

REVISTA OFICIAL

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL FARMACÉUTICOS DE CASTELLÓN

FARMAICOF



FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN PARA LA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DE MEDICAMENTOS

NÚMERO 27 • ICOFCS • MARZO 2023

¿Conoces las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



A.M.A. BURGOS Antonio Machado, 2; bajo Tel. 947 20 78 78 burgos@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

900 82 20 82 / 947 20 78 78

Síguenos en 

Y en nuestra APP 

EDITORIAL



ROSA ARNAU
PRESIDENTA DEL ICOFCS

Estimado/a colegiado/a:

Como bien sabrás, el pasado 24 de enero los representantes del Consejo Autonómico de Colegios de Farmacéuticos de la Comunidad Valenciana firmamos un Convenio de Colaboración con la Conselleria de Sanitat i Salut Pública para el ofrecimiento del servicio de recepción por el paciente de la dispensación hospitalaria colaborativa en proximidad con las oficinas de farmacia de la Comunitat Valenciana, dentro del Plan Asistencial de Atención farmacéutica telemática (Pat) en las Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de los hospitales de la Comunitat Valenciana.

Este Convenio otorga por primera vez al farmacéutico comunitario un rol dentro del sistema público de salud al compensarle por la prestación de este servicio. Así, se ha establecido como precio unitario a compensar el relacionado con el acto de comunicación, recepción por el paciente y registro del acto,

entendido como la recepción por un paciente concreto del tratamiento programado por el servicio de farmacia del centro hospitalario, con independencia del número de envases de medicamentos recogidos por el paciente en dicho acto, siendo este de 7,50€. Estamos ahora concluyendo con la distribución, la compensación correspondiente a la recogida, transporte y entrega de la medicación en la oficina de farmacia.

Por parte del Colegio, consideramos que se trata de un gran paso en favor de la profesión farmacéutica por el reconocimiento que supone para los farmacéuticos de estas modalidades este proyecto, que tras meses de pilotaje se ha hecho una realidad. Además, contribuye a la humanización de la atención sanitaria, reduciendo las desigualdades y facilitando la accesibilidad del paciente a medicamentos innovadores a través de la red de farmacias.

Paralelamente, desde el Colegio seguimos trabajando y mirando al futuro con varios proyectos en marcha, con ganas de seguir avanzando y con los objetivos de estar más integrados con el resto de las profesiones sanitarias y de lograr que se habilite una vía de comunicación con los servicios de Atención Primaria en un momento en que resulta tan necesario, sobre todo para el paciente quien, sin duda, es nuestra principal prioridad.

ÍNDICE



DE CERCA

Miembros de la junta de Gobierno explican qué retos se están encontrando en su cargo.

Raúl Ferrando y Arturo Baltanás nos cuentan su experiencia en estos primeros meses en el cargo.



09

PANORAMA

Rosa Arnau nos da su visión como primera mujer presidenta del Colegio de Farmacéuticos.

Dolores Latorre y Mar Edo nos hablan del papel de la mujer en la profesión farmacéutica en la celebración del Día de la Mujer.



NOTICIAS

Hacemos un recorrido por las principales noticias del Colegio.

Los colegios sanitarios de Castellón impulsan una campaña para concienciar sobre el uso de la receta médica oficial.

Directora:

Rosa Arnau Salvador

Colaboran:

Vocalías del ICOFCS.
CIM y Laboratorio de formulación.

Edita:

Departamento de Comunicación
ICOFCS.

Diseño y Maquetación: Ana Isabel Muñoz.

Calle Ebanista Hervás, 51. 12004.
Castelló de la Plana.
Teléfono: 964 23 64 70
www.cofcastellon.org
prensa@cofcastellon.org

Depósito legal:

CS-207-2011

Síguenos:



DERMOFARMACIA

Uso del retinol en los tratamientos antienvjecimiento.

CENTRO DE INFORMACION DEL MEDICAMENTO

Novedades en el tratamiento del tabaquismo.

Abreviaturas utilizadas en formulación magistral.

Miembros de la Junta de Gobierno nos cuentan su experiencia en estos primeros 6 meses.

Tras la Toma de Posesión que tuvo lugar el pasado 10 de mayo, continuamos hablando con miembros de la Junta de Gobierno para que nos cuenten su experiencia.



RAÚL FERRANDO PIQUERES
VOCAL DE HOSPITALES.

Ya estuviste en la Junta de Gobierno anterior, y repites de nuevo, ¿qué supone para ti participar en este proyecto?

