiento después del evento.

Al llegar al Hospital, solo fue expandido y esperó 1½ hora a recibir laboratorio para administrar antivenina (2 kits-única existencia), sin realizar TC manual; a pesar del acompañamiento telefónico que recibe del Toxicólogo. Tal situación descontextualiza la lógica del problema, pues, para los Toxicólogos, Rivas y Vescanse quienes rescatan la investigación del Hospital de Coche-Caracas, Venezuela, S/F), la referencia, hace indispensable: El medico clasifica el envenenamiento, por número de segmentos y edema; sangrado profuso de heridas y gingivorragia, o emisión de orina y coloración, por tanto, toma la muestra, pero, hace TC manual en tubo seco, sin anticoagulante y guía por la friabilidad del coágulo a 10, 15 y 20 minutos, sin obviar interrogatorio inherente a ser portador de discrasia sanguínea; uso de fármacos tipo aspirina infantil, warfarina, heparina y vitamina E, cúrcuma, que prolongan tiempo de coagulación (8,9).

Desde esa perspectiva, ofidismo revela complejidad en su manejo y por atención hospitalaria, que requiere inmediatez y conocimiento, y no, espera latente, silenciosa hasta tener resultados, existiendo clínica evidente y deterioro progresivo, así, administrar 2 Kits de antivenina, sugiere que se debía referir de inmediato y no hacerlo, pues conlleva riesgo epidemiológico (por dotación) y aunque se trató de resolver por vinculación y comunicación con otros centros asistenciales (conseguir el antídoto en fin de semana, día domingo, por 13 hs), la acción fue fallida.

Lo expuesto demuestra pérdida de tiempo ante la evolución tórpida del paciente, que, a pesar del acompañamiento telefónico, no logró evitar errores u omisiones en tratamiento. Lamentablemente, hubo debilidad al no considerar la cronología en el traslado (ambulancia y combustible), donde transcurrió en el primer traslado hasta Hospital de municipio, que se hizo en moto (2 horas), más el tiempo de espera por resultados, que favorece daño irreparable al estimar una impronta de 4.5cm en todas las lesiones; a lo cual suma, 6 horas hasta llegar a centro de referencia (9 horas en tránsito). En este sentido, el paciente ingresó a las 21:30 horas al Hospital de referencia, con sangrado profuso por heridas; pupilas mióticas, desviadas arriba a la izquierda, sin respuesta al haz de luz; relajación de esfínteres y deceso 8½ horas después o 22 horas post evento.

Para efectos, se resalta que hubo total falta de convocatoria para revisar o actualizar ofidismo de parte de epidemiología y, donde el médico tratante, expone en la historia lo siguiente: Masculino de 41 años, sano, que viaja en moto por carretera y ante necesidad fisiológica, aparca y se adentra en el monte a orinar, lo cual hace en una especie de caucho negro, de 30 cm de alto que orinó, pero era una serpiente enrollada que lo atacó en piernas, muslos, tronco, codo, antebrazo y codo; refiere se defendió y salió del monte para ser auxiliado y pierde el conocimiento, lo trasladan en moto, hasta Hospital de municipio.

En concordancia, el tratante tiene error no calculado, sin hacer conciencia del tiempo de traslado inicial; caso grave en fin de semana que reduce posibilidad de encontrar antídoto. Empero, otros dos casos graves tampoco fueron debatidos; el primero (en centro de referencia y se descubre por hallazgo), “envenenado por *Micrurus* donde el médico desestima el caso y realiza diagnóstico diferencial”, aquí se asume un comportamiento individual y falta de conciencia para atención hospitalaria en ofidismo que, sin comunicar el caso a especialista, de no ser descubierto por hallazgo y aplicar tratamiento inmediato, hubiera sido un deceso.

Pero, el segundo caso ocurrido en Hospital de municipio, evidencia como se confunde un caso de *Crótalus* con *Bothrops*, aun llevando la serpiente depredada; donde hacen caso omiso del envenenamiento, no se hace énfasis en cefalea intensa y emesis incoercible y maneja sin expansión, con antihistamínicos, analgésicos y protector gástrico, y donde la herida de 1.5cm, realizada con navaja sobre la impronta, ni siquiera se explora y compara para establecer diagnóstico.

En la reciente Conferencia dictada por Barrios, en el Congreso Internacional Multidisciplinario, Humanidad, en Ecuador, la catedrática expresa, en relación a la Vulnerabilidad socio-ambiental del accidente ofídico en el contexto de políticas públicas: Transitamos sobre vacíos legales imperceptibles inmersos en una realidad social; se desestima el impacto a lo natural y trascendencia de este problema social, convertido en proceso social en una población no expositiva y susceptible de ser silenciado, aun siendo de salud pública.

Esto traduce modificar el esquema de análisis práctico actual, por un esquema teórico-analítico integral que priorice envenenamiento y accidente como riesgo multi-factorial y que el médico en formación no se desentienda y crea que es exclusivo del Toxicólogo (10). Así, en el primer caso grave, hubo inobservancia grave en el médico de emergencia, se desconoció cronología y cronometría de síntomas y desatención de la gravedad del cuadro clínico, de igual forma, en el segundo caso clínico (Micrurus), el médico reclamaba la paraclínica y no aporta atención ante la instalación súbita de clínica respiratoria y neurológica, tras ser mordido por coral y deja al paciente sentado frente al escritorio, en triaje, durante dos horas; esto tipifica como falla de formación, donde se desconoce el deterioro progresivo del envenenado.

