



Resolución Directoral

Huancayo, 29 de Enero del 2025

VISTOS:

El Acta de reunión CSST N° 005-2024, de fecha 30 de diciembre del 2024, el Reporte N° 126-2024-GRJ-DRSJ-RSVM/ORRHH-SO, de fecha 30 de diciembre del 2024, el Reporte N° 05-2025-GRJ-DRSJ-RSVM/ORRHH, de fecha 06 de enero del 2025 y el Memorandum N° 08-2025-GRJ-DRSJ-RSVM-DE, de fecha 09 de enero del 2025, sobre aprobación la Guía para Manejo Post-Exposición Ocupacional por agentes Biológicos VIH, VHB y TBC.

CONSIDERANDO:

Que, conforme al Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; siendo la protección de la salud de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, cualquiera sea la persona o institución que provea en condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos

Que, el artículo 79° de la Ley N° 26842, Ley general de Salud, establece que la Autoridad de Salud queda facultada a dictar las medidas de prevención y control para evitar la aparición y propagación de enfermedades transmisibles. Todas las personas naturales o jurídicas, dentro del territorio, quedan obligadas al cumplimiento de dichas medidas, bajo sanción.

Que, la Ley N° 29783, "Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo", tiene por objetivo promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país. Para ello cuenta con el deber de prevención de los empleadores, el rol de fiscalización y control del Estado y la participación de los trabajadores y sus organizaciones sindicales, quienes, a través del diálogo social, velan por la promoción, difusión y cumplimiento de la normativa sobre la materia.

Que, con la Resolución Ministerial N° 480-2008/MINSA de fecha 17 de julio de 2008, se aprueba la Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales.

Que, con Resolución Ministerial N° 768-2010/MINSA de 06 de octubre de 2010, se aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional para la Prevención del VHB, VIH, y la TB por Riesgo Ocupacional de los Trabajadores de Salud 2010-2015".

Que, con Resolución Ministerial N° 312-2011/MINSA de 25 de abril de 2011, se aprueba el Documento Técnico "Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de los Exámenes Médicos Obligatorios por Actividad".





Resolución Directoral

Huancayo, 29 de Enero del 2025

SE RESUELVE:

Artículo Primero. – APROBAR, con eficacia anticipada al 09 de enero del 2025, la **Guía para Manejo Post-Exposición Ocupacional por agentes Biológicos VIH, VHB y TBC de la Red de Salud Valle del Mantaro** - Unidad Ejecutora 408, Dirección Regional de Salud de Junín del Gobierno Regional de Junín, el mismo que consta de veinte y siete (27) folios, que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo Segundo. - NOTIFICAR, la presente a la responsable del Área de Salud Ocupacional, para su conocimiento y fines pertinentes.

Comuníquese, Regístrese y Publíquese.

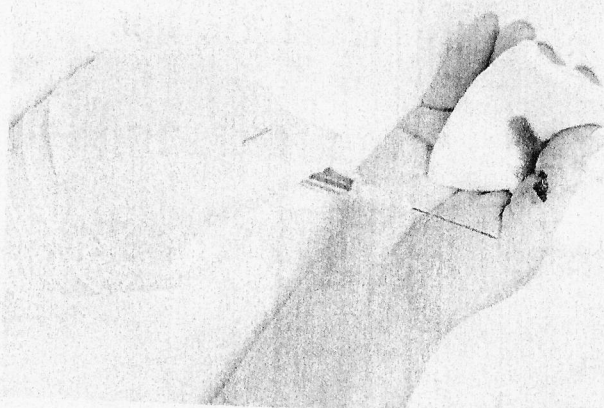
GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

M.C. Nancy Luz Baquerizo Inga
CMP 109355
DIRECTORA EJECUTIVA

Red de Salud Valle del Mantaro

Guía para Manejo Post-Exposición Ocupacional por agentes biológicos

VIH, VHB y TBC



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Ratificado por:
Mg. Edith Silvia Pariona Salazar Mg. Esp. Cleide Corilloclla I. <i>Firma</i> GOBIERNO REGIONAL - JUNIN DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO	MC. Sofía Olivera Nuñez Mg. Esp. Cleide Corilloclla I. <i>Firma</i> GOBIERNO REGIONAL - JUNIN DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO	Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo	Mg. Alonso Calderón Quispe <i>Firma</i> GOBIERNO REGIONAL - JUNIN DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
Lic. Cleide Kelly Corilloclla I. CEP 177-031 RNE 019211 AREA DE SALUD OCUPACIONAL Y UNIDAD DE BIENESTAR DE PERSONAL	MC. Sofía Olivera Nuñez CEP 75345 AREA SALUD OCUPACIONAL GOBIERNO REGIONAL - JUNIN DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO		Mg. Alonso Artemio Calderón Quispe CEP 8185 DIRECTOR EJECUTIVO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
MICRO RED DE SALUD CHACA

Mg. Edith Silvia Pariona Salazar
ESP EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
ESP SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA
CEP 14641 - RNE 4409

ORRH- Salud Ocupacional

Versión 1.0-24



REPRESENTANTES DEL CSST		FECHA:	Nº DE ACTA
APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FIRMA	
Palacios Lara Binser José	Presidente		
Almonacid Vila Anderzon César	Secretario		
Muñoz Huamán Miriam Natali	Titular		
Hinostroza Romero Ronald Glicerio	Titular		
Buendía Turín Jesús Augusto	Titular		
Colonio Ñahui Evelin Magaly	Titular		
Hilario Mateo Oscar Raúl	Titular		
Morales Lazo Blanca Alicia	Titular		
Gutarra Villanueva Luz Heydi	Titular		
Damas Rosales Antonio	Titular		
Samaniego Chavez Rocio	Titular		

Índice

I. FINALIDAD.....	1
II. OBJETIVOS	1
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	1
IV. BASE LEGAL.....	1
V. DEFINICIONES	2
VI. POST EXPOSICIÓN A VIH-VHB.....	4
VII. POST EXPOSICIÓN A TB.....	10
VIII. ACCIONES PREVENTIVAS.....	11
IX. ANEXOS.....	15
Anexo 1: Flujograma de Atención Post exposición a VIH-VHB	15
Anexo 2: Consentimiento Informado.....	16
Anexo 3-A: Ficha Única de Aviso de Accidente de Trabajo- MINSA.....	17
Anexo 3-B: Ficha Única de Aviso de Accidente de Trabajo- ESSALUD	18
Anexo 4: Instructiva ficha única de aviso de accidentes de trabajo	19
Anexo 5: Flujograma de Atención Post exposición a TB	21
Anexo 6: Ficha de despistaje de TB ocupacional	22

I. FINALIDAD

Disponer de una guía a nivel institucional para el manejo post-exposición ocupacional al VIH, VHB y TBC en los servidores(as) de salud de la Red de Salud Valle del Mantaro que permita una correcta vigilancia y control oportuno de los accidentes laborales y enfermedades ocupacionales.

II. OBJETIVOS

1.5. Objetivo General

1.5.1. Disponer de un protocolo estandarizado a nivel institucional para el manejo post-exposición ocupacional al VIH, VHB y TBC, en los servidores(as) de la Red de Salud Valle del Mantaro.