Tras una primera experiencia en el ICOFCS, como vocal de farmacia hospitalaria, en el equipo de Sergio Marco, recibir la llamada de Rosa Arnau para ofrecermela la posibilidad de formar parte de su nuevo proyecto al frente del Colegio fue un orgullo, pero también una responsabilidad.

Un reto que pasa por utilizar lo aprendido en mi primera etapa, y poder sumar experiencia y conocimiento en el campo de la farmacia hospitalaria en favor del desarrollo y crecimiento colectivo de nuestra profesión.

¿Cuáles consideras que son los mayores retos que presenta tu cargo?

Sin duda alguna, ser capaz de transmitir el sentir de la farmacia hospitalaria y de sus colegiados. Poder colaborar con el resto de las vocalías en el

"Ser capaz de transmitir el sentir de la farmacia hospitalaria y de sus colegiados."

desarrollo de proyectos colectivos que beneficien a los pacientes, así como en la formación conjunta entre farmacéuticos para poder garantizar un punto clave del sistema sanitario, la continuidad asistencial.

Hasta el momento, ¿Cuál ha sido la cuestión más difícil que has tenido que manejar?

No sé si se puede definir como "cuestión difícil", pero creo que el desarrollo, pilotaje y puesta en marcha del proyecto de dispensación en proximidad de la medicación hospitalaria a través de oficinas de farmacia era algo en lo que pocos creían por las múltiples barreras que lo limitaban.

Ser capaces como Colegio Farmacéutico y como colectivo de derribar los arraigados prejuicios históricos por los que parecía que una colaboración entre estamentos farmacéuticos era una utopía, ha supuesto un triunfo de la razón que ha desembocado en un beneficio importantísimo para un grupo de pacientes y cuidadores cuya prestación sanitaria se ha visto mejorada notablemente.

DE CERCA

¿Crees que hay alguna cuestión en la actualidad del sector que va a determinar las funciones que desempeñáis los miembros de la Junta?

Soy un defensor a ultranza del trabajo multidisciplinar y de la frase de que “juntos llegaremos más lejos”, por ello nuestras funciones vendrán dadas por las necesidades que vaya marcando el sector sanitario y la salud de nuestros pacientes, sin embargo, sea cuales sean estas funciones, el logro de los objetivos pasa por un trabajo colectivo y conjunto de todos los de la profesión farmacéutica.

Un trabajo y esfuerzo colaborativo que nos permite tener una visión de 360 grados respecto a las necesidades de salud de nuestros pacientes y de la población en general.

En relación a la pregunta anterior, un tema de actualidad es la firma del Convenio de Dispensación en proximidad en enero 2023 entre el Consejo Valenciano de Colegios de Farmacéuticos y la Conselleria de Sanidad y Salud Pública ¿qué mejoras y avances supondrá, con respecto a cómo se estaba realizando hasta la fecha, para el ofrecimiento del Servicio de recepción por el paciente de la dispensación hospitalaria colaborativa en proximidad con las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana? y ¿Qué supondrá para el ICOFCS?

Lo más importante de este Convenio es que por fin se asienta oficialmente y se incorpora a la cartera de servicios sanitaria. Esta firma supone la consolidación del servicio en nuestra Comunidad Autónoma, hasta el punto de

que la vista de todo el país en este sector está puesta en nosotros como pioneros de un modelo que se va a replicar en otras autonomías. Hemos sido en Castellón los pilotos de este proyecto; el trabajo conjunto del ICOFCS, de las Oficinas de Farmacia de la provincia, de los distribuidores farmacéuticos y del Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario de Castellón han sentado las bases del modelo que finalmente se ha desarrollado en nuestra comunidad y que son la esencia del convenio firmado. Ejemplo claro de que “juntos llegamos más lejos”.





ARTURO BALTANÁS LATASA
CONTADOR

Es tu primera vez en este puesto ¿Qué supone ocuparlo? Ya estuviste en la Junta de Gobierno anterior, y repites de nuevo, ¿Qué supone para ti participar en este proyecto?

En realidad, es la primera vez que ocupo el puesto de contador, pero ya es mi noveno año en la junta del ICOF.

Sin embargo, mi ilusión sigue intacta y con las mismas ganas de ayudar a los colegiados en todo aquello que esté en mi mano y que nuestra presidenta requiera. Aprovecho para invitar a cualquier colegiado a participar en este proyecto común, nuestro colegio, puesto que para mi está siendo una experiencia totalmente enriquecedora.