En cuanto al especialista, este desestimó el diagnóstico, opinando: “no hay envenenamiento por coral desde hace seis años en el Hospital y menos urbano, eso puede ser: intoxicación, problema psiquiátrico o por drogas”. Al respecto, el Código Deontología Médica de la República Bolivariana de Venezuela, Título II. Capítulo Primero, Deberes generales de los médicos”, Artículo 2, cito: “el médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales, procurar estar informado de avances de conocimiento médico.

La actitud contraria, no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente ayuda requerida” (6). Por otra parte, Artículo 26, señala: El médico debe evitar la indicación de exámenes injustificados, lo mismo que hospitalizaciones innecesarias para la realización de exámenes para-clínicos que, por su misma naturaleza, pudieran muy bien efectuarse en condiciones ambulatorias. (...). Las hospitalizaciones innecesarias, aparte de los problemas emocionales que acarrearán, contribuyen al incremento injustificado del costo de servicios médicos (6). En efecto, la atención hospitalaria prestada puede calificar como negligente y pudo llegar a tipificarse como conducta delictiva; ya que, a 3h 45 minutos de llegar a emergencia, sin ser hospitalizado y presentando clínica neurológica y crisis de tos cada 2 minutos, concomitante cianosis distal, peri-oral y ungüéal; dolor precordial, trastorno vasomotor, pupilas midriáticas, luego mióticas, solo plantean infarto, e intentan realizar EKG; mientras, llegan los resultados a las 16:05 horas, sin alteración.

En este caso, fue por presión social, que obligó al especialista a autorizar antivenina Elapídico de Costa Rica y una vez administrada, transcurridos 20 minutos, inició remisión de síntomas, persistiendo picos de tos por 6 horas más. Al inter-consultar vía correo electrónico, al experto internacional, Dr. Gutierrez, Instituto Clodomiro Picado- Costa Rica; Universidad de Costa Rica, opinó: La antivenina Elapídico de Costa Rica solo presenta 20% de veneno de serpientes de coral autóctonas de Venezuela, por tanto, eso influye en persistencia de picos respiratorios. (...), afortunadamente para el paciente, fue una laceración, por tanto, la sintomatología fue progresiva y no abrupta (11).

Paradójicamente, la historia clínica no permitió ver causalidad y tampoco, la inobservancia ante aparición de síntomas, ni interacción con amenaza biológica, por tanto, reduce la posibilidad de corregir casos que requieren ser debatidos para dejar enseñanza, situación que limita la investigación retrospectiva.

Así, para Barrios “hay que integrar lo ambiental y evaluar transformación del paisaje, porque se reduce el nicho ecológico y lleva al ofidio a migrar buscando alimento y vuelve, indicador de cambio climático y calentamiento global” (5).

De acuerdo a, Arias; Artigas “no encontrar evidencia en investigación local, regional, nacional o internacional al elaborar Estado del Arte sobre causalidad en la línea investigativa, convierte la investigación en brecha” (12). Empero, Barrios opina: Hay falta de vigilancia epidemiológica cuando no se ataca factores intervinientes y/o causales, no exclusivos al sector salud. Sin embargo, la historia clínica no reconstruye el evento y desvirtúa la información que no define causalidad, enfocando solo ocurrencia, pero, el manejo hospitalario, no define criterios para administrar antivenina (13).

A título ilustrativo, hubo complicación (2 casos) en adultos, que tardíamente acudieron a emergencia de Hospital de municipio y sobre la impronta aplicaron emplastos y hasta hidrocarburo, en apego al saber popular o cultural social, manifestando comportamiento psico-patológico; mientras, 3 casos (dos pre-escolares y una escolar), con envenenamiento por Bothrops, presentaron celulitis en la extremidad, acudiendo directamente a Hospital de referencia, pero, entre traslado y triaje de 4-5 horas(espera de resultados), superó 8 horas en todos los casos.

Por otra parte, el acompañamiento telefónico ocurrió en 40 casos con sintomatología confusa; inconsistencia en paraclínica; sin comprobar TC manual. Entonces, desde la base de ¿qué hacer?, ¿cómo hacer?, ¿para qué hacer?, hay debilidades inherentes a atención hospitalaria que se desmarcan de formación académica del médico y a su vez, en la historia no se recogen datos de estructura socio-cultural, habitabilidad, vulnerabilidad socio-ambiental; y cotidianidad de la amenaza biológica como controlador poblacional sujeta a factores que coadyuvan en la causalidad.

No obstante, es necesario intervenir sobre conceptualizaciones históricas, más o menos recientes, que señalan que el accidente ofídico se presenta mayoritariamente en localidades rurales y los meses que generan mayor cantidad de casos son: agosto y diciembre; por tanto, son contrarias al momento histórico que vive el planeta por calentamiento global y cambio climático.