1.6. Objetivo Específico

1.6.1. Disminuir el riesgo de infección por el VIH, VHB y TBC post-exposición ocupacional.

1.6.2. Mejorar el nivel de conocimientos y conducta del personal frente a la ocurrencia de post-exposición Ocupacional por agentes biológicos VIH, VHB y TBC.

1.6.3. Promover que el personal de salud en su totalidad cumpla con el calendario de vacunación vigente.

1.6.4. Comprometer y sensibilizar a las jefaturas asistenciales y administrativas para que asuman su respectivo rol frente a los accidentes post-exposición ocupacional, brindando facilidades de atención y la referencia oportuna a ESSALUD u Hospital Carrión según corresponda.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Lo establecido en la presente Guía es de aplicación y cumplimiento obligatorio a todos los servidores(as) y SERUMS asistenciales y administrativos independientemente de su vínculo laboral que laboren en la Red de Salud Valle del Mantaro y estudiantes, internos, externos que realicen sus prácticas pre profesionales dentro de nuestra institución.

IV. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- ✓ Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- ✓ Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.



- ✓ Decreto Supremo N° 009-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 009-2005-TR, que aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Decreto Supremo 007-2007-TR, que modifica Artículos del D. S. N° 009-2005-TR, Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Resolución Ministerial 148-2007-TR, que aprueba el Reglamento de Constitución y Funcionamiento del Comité y Designación de Funciones del Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo y otros documentos conexos.
- ✓ Resolución Ministerial N° 480-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 68-MINSA/DGSP- V.1, Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales.
- ✓ Resolución Ministerial N° 554- 2007/MINSA, que resuelve conformar el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Administración Central del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 511-2004/MINSA, que aprueba la "Ficha Única de Aviso de Accidente de Trabajo y su instructivo anexo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 768-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015.
- ✓ Resolución Ministerial N° 258-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Salud Ambiental 2011- 2020.
- ✓ Resolución Ministerial N° 258-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de Exámenes Médicos obligatorios por actividad.
- ✓ Resolución Ministerial N° 826-2024-MINSA que aprueba la NTS N° 215-MINSADGIESP-2024, Norma Técnica de Salud: Seguridad y Salud en el Trabajo del Sistema de Salud

V. DEFINICIONES

- 1.1. Accidente de Trabajo (AT):** Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, y aun fuera del lugar y horas de trabajo. Según su gravedad, los accidentes de trabajo con lesiones personales pueden ser:

- a. **Accidente Leve:** Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, que genera en el accidentado un descanso breve con retorno máximo al día siguiente a sus labores habituales.
 - b. **Accidente Incapacitante:** Suceso cuya lesión, resultado de la evaluación médica, da lugar a descanso, ausencia justificada al trabajo y tratamiento. Para fines estadísticos, no se tomará en cuenta el día de ocurrido el accidente.
 - c. **Accidente Mortal:** Suceso cuyas lesiones producen la muerte del trabajador. Para efectos estadísticos debe considerarse la fecha del deceso.
- 1.2. Caso Fuente:** Paciente con infección por VIH del que procede algún fluido al que está expuesto el personal de salud en caso de un accidente laboral.
- 1.3. Caso probable de TB:** Se denomina así a la persona que presente síntomas o signos sugestivos de TB, incluye a los síntomas respiratorios.
- 1.4. Caso de TB:** Se denomina así a la persona a quien se le diagnostica TB (Pulmonar o extrapulmonar). Todo caso de TB debe ser registrado por el establecimiento de Salud en el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB), inicie o no el tratamiento.
- 1.5. Caso de TB Pulmonar:** Se denomina así a la persona a quien se le diagnostica TB con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopía, cultivo o prueba molecular rápida). En presencia de compromiso, tanto pulmonar como extrapulmonar, el caso se define como TB pulmonar. Los casos de TB miliar se definen como TB Pulmonar.
- 1.6. Caso de TB Extrapulmonar:** Se denomina así a la persona a quien se le diagnostica TB en órganos diferentes a los pulmones. El diagnóstico se basa en un cultivo, prueba molecular rápida positiva, evidencia histopatología y/o evidencia clínica de enfermedad extrapulmonar activa.
- La afección pleural o ganglionar intratorácica, sin anormalidades radiográficas en parénquima pulmonar, constituyen un caso de TB extrapulmonar.
- 1.7. Equipo de protección respiratoria:** Dispositivo de protección personal diseñado para logara un buen ajuste facial y una filtración eficiente de partículas en el aire, incluidos los aerosoles, siempre que se pruebe y verifique el sellado al utilizarlo.
- 1.8. Enfermedad profesional u ocupacional:** Es una enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo relacionadas al trabajo.
- 1.9. Exposición ocupacional al VIH:** Acto en el cual un personal de la salud, durante su jornada laboral, se expone a sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados con VIH a través de una lesión percutánea (punzante o cortante) o de mucosas.

- 1.10. Exposición ocupacional al VHB:** acto en el cual un personal de salud durante su jornada laboral, se expone a sangre, tejidos o fluidos potencialmente contaminados con el virus de la Hepatitis B a través de una lesión percutánea (pinchazo o corte) o de mucosas o piel.
- 1.11. Persona protegida contra el VHB:** Es toda persona que recibe el esquema completo de vacunación contra el VHB y presenta anticuerpos anti antígenos de superficie del VHB (Anti HBsAg) a títulos mayores a 10 mili unidades internacionales(mUI)
- 1.12. Personal de salud /Trabajador de salud:** Toda persona que realiza actividades "con o sin remuneración" dentro de un establecimiento de salud independientemente de su función o área de trabajo; asimismo, "persona que labora realizando actividades preventivas promocionales recuperativas y de rehabilitación de salud" además desempeña una actividad laboral subordinada o autónoma.
- 1.13. Profilaxis Post-Exposición al VIH:** Es la administración de antirretrovirales para disminuir el riesgo de transmisión del VIH luego de una exposición ocupacional.
- 1.14. Vacuna contra Hepatitis B:** Vacuna inactivada recombinante que contiene el antígeno de superficie (HBsAg) de la Hepatitis B obtenido por técnicas de recombinación genética.