¿Cuáles consideras que son los mayores retos que presenta su cargo?

La actual junta que preside Rosa está formada por miembros de la candidatura anterior y por nuevos compañeros con proyectos muy ilusionantes. Precisamente desde las comisiones en que participo mi misión es aportar y ayudar con la experiencia acumulada en todos estos

"Aportar y ayudar con la experiencia acumulada"

años en la toma de las mejores decisiones posibles, sin olvidar por supuesto la colaboración total con el tesorero.

Hasta el momento, ¿Cuál ha sido la cuestión más difícil que has tenido que manejar?

Indudablemente la pandemia supuso un reto profesional para todos y también para el ICOF. La gestión llevada a cabo desde el colegio y el buen hacer de todos los colegiados permitió que el servicio prestado a la sociedad fuera reconocido y sin lugar a dudas muy bien valorado.

Por otro lado, los esfuerzos que estamos realizando para que la receta privada oficial se haga extensiva a todo el colectivo sanitario están empezando a dar sus frutos. Cada vez es mayor el personal sanitario que la utiliza y las farmacias que la validan.

A nivel particular es posible que algunos de los momentos más tensos los haya vivido en la comisión mixta de recetas, en la que junto a mis compañeros no cesaremos en la defensa de los intereses del colectivo, como hemos realizado hasta ahora.

DE CERCA

¿Crees que hay alguna cuestión en la actualidad del sector que va a determinar las funciones que desempeñáis los miembros de la Junta?

No cabe duda que conseguir la participación de las farmacias en las directrices que se están llevando a cabo tanto a nivel colegial como a nivel consejo son uno de los retos que nos planteamos diariamente. La certificación de medicamentos está aumentando y no cabe duda que ese es el camino para conseguir avanzar en la dispensación sin papel o también el uso de aplicaciones como Farmahelp para intentar minimizar el grave problema del desabastecimiento.

Indudablemente seguimos trabajando para que el Colegio como institución también se adapte a estos avances para conseguir una optimización máxima de sus recursos tanto técnicos como mediáticos para poder difundir nuestra labor profesional.

En relación a la pregunta anterior, un tema de actualidad es la firma del Convenio de Dispensación en proximidad en enero 2023 entre el Consejo Valenciano de Colegios de Farmacéuticos y la Conselleria de Sanidad y Salud Pública ¿qué mejoras supondrá, con respecto a cómo se estaba realizando hasta la fecha, para el ofrecimiento del Servicio de recepción por el paciente de la dispensación hospitalaria colaborativa en proximidad con las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana?

Este proyecto es un gran paso del que estamos muy orgullosos puesto que nació en Castellón y que supondrá una continuación del servicio que ya se dio

durante la pandemia. El hecho de que la Conselleria de Sanitat valore e implemente su desarrollo dice mucho del trabajo de todos. No cabe duda que es el camino para que la participación de la farmacia y los farmacéuticos en el sistema sanitario valenciano siga creciendo.

¿Qué supondrá para el ICOFCS?

Mucho prestigio. De hecho, es el modelo de referencia en el que otros colegios del estado se están fijando para desarrollar los suyos y estoy convencido de su éxito, por lo que no será el único.



Firma del convenio de colaboración para la dispensación hospitalaria de medicamentos



El Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Castellón, junto al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante y el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia han firmado un Convenio con la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública para la dispensación de medicación Hospitalaria a pacientes no ingresados.

Este Convenio regula las condiciones para el servicio de recepción por el paciente de la dispensación hospitalaria colaborativa en proximidad con las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana, dentro del plan asistencial de atención farmacéutica telemática (Pat) en las Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de los hospitales de la Comunitat Valenciana.

En esta reunión, a la que han asistido D^a Rosa Arnau Salvador, Presidenta del Consejo Valenciano de Colegios de Farmacéuticos y presidenta del ICOFCS, D. Jaime Alcalá Giner, Secretario del ICOFCS, y, el presidente del COF de Alicante, D. Andrés García Mongars, y del MICOF de Valencia, D. Jaime Giner Martínez, la Conselleria ha hecho hincapié en que sea el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) el responsable del proceso, así como el servicio dispensador.

Por su parte, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las provincias de Castellón y Valencia garantizarán la recogida de los medicamentos preparados en los SFH públicos, concesiones y consorcios de la Comunidad Valenciana, así como la custodia, el transporte, el seguimiento/trazabilidad y la recepción en proximidad individualizada a cada paciente programado.