CONCLUSIONES

En el accidente ofídico como problema social, la causalidad coadyuva a calentamiento global, cambio climático y proceso globalizador, por tanto, el envenenamiento se convierte en indicador de atención hospitalaria ante la evidencia de desaciertos y equivocaciones, falta de criterio clínico y terapéutico, donde se debe minimizar el impacto a la salud y no dejar el paciente en triaje hasta llegar resultados, pues, esto reinterpreta desinformación; conceptualización histórica y mecanización diagnóstica, que delata ofidismo como problema de salud pública y define enfermedad desatendida cuya población no moviliza masas, ni tiene carácter expositivo.

Al respecto, el manejo de casos graves, moderados, leves y asintomáticos evidenció necesidad de re-escribir el ofidismo, hacer énfasis en la formación académica al no diferenciar sintomatología entre especies ofídicas de interés médico y porque se generaliza el análisis práctico del manejo terapéutico respecto al envenenamiento más frecuente (Bothrópico), cuyo análisis crítico y teórico de amenaza biológica, donde se desconoce gravedad del envenenamiento.

Esta investigación demostró que el médico general, no le da importancia a la impronta y obvia la clínica, sin embargo, en lo terapéutico, tampoco comprueba por TC manual el sangrado profuso y/o la falta de credibilidad en el laboratorio; por otra parte, en el ejercicio práctico se evidenció desconocer criterios de administración de la antivenina, aunque exista franco deterioro cognitivo y nos preguntamos: ¿qué hacemos mal?; y seguimos cometiendo los mismos errores. El Planeta presenta emergencia climática y con él, la diversidad biológica, donde hay especies ofídicas con adaptabilidad a nuevos entornos e incrementan exponencialmente su población; no reflexionamos y obviamos tomar conciencia para resolver el problema ofídico, sin generar estrategias efectivas en prevención, en un punto donde la letalidad del veneno a veces no remite con antivenina y sigue la sintomatología.

Paradójicamente, la atención hospitalaria en casos graves manejados, define atención aparente, negligente y error de cálculo y quien cuida la salud, no opinó, no convocó, y no llamó especialistas para de-construir los casos desde la equidad, justicia social y ética, para aprender de errores cometidos, sobre evidencia científica, pues, accidente ofídico es problema de todos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud Las mordeduras de Serpiente, un problema de salud mundial. [En línea] (WHO-2019a, mayo-7) Recuperado en <https://news.un.org>
2. Organización Mundial de la Salud Rabies and Envenoming's. A neglected public health issue Word Health Organization, Geneva. [En Línea] (OMS / WHO, 2007a). Recuperado en: <https://www.who.int/bloodproducts/animal>
3. Organización Panamericana de Salud (PAHO / OPS, Resolución CD49.R19: Eliminación de enfermedades desatendidas y otras afecciones relacionadas a la pobreza. [En línea] (2007) Recuperado en: <https://ww.paho.org>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS / WHO) Mordeduras de Serpientes venenosas. [En línea] (2021, mayo-17) Recuperado de: <https://who.int>
5. Barrios A, Doris. Riesgo ofídico ante la transformación del Paisaje urbano. Conferencias centrales. IX Simposio Internacional de Currículo y Políticas Educativas. Universidad de Magdalena, Colombia. Memorias 4ta. Edición Anual (2023, feb. 2023) [En línea] Recuperado de: <https://portal.issn.org.2619-5135>



6. Código de Deontología Médica, de la República Bolivariana de Venezuela (1985). [En línea] Recuperado de: <https://dods.venezuela.justia.com>
7. Barrios A, Doris Accidente ofídico: enfermedad desatendida y Problema de salud pública. Rev. Más Vita. Vol. 5(3). (2023a). [En línea] Recuperado en: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0203>
8. Rivas, Jesús (2023). Toxicólogo de Planta. Adjunto de Servicio, quien aportó Acompañamiento durante la pasantía, siendo entrevistado.
9. Vescanse M, Luis (2024). Toxicólogo, Tutor Empresarial de Pasantía HLR-B
10. Barrios A, Doris Vulnerabilidad socio ambiental del accidente ofídico en el contexto de políticas públicas. Congreso Internacional Multidisciplinario Humanidad. Ecuador(2024).. [En línea] Recuperado de: <https://acvenisproh.com/libros/index.php/presprint>
11. Gutiérrez JM, Calvete JJ, Habib AG, Harrison RA, Williams DJ, Warrell DA. Snakebite envenoming. Nat Rev Dis Primers. 2017; 3:17063. doi: 10.1038/nrdp.2017.63
12. Arias, Fidias; Artigas, Wileidys (2022). Cómo plantear problemas científicos Relevantes identificando brechas de investigación. Rev. Mujer Andina. Vol. 1 (1). DOI: <https://doi.org/10.36881/ma.v1i1.644>
13. Barrios A, Doris Políticas públicas: Lo conceptual y de Contexto. Rev. De Ciencias Sociales y Humanas. Prohominum. Vol. 5 (4). (2023b). [En línea] Recuperado de: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH0205>