VI. POST EXPOSICIÓN A VIH-VHB

1.15. DEL REPORTE, REGISTRO, DERIVACIÓN Y NOTIFICACIÓN

- 1.15.1. Reporte:** Todo trabajador de salud que tuviera un accidente post-exposición Ocupacional por agentes biológicos VIH y VHB, obligatoriamente deberá de informar a su jefe inmediato del hecho; para ser derivado al responsable del manejo inmediato, asumiendo este rol el Jefe de Guardia de emergencia / Médico de guardia del Departamento de Medicina correspondiente al turno y comunicar al responsable de Salud Ocupacional.
- 1.15.2. Registro:** Se debe de rellenar el formato de registro de accidente de trabajo POR DUPLICADO, lo cual debe estar firmado y sellado por el jefe inmediato o de Recursos Humanos según corresponda. (ANEXO 03 A-B)
- 1.15.3. Derivación:** Todo caso de post-exposición Ocupacional por agentes biológicos VIH y VHB, deberá ser derivado. Al ESSALUD en caso de servidores que cuenten con el seguro activo o al Hospital Daniel Alcides Carrión para aquellos

servidores(as), estudiantes, internos y externos que cuenten con SIS. (ANEXO 01)

1.15.4. Notificación: Se deberá llenar la ficha de notificación y se consignarán los siguientes datos:

- Fecha y hora de la exposición.
- Fecha y hora de registro.
- Detalles sobre el procedimiento realizado (como ocurrió la exposición, tipo de instrumento médico-quirúrgico usado, etc.).
- Detalles de la exposición: tipo de fluido, material, y severidad de la exposición; en exposición percutánea: la profundidad, si se inyectó material o si hubo exposición de membrana mucosa, el estimado del volumen y el tiempo que duró la exposición.
- Detalles acerca de la fuente de exposición (si el material contenía VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, el estadio clínico del paciente, historia de uso de antirretrovirales, recuento de linfocitos T CD4 y carga viral VIH).
- Detalles acerca de la consejería, manejo de la post-exposición y seguimiento.

La ficha de notificación del caso, será enviada a la Oficina de Epidemiología, acorde a la normatividad vigente de vigilancia epidemiológica. Asimismo, una copia será incluida en la historia clínica.

1.16. PROCEDIMIENTO POST EXPOSICIÓN A VIH-VHB

1.16.1. Si el accidente de trabajo es punzocortante se debe considerar lo siguiente:

- Suspender de forma inmediata la actividad que venía realizando y mantener la calma.
- Retire el material de protección (ropa de trabajo o equipos de protección personal)
- Identifique el material agresor y/o fuente de exposición, si hay presencia visible de sangre, si estuvo en una arteria, vena o contacto con líquidos considerados de alto riesgo (VHB, VIH, VHC); además observar el calibre del objeto punzo cortante, si es aguja acanalada o sólida.
- Lavar la lesión con abundante agua corriente y jabón
- Desinfectar la herida con un antiséptico (Gluconato de Clorhexidina o povidona yodada).

- Cubrir con un apósito de gasa.

***No presione la herida** para obligarla a sangrar, porque induce a hiperemia lo que puede aumentar el riesgo de adquirir una infección. En ningún caso se aplicarán agentes cáusticos, (blanqueador) o la inyección de antisépticos o desinfectantes en la herida.

- Observa la magnitud del accidente.

A. Severidad de la exposición

a. Exposición con riesgo:

- ✓ Herida profunda que causa sangrado, provocada por un instrumento con lumen, lleno de sangre o líquido corporal de riesgo o que a simple vista luzca contaminado
- ✓ Exposición de mucosas o heridas, a sangre o líquido corporal a simple vista contaminado con sangre.
- ✓ Derrame de sangre o líquido corporal con riesgo en una solución de continuidad de la piel tales como herida, dermatosis o eczema.

b. Exposición con riesgo conocido: cuando las exposiciones provienen de una persona fuente positivo para VIH(+) y/o VHB(+).

c. Exposición sin riesgo: Herida superficial que no causa sangrado, escarificación; o herida con instrumento que no está a simple vista contaminado con sangre o líquido corporal con riesgo.

B. Factores relacionados con el accidente

a. De la profundidad del pinchazo:

- ✓ Inoculación accidental superficial: erosión
 - ✓ Profundidad intermedia: aparición de sangre.
 - ✓ Inoculación accidental profunda
- *Cuanto mayor sea la profundidad, mayor será el riesgo de transmisión.

b. Del tipo de material utilizado:

- ✓ Aguja hueca: mayor riesgo que con las agujas de sutura ya que estas últimas solo presentan una fina lamina de fluido en la superficie de la aguja.
- ✓ Aguja maciza o bisturí

1.16.2. En caso de accidentes por exposición con fluidos corporales en mucosas o en piel intacta:

- a. Suspender de forma inmediata la actividad que venía realizando y mantener la calma.
- b. Retire el material de protección (ropa de trabajo o equipos de protección personal)
- c. Observa la magnitud del accidente.
- d. Lavar la zona afectada en caso de:
 - Si el accidente es en piel intacta, lavar con agua y jabón la zona por lo menos durante 1 minuto.
 - Si el accidente es por exposición o contacto en mucosas (conjuntivas, etc.) se recomienda lavado con abundante agua o suero fisiológico, por ejemplo:
 - ✓ **Ojos**, proceda a lavarlos con agua corriente, de ser posible que otra persona riegue los ojos con solución salina. Si el accidente es un trauma ocular abierto, cubrir el ojo con un protector ocular o apósito estéril y acudir a consultorio de oftalmología o emergencia.
 - ✓ **Boca**, realizar el lavado de la cavidad oral en repetidas veces con agua corriente o enjuagatorios con suero fisiológico o colutorios con solución de clorhexidina al 0.12% si el afectado tiene caries dental, debe considerar esta como una herida abierta y debe comunicarlo al médico tratante.
 - Se deben ofrecer pruebas rápidas a los puntos de contacto para establecer condiciones pre existentes de sífilis, hepatitis B-C y VIH.
- Delegar de acuerdo a la complejidad de la actividad a otro colega y comunicar a su jefe inmediato o jefe de guardia de turno.
- El lugar de la exposición debe limpiarse ¡INMEDIATAMENTE! Esta puede ser la actividad más importante del manejo post-exposición.
- El personal que sufre el accidente laboral debe dirigirse al Servicio de Emergencia para recibir atención médica inmediata, establecer el riesgo de exposición, indicar los exámenes auxiliares correspondientes y del caso fuente.
- Rellenar el formato de aviso de accidente de trabajo por duplicado (ANEXO 03 A y B), firmado y sellado por la jefatura inmediata, responsable de Salud Ocupacional o Recursos Humanos

- Derivar al Es Salud u Hospital Carrión según corresponda, debiendo garantizarse la atención las 24 horas del día incluyendo feriados y fines de semana.
- Durante todo el proceso de atención se deberá garantizar la confidencialidad necesaria.
- La monitorización o el seguimiento post exposición estarán bajo responsabilidad del área de epidemiología y del nosocomio derivado según corresponda.
- Acompañamiento post exposición lo realizará el área de salud ocupacional de la RSVM.

1.17. EXÁMENES AUXILIARES

Se debe solicitar en:

1.17.1. Paciente Fuente:

- a. Prueba rápida VIH
- b. HBs Ag
- c. Anticuerpo anti-HVC

1.17.2. Servidor(a) Expuesto:

- a. ELISA VIH (basal, 3 y 6 meses)
- b. HBs Ag (basal y 3 meses)
- c. Anticuerpo anti-HVC (basal y 3 meses)
- d. TGP (basal)
- e. Hemograma (basal y 4 meses)
- f. Creatinina (basal)

1.18. ESQUEMAS DE PROFILAXIS ANTIRETROVIRAL

Tabla N° 1

Profilaxis Post-Exposición (PPE) al HIV recomendada en Lesiones Percutáneas

Estatus de la Infección de la Fuente				

Tipo de Exposición	HIV - Positivo Asintomático o Carga Viral Baja (< 1500 Copias)	HIV - Positivo Asintomático / Sida o Carga Viral Alta	Desconocido	HIV - Negativo
Menos Severa	AZT + 3TC por 4 semanas	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	AZT + 3TC por 4 semanas	No se Justifica la PPE
Más Severa	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	AZT + 3TC por 4 semanas	No se Justifica la PPE

AZT = Zidovudina. 3TC = Lamivudina

Menos severa (p.e., aguja sólida, raspón superficial).

Más severa (p.e. aguja hueca de gran calibre, pinchazo profundo, sangre visible en el material o aguja usada en arteria o vena del paciente).

Se considerará 2 antirretrovirales si el caso fuente tiene factores de riesgo para VIH o si la fuente de contaminación (por ejemplo: aguja, hoja de bisturí entre otros) procede de un área que atiende a pacientes infectados con VIH.

Tabla N° 2

Profilaxis Post-Exposición (PPE) al HIV recomendada en Exposiciones a Membranas Mucosas y Piel No-Intacta

Estatus de la Infección de la Fuente				
Tipo de Exposición	HIV - Positivo Asintomático o Carga Viral Baja (< 1500 Copias)	HIV - Positivo Asintomático / Sida o Carga Viral Alta	Desconocido	HIV - Negativo
Volumen Pequeño	AZT + 3TC por 4 semanas	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	Generalmente no se justifica PPE	No se Justifica la PPE

Gran Volumen	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	AZT + 3TC por 4 semanas	No se Justifica la PPE
--------------	---	---	-------------------------	------------------------

AZT = Zidovudina. 3TC = Lamivudina.

* Pequeño volumen (esto es, unas pocas gotas).

Gran volumen (esto es, salpicadura más importante de sangre).

** Se considerará 2 antirretrovirales si el caso fuente tiene factores de riesgo para VIH o si la fuente de contaminación (por ejemplo: aguja, hoja de bisturí, etc) procede de un área que atiende a pacientes infectados con VIH.

Dosis de Antirretrovirales de primera línea recomendados en Profilaxis Post Exposición (PPE):

- Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg cada 12 horas (Disponible en presentación combinada de 1 tableta cada 12 horas vía oral).
- Lopinavir / ritonavir 200/50 mg, 2 tabletas cada 12 horas.

Alternativos para terapia doble:

- Estavidina 30 mg, 1 tab. cada 12 horas + lamivudina 150 mg, 1 tab. cada 12 horas ó
- Didanosina 400 mg, 1 tab. cada 24 horas (en ayunas)+ lamivudina 150 mg, 1 tab. c/12 h.

Alternativos para terapia triple:

- Regímenes dobles más:
- Efavirenz 600 mg = 1 tab cada 24 horas (noche) ó Atazanavir 300 mg = 1 tab cada 24 horas.

Situaciones Especiales

En las gestantes se procederá según la presente directiva, siendo necesario que firme un consentimiento informado (ver Anexo N° 2), con conocimiento de los riesgos y beneficios de la profilaxis antirretroviral. Por su riesgo de toxicidad no debe administrarse en la gestante nelfinavir ni Efavirenz.

No se recomienda antirretrovirales en pacientes con hepatopatías crónicas, insuficiencia renal crónica, en pacientes psiquiátricos, fármaco dependiente y alcohólicos crónicos.

VII. POST EXPOSICIÓN A TB

1.19. DEL REPORTE, REGISTRO, DERIVACIÓN Y NOTIFICACIÓN

1.19.1. Reporte: Todo trabajador de salud que tenga resultados positivo de TB pulmonar o extrapulmonar post exposición Ocupacional según el grado de exposición:

- A. **Alto:** Expuestos a pacientes SR. Dx de TBC y aerosoles (microbiología, broncoscopía, programa de TBC, anatomía patológica).
- B. **Medio:** Expuestos a pacientes SR. Dx de TBC y las medidas de ingeniería y ventilación son insuficientes (Medicina I y II, UCEMI, Emergencia adultos, endoscopia, otorrinolaringología y odontología).
- C. **Bajo:** No contacto con pacientes con TBC, ni aerosoles o procesamiento de muestras de TBC (oficinas administrativas y consultorios externos)

1.19.2. Derivación: Todo caso de post-exposición Ocupacional por agente biológico de TB, deberá ser derivado. Al ESSALUD en caso de servidores que cuenten con el seguro activo o al Hospital Daniel Alcides Carrión para aquellos servidores(as), estudiantes, internos y externos que cuenten con SIS. (ANEXO 05)

1.20. PROCEDIMIENTO POST EXPOSICIÓN A TB

1.20.1. Evaluación médica de servidor/a

- Se rellena la ficha de despistaje ocupacional (ANEXO 06)
- Valoración del servidor/a con síntomas compatibles a la TB post exposición ocupacional.
- Descarte de TB
- Derivación o seguimiento del caso según los resultados.

*El despistaje de Tb se realizará de forma anual al personal de salud que este expuesto según el grado de exposición ocupacional.

1.20.2. Evaluación y seguimiento de contactos

1.21. EXÁMENES AUXILIARES

Se debe solicitar en:

1.21.1. Paciente Fuente:

- a. BK de esputo

VIII. ACCIONES PREVENTIVAS

1.22. Medidas de Prevención: Principios Básicos, elementales y tener en cuenta siempre los principios básicos de Bioseguridad: "Se debe asumir que todo paciente es potencialmente infectado y por lo tanto los objetos utilizados en la realización de su atención lo son también".



- 1.23. Utilización de barreras-Equipo de Protección Personal:** La utilización de barreras de protección disminuye el riesgo de contacto con material o fluidos potencialmente infectados. La penetración de agentes biológicos a través de una piel sana tiene lugar de manera muy esporádica. Las mucosas, en cambio, presentan una menor defensa ya que no se hallan recubiertas de la capa protectora sino, al contrario, de un líquido de base acuosa que en la mayor parte de los casos puede actuar de reservorio y propagador de la infección es por ello que la utilización de barreras de protección disminuye el riesgo de contacto con material o fluidos potencialmente infectados.

Clasificación de los distintos equipos de Protección Individual frente a distintos tipos de Exposición	
Guantes (impermeables, látex nitrilo):	Se debe utilizar durante procedimientos que implican manipulación de sangre, fluidos biológicos y tejidos. Procedimientos invasivos. Manipulación de objetos o superficies contaminadas.
Protección Ocular (gafas, protector facial, viseras, pantallas):	Frente a salpicaduras de sangre o líquidos corporales a mucosas (ocular) y rostro.
Mascarillas, respiradores:	Protección frente a aerosoles. Protección respiratoria frente a probables casos de enfermedad respiratoria, uso de mascarilla N95. Protección frente a salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales a las mucosas oral, nasal y conjuntiva.
Utilización de mandiles, batas:	De uso general. Usada de forma suplementaria frente a grandes salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos
Delantales o mandiles impermeables:	Uso ante procedimientos que requieren mayor exposición a material contaminado (por ej. lavandería)

1.24. Prevenciones Universales:

- Lavado de manos
- Utilización de Equipo de protección Personal.
- Manejo con precaución del material corto punzante.



- d. **Las agujas una vez usadas no deben ser re encapuchadas ni sometidas a ninguna manipulación.** una vez utilizadas eliminarlas en los depósitos para material punzante, así realizar una correcta disposición de residuos.

1.25. Medidas generales:

- a. Los objetos punzocortantes deben ser manejados usando guantes, adecuadamente utilizados tienen un efecto protector, ya que se ha demostrado que recibir un pinchazo a través de los guantes de látex reduce el volumen de sangre transferido en, por lo menos un 50% reduciendo así el riesgo de transmisión del agente biológico.
- b. No encapuchar las agujas después de utilizarlas.
- c. Al retirar objetos cortantes como bisturí u otros de característica cortante realizarlo utilizando pinzas.
- d. Recolectar y eliminar en recipientes rígidos destinados para residuos punzocortantes debidamente rotulados (agujas, lancetas),
- e. Evitar el contacto de las bolsas de eliminación del material biocontaminado con el cuerpo del operario, trasladarlas utilizando protección personal y las debidas medidas ergonómicas para el levantamiento, desplazamiento y movilización de carga. • Para la manipulación de residuos, el personal deberá contar con el debido equipo de protección, de acuerdo a las actividades que realiza.

1.26. Medidas higiénicas:

En todas las actividades con riesgo por agentes biológicos será necesario:

- a. Prohibir que los trabajadores coman, beban o fumen en las zonas de trabajo en las que exista dicho riesgo.
- b. Proveer de equipo de protección apropiada o especial (Equipo de Protección Personal).
- c. Disponer productos para la limpieza ocular y antisépticos para la piel. • Los trabajadores dispondrán de tiempo para su aseo personal, y deberán quitarse las ropas de trabajo y equipos de protección que puedan estar contaminados por agentes biológicos y guardarlos en lugares que no contengan otras prendas, no pudiendo llevarlos a su domicilio.

1.27. Vacunación del trabajador:

- a. Todo personal de salud y personal en formación de las carreras de salud y afines que realicen actividades relacionadas con el trabajo, capacitación o con el voluntariado, que implique un riesgo razonablemente anticipado de exposición a sangre o fluidos corporales, adicionalmente los operarios de servicios generales

y limpieza deberán ser vacunados contra la hepatitis viral B (HVB), tétanos y difteria.

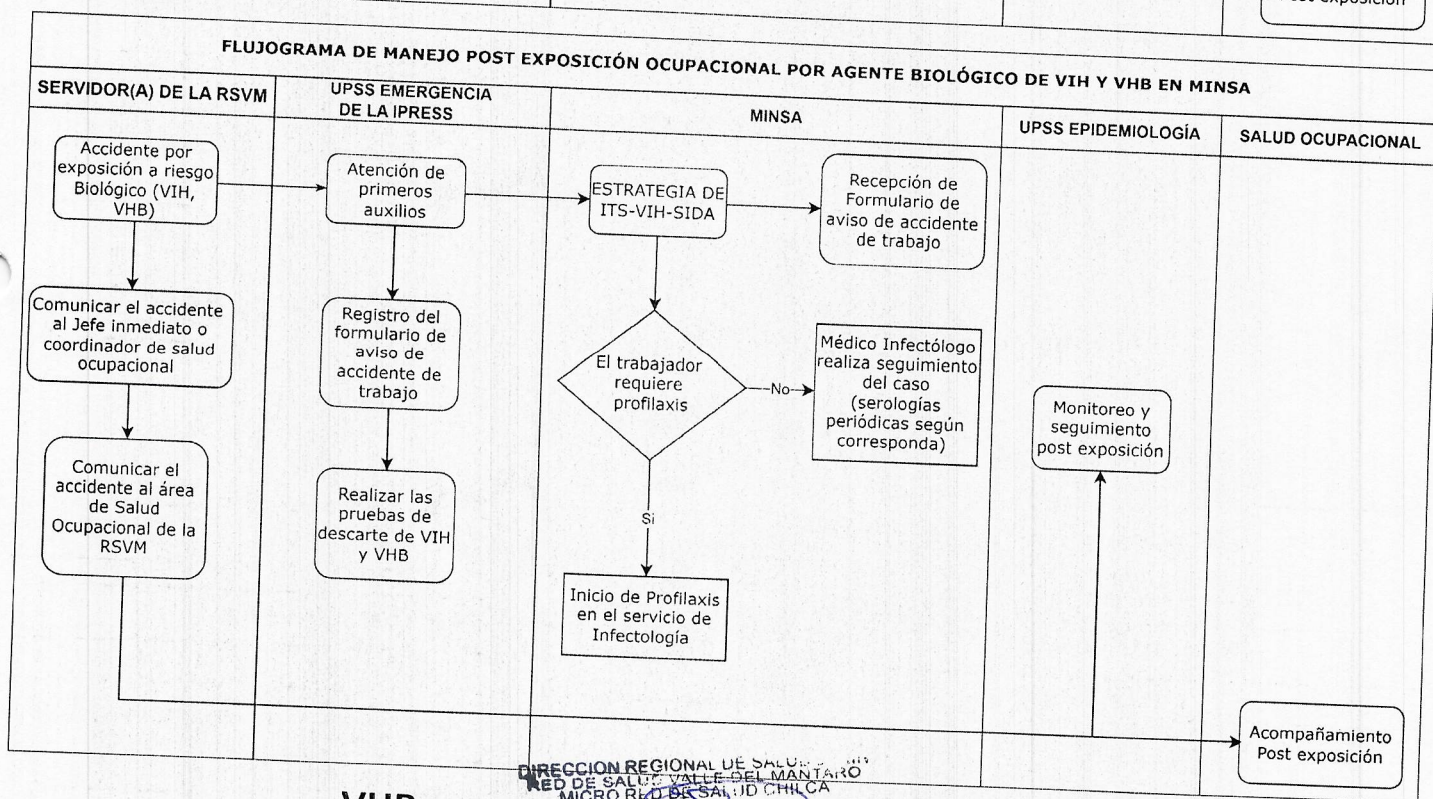
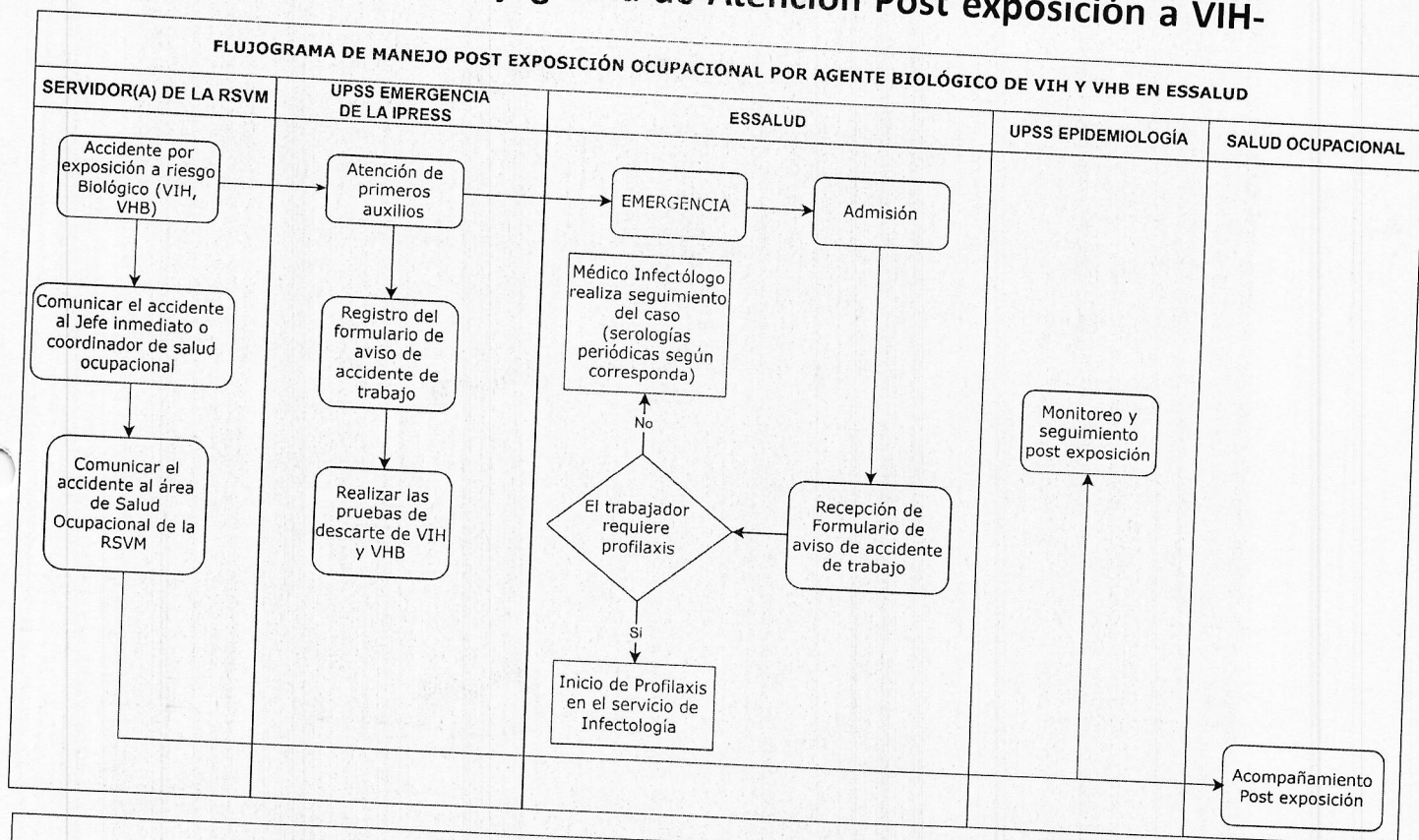
- b. Todo personal de salud o personal en formación que interrumpe o no completa el esquema de vacunación no es necesario que reinicie el esquema en ninguna circunstancia, condición que debe ser verificada con el carnet o registro de vacunación; además debe completar según lo programada las dosis faltantes, con un intervalo de un mes o cuatro semanas entre cada dosis, sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última dosis.
- c. El personal de salud o personal en formación que carece de documentación o desconoce sobre la vacunación contra la hepatitis B debe considerarse como no vacunado.

1.6.5. Vacunación obligatoria de todo personal de salud, estudiantes, externos, internos y SERUMS.



IX. ANEXOS

Anexo 1: Flujograma de Atención Post exposición a VIH-



VHB

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
MICRO RED DE SALUD CHILCA

GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
Mg. Edith Silvia Parion Salazar
ESP EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
ESP SALUD PUBLICA COMUNITARIA
CEP: 18644 - RNE: 4405

Lic. Clyde Kelly Corillo
RNE 71221
AREA DE SALUD OCUPACIONAL
BIENESTAR DE PERSONAS



Anexo 2: Consentimiento Informado

MINISTERIO DE SALUD

CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL POST EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL VIH EN LA TRABAJADORA DE SALUD GESTANTE

Usted ha sido expuesta al Virus de la Inmunodeficiencia Humana y se encuentra gestando. Se sabe que su hijo tiene riesgo de infectarse por este virus durante el embarazo, en el momento del parto o durante la lactancia materna.

Se sabe también que el uso de la profilaxis antirretroviral disminuye el riesgo de infección de usted y la de su hijo, al disminuir la cantidad de virus en su sangre.

Sin embargo, el uso de esta profilaxis antirretroviral puede ocasionar varios efectos adversos sobre su salud, y no se puede afirmar que su uso es completamente seguro para su hijo, aunque los estudios realizados hasta el momento parecen indicarlo.

El Ministerio de Salud a través de la Directiva N° 012-MINSA-DGSP-DEAIS, ofrece la profilaxis antirretroviral a los trabajadores de salud expuestos al VIH para reducir el riesgo de infección además reduce el riesgo de infección en el recién nacido. Su médico le explicará con todo detalle sobre este programa, y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Una vez que se hayan resuelto todas sus dudas, si acepta iniciar la profilaxis antirretroviral por 4 semanas, de acuerdo con la norma de la directiva, debe usted firmar este consentimiento informado.

Si decide no hacerlo, puede usted recibir profilaxis antirretroviral limitado a un solo medicamento.

Si usted decide voluntariamente iniciar la profilaxis antirretroviral deberá cumplir con los controles y recomendaciones que su médico le indicará.

Dejo constancia que se me ha explicado del contenido de este **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que he tenido la oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas, que he decidido voluntariamente recibir la profilaxis antirretroviral y colaborar para mi adecuado control.

.....
Nombre y Apellidos de la Gestante

.....
Fecha y Firma

.....
Nombre y Apellidos del Médico

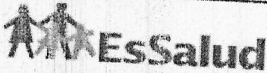
.....
Fecha y Firma



Anexo 3-A: Ficha Única de Aviso de Accidente de Trabajo- MINSA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL ACCIDENTE.....									
1. DATOS DEL TRABAJADOR									
APELLIDOS Y NOMBRES									
DOMICILIO								N° DE SEGURO (si lo tiene)	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI)	CATEGORÍA DE TRABAJADOR TABLA 1	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO				EDAD	GENERO		
		DIAS		MESES		AÑOS		M	F
2. DATOS DEL EMPLEADOR									
RAZÓN SOCIAL									
DOMICILIO PRINCIPAL									
RUC:		*CIU (TABLA 2)				TELÉFONO(S)			
3. DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE)									
RAZÓN SOCIAL:									
DOMICILIO PRINCIPAL									
RUC:		* CIU (TABLA 2)				TELÉFONO(S)			
4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO									
FECHA(DD/MM/AA)		HORA		TURNO		DE		A	
LUGAR DEL ACCIDENTE									
LABOR QUE REALIZABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:									
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:									
TESTIGO DEL ACCIDENTE								DNI:	
FORMA DE ACCIDENTE (TABLA 3)						AGENTE CAUSANTE (TABLA 4)			
Apellidos y Nombres de la persona que condujo al accidentado		Firma de la persona que condujo al accidentado		Fecha de recepción		Firma y Sello de recepción			
5. CERTIFICACION MEDICA									
CENTRO ASISTENCIAL									
FECHA DE INGRESO (DD/MM/AA)						HORA DE INGRESO			
PARTE DEL CUERPO AFECTADO: (TABLA 5)						TIPO DE LESION: (TABLA 6)			
DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS: a) b) c)		DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS: a) b) c)							
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO TRATANTE		N° DE CMP				**CODIGO CIE-10			
						Firma de Médico Tratante			

Anexo 3-B: Ficha Única de Aviso de Accidente de Trabajo- ESSALUD

		FORMULARIO DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO (versión: 01)		Código Único Accidente Trabajo: USO DE ESSALUD	
I.- INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO					
Marque el Seguro SCTR Salud al que está afiliado:					
☐ SCTR ESSALUD		☐ SCTR EPS		☐ SIN SCTR SALUD	
Nombre o Razón Social EPS:		Llenar en caso trabajador sea afiliado al SCTR - EPS			
Tipo Documento: ☐ DNI ☐ Carné de Extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carné de Retornado		Número Documento Identidad		Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA	
Apellidos y Nombres:		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres(s)		Fecha de Nacimiento		DD/MM/AAAA	
Teléfono: Pref. Ciudad		N° Teléfono Fijo		Pref. Ciudad	
N° Celular		Tipo de Trabajador: (Ver Tabla 1)		Género: ☐ F ☐ M	
Cargo o Puesto de Trabajo		Antigüedad en el Puesto		Horario Habitual de Trabajo	
De: A: Hrs.		(HH:MM / 24 Horas)			
II.- DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA PRINCIPAL					
Nombre o Razón Social:		(Ver Tabla 2)			
RUC Empleador:		Teléfono: Pref. Ciudad		N° Teléfono Fijo / Celular	
Email:		Actividad Económica: (Ver Tabla 2)			
III.- DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (Llenar sólo en caso el accidente ocurrió en la empresa donde fue destacado)					
Nombre o Razón Social:		(Ver Tabla 2)			
RUC Empleador:		Teléfono: Pref. Ciudad		N° Teléfono Fijo / Celular	
Email:		Actividad Económica: (Ver Tabla 2)			
IV.- INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE					
Fecha de Accidente: DD/MM/AAAA		Hora de Accidente: HH:MM / 24 Horas		(Ver Tabla 3)	
Dirección del Lugar donde ocurrió el accidente:		Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida)		Tipo de Accidente: (Ver Tabla 3)	
Supervisor o Jefe a quien se comunicó el accidente:		Apellidos y Nombres		Departamento	
Describa cómo ocurrió el accidente:		Área de trabajo donde ocurrió el Accidente:		Provincia	
				Distrito	
				Cargo	
V.- DECLARACIÓN JURADA: Declaro bajo juramento que la información consignada en la presente es exacta y verdadera.					
Firma y Sello del Empleador N° Documento Identidad		Firma del Trabajador / Acompañante N° Documento Identidad		USO DE ESSALUD - REFRENDO	
Firma y Sello Área/Unidad ADMISIÓN					
VI.- CERTIFICACIÓN MÉDICA					
Fecha de Atención: DD/MM/AAAA		Hora de Atención: HH:MM / 24 Horas		Nombre IPRESS:	
Parte del Cuerpo Lesionado: (Ver Tabla 5)		Naturaleza de la Lesión: (Ver Tabla 6)		Otros Factores Concomitantes: (Ver Tabla 7)	
Diagnóstico Principal:		Fallecido? ☐ SI ☐ NO		Fecha que Falleció: DD/MM/AAAA	
Otros Diagnósticos:		CIE 10:		CIE 10:	
Destino del Paciente: ☐ Alta ☐ Referencia IPRESS de Origen ☐ Hospitalización ☐ Consulta Externa ☐ Referencia IPRESS mayor nivel ☐ Sala de Observación		Médico Tratante: Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres(s)		C.M.P.			
OBSERVACIONES:					
Firma y Sello del Médico Tratante					

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - LLENAR SIN ENMIENDAS NI TACHADURAS - VER TABLAS AL DORSO

Anexo 4: Instructiva ficha única de aviso de accidentes de trabajo

DATOS DEL TRABAJADOR

- Apellidos y Nombres
- Domicilio. Indicar nombre de la avenida, calle y/o pasaje. Número. Urbanización. Distrito.
- Condición: asegurado o no asegurado. N° de seguro.
- Documento de Identidad. DNI.
- Categoría del trabajador (Véase en las instrucciones al reverso de la Ficha. Tabla 1: Tipo de Trabajador).
- Antigüedad en el puesto, de trabajo. Indicar días, meses y años.
- Edad
- Género: Masculino (M), Femenino (F)

DATOS DEL EMPLEADOR

- Razón Social. Escriba el nombre de la empresa y/o institución.
- Domicilio Principal. Donde funciona la empresa.
- RUC. Escriba los dígitos del RUC de la empresa establecido por la SUNAT.
- CIIU: Clasificación Internacional Industrial Uniforme (Tabla 2: Actividad Económica de la Empresa)
- Teléfono (s). De la empresa y/o institución.

DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE)

- Razón Social. Escriba el nombre de la empresa y/o institución.
- Domicilio Principal. Donde funciona la empresa.
- RUC. Escriba los dígitos del RUC de la empresa establecido por la SUNAT.
- CIIU (Clasificación Internacional Industrial Uniforme) Tabla 2: Actividad de la Empresa.
- Teléfono (s). Indique los de la empresa y/o institución.

DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

- Fecha (DD/MM/AA). Indicar día, mes y año en que ocurrió el accidente.
- Hora. Del accidente.
- Turno. La hora que ocurrió el accidente. De:..... A:.....
- Lugar del accidente. Mencionarlo.



- Labor que realizaba al momento del accidente. Indicar la actividad que efectuaba.
- Descripción del accidente. Detallar las causas que indujo el accidente.
- Testigo del accidente. Indicar el nombre de las personas que lo presenciaron., DNI del testigo.
- Forma de accidente. Elegir la que corresponde en las instrucciones de la Tabla 3: Forma de Accidente.
- Agente Causante. Véase la Tabla 4: Agente Causante.
- Apellidos, Nombres. De la persona que condujo al accidentado.
- Firma de la persona que condujo al accidentado.
- Fecha de Recepción.
- Firma y sello de recepción.

CERTIFICACIÓN MÉDICA

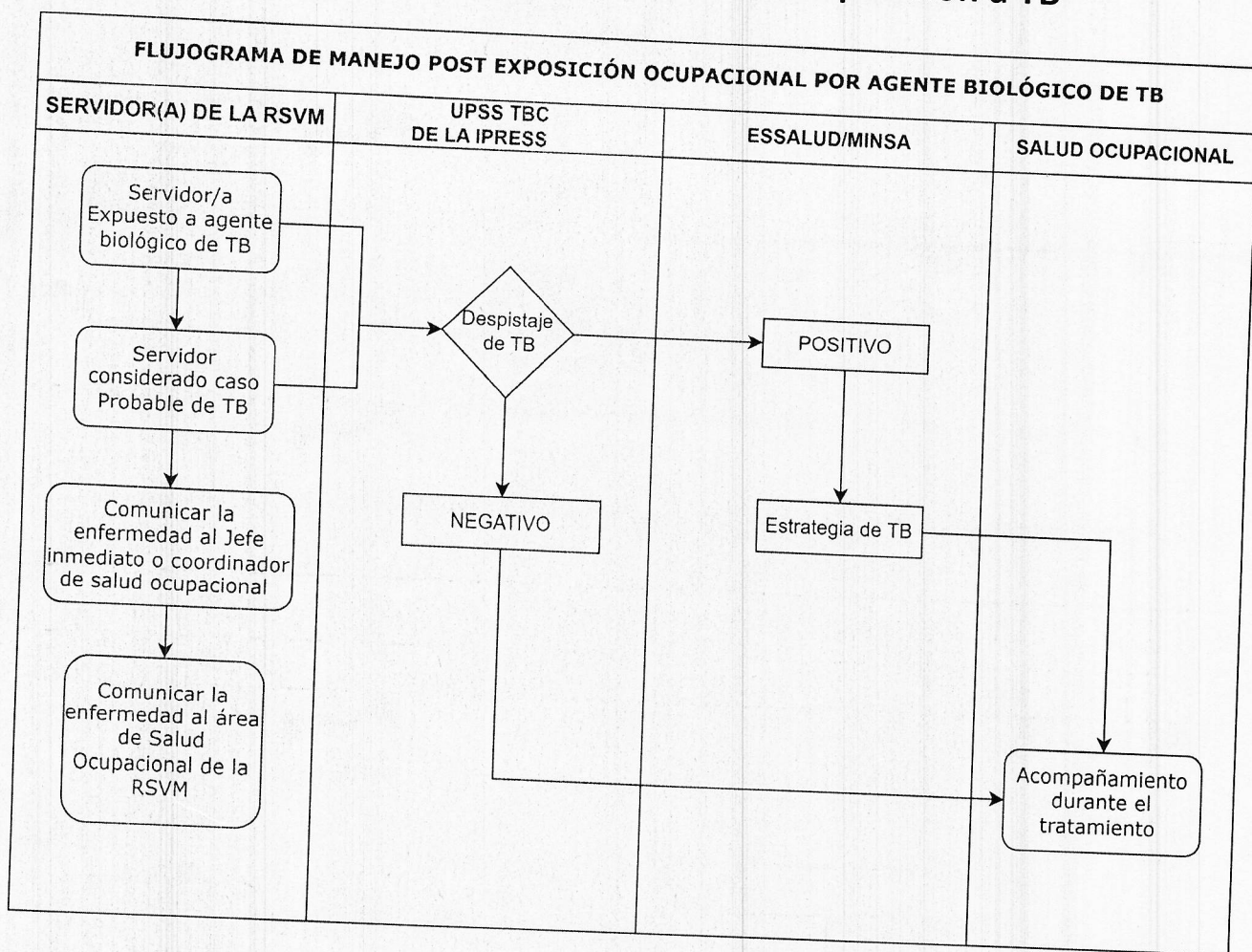
- Centro Asistencial. Indicar el nombre donde recibió la atención médica el accidentado.
- Fecha de ingreso (DD/MM/AA). Anotar el día, mes y año.
- Hora de Ingreso.
- Parte del cuerpo afectado: Indicar el órgano y sistema afectado de acuerdo a la Tabla 5: Parte del Cuerpo Lesionado.
- Tipo de lesión. Indicar las características de la lesión según corresponda.
- Diagnósticos: Diagnósticos presuntivos: Que por definición del caso efectúa el médico tratante, después de la atención al paciente accidentado.

Diagnósticos definitivos: Aquel que es confirmado por médico tratante.

Apellidos y Nombres del Médico Tratante.



Anexo 5: Flujograma de Atención Post exposición a TB



GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

Lic. Cleide Kelly Corillocita Inga
CEP 71227 RNE 019211
AREA DE SALUD OCUPACIONAL Y UNIDAD
DE BIENESTAR DE PERSONAL

DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
MICRO RED DE SALUD CHILCA

Mg. Edith Silvia Papar - Salazar
ESP EN EMERGENCIAS Y UL. ASISTES
ESP SALUD PUBLICA COMUNITARIA
CEP 18641 - RNE 4405



Anexo 6: Ficha de despistaje de TB ocupacional



FICHA DE DESPISTAJE OCUPACIONAL

Red De Salud Valle Del Mantaro - Oficina de Recursos Humanos - Unidad de Seguridad Salud en el Trabajo

FECHA: _____

DESPISTAJE OCUPACIONAL DE TUBERCULOSIS		APELLIDOS Y NOMBRES:				
INDICACIONES	DNI:	EDAD:	REGIMEN LABORAL:	TLF:		
Llene cuidadosamente con letra legible sus datos. Coloque "X" en el recuadro de SÍ o NO según Ud. Presente algunos de los síntomas.	GRUPO OCUPACIONAL:					
	SERVICIO ACTUAL:					
	FECHA DE INICIO EN EL SERVICIO ACTUAL:					
	PRESENTA UD:					
	Tos más de 15 días	SI	NO	Antecedentes de TB	SI	NO
	Malestar gral o decaimiento	()	()	Familiar con TB	()	()
	Baja de peso	()	()	Usa corticoides (15mg o su equivalente) durante 4 semanas	()	()
	Apetito disminuido	()	()	Usa tratamientos oncológicos	()	()
	Dolor torácico	()	()	Tiene Dx de Diabetes Mellitus	()	()
	Expectoración c/s sangre	()	()	Tiene Dx de Asma	()	()
Sudoración/escalofríos nocturnos	()	()	Tiene Dx de HTA	()	()	
Recibió trasplante de órganos	()	()	Tiene Dx de VIH	()	()	
Cirugía de Bypass yeyunoileal	()	()				
OBSERVACIÓN:						
Fecha de última Rx. Tórax:	FIRMA DEL TRABAJADOR:		FIRMA DEL PERSONAL DE SST			
Fecha de la última evaluación ocupacional:			VALORACIÓN:			
			PLAN DE ACCIÓN:			

GOBIERNO REGIONAL - JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO

[Firma]
Lic. Celia Kelly Corillocha Inga
CEP 71227 RNE 019211
AREA DE SALUD OCUPACIONAL Y UNIDAD DE BIENESTAR DE PERSONAL

DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
MICRO RED DE SALUD CHILCA

Mg. Edith Silvia Páez Salazar
ESP EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
ESP SALUD PUBLICA COMUNITARIA
CEP 16641 - RNE 4405