Además, se incide en que la recepción por parte del paciente de medicamentos en las Oficinas de Farmacia es responsabilidad del farmacéutico/a titular/es de la oficina de farmacia y debe mantener los criterios de calidad que subyacen a cualquier dispensación marcadas por la normativa vigente.

Desde los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Alicante, Castellón y Valencia se espera que, a través de la firma de este Convenio, se pueda continuar garantizando el acceso a la población de medicamentos y productos sanitarios que comenzó con el inicio de la pandemia del COVID-19 y que ahora culmina con la firma de este Convenio que entendemos es un gran paso para continuar con este proyecto.

Rosa Arnau recoge el testigo de 125 años de historia del ICOFCS

Rosa Arnau ha llegado a la presidencia del Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Castellón tras 125 de historia del ente. Licenciada en Farmacia y Graduada en Nutrición y dietética trabaja desde 2.004 en Peñíscola en como adjunta en la Oficina de Farmacia de su madre.

Has sido la primera mujer que preside el Colegio de Farmacéuticos de Castellón. ¿Ha habido un cambio en la colegiación?

La profesión farmacéutica es mayoritariamente femenina. En nuestra provincia hay 608 mujeres colegiadas. Esta cifra se traduce en un 70% de colegiación femenina.

¿Qué retos tiene la presidencia a corto plazo?

Desde el Colegio, como se ha hecho siempre, velaremos por la correcta distribución y dispensación de medicamentos, por la investigación y por la educación sanitaria.

Entre nuestras prioridades figura la prestación farmacéutica de máxima calidad. Los principales retos de la farmacia actual se encuentran en el ámbito asistencial, cara al paciente. Con quien tenemos que posicionarnos como aliado en cuestiones de salud.

¿Deben las Oficinas de Farmacia ser consideradas como sanitarios?

Estamos saliendo de un periodo muy convulso marcado por la pandemia. Unos años en los que los farmacéuticos hemos estado en todo momento al lado del paciente en un periodo en el que incluso algunos centros de sanitarios cerraron sus puertas. Sentimos que la administración no haya sabido aprovechar nuestro potencial y no nos haya permitido adoptar un papel más activo en esta crisis.



Con motivo del Día de la Mujer contamos con M^a Dolores Latorre, farmacéutica colegiada, doctora y recientemente nombrada como Académica de Número de la Academia de Farmacia de la Comunitat Valenciana y con Mar Edo Abellán, licenciada en farmacia y la colegiada más reciente del Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Castellón.

Nuestras compañeras nos dieron su visión de la profesión farmacéutica, del camino recorrido y de los retos de futuro.

JORNADA "FARMACIA: COHESIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA"



D^a Rosa Arnau, presidenta del ICOF de Castellón, acompañada de los presidentes de los COF de Madrid, D. Manuel Gómez del Peral, Alicante, D. Andrés García Mongars, y Valencia, D. Jaime Giner.

El pasado 17 de enero de 2023 la presidenta del ICOFCS, Rosa Arnau, asistió en el Senado a la Jornada "Farmacia: Cohesión Social y Salud Pública" celebrada por Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en la que se presentó el informe 'El modelo español de Farmacia: una solución para el reto demográfico'.

Según informaron desde el CGCOF en una nota, esta jornada incluyó, además, la presentación del informe elaborado por Analistas Financieros Internacionales sobre 'El modelo español de farmacia: una solución para el reto demográfico'.

Esta Jornada contó con la presencia de la vicepresidenta primera del Senado, Cristina Narbona, quien agradeció la "labor imprescindible" llevada a cabo por los farmacéuticos durante la pandemia, y el presidente del Consejo General de COF, Jesús Aguilar.

Igualmente en el acto se desarrollaron dos mesas redondas, una sobre la **"Aportación del modelo de farmacia a la cohesión social y al reto demográfico"**, entre cuyas conclusiones se destacó que la farmacia rural, además de ser una infraestructura sanitaria esencial, contribuye a fijar población, en especial femenina y en edad de trabajar, y favorece el empleo, posicionándose así como un actor fundamental para hacer frente al reto demográfico y, la otra mesa redonda, trató sobre **"Salud pública, inteligencia sanitaria territorial desde la red de farmacias"**, en la cual repasaron el activo que aportan las farmacias en labores de salud pública.

ROSA ARNAU EN EL ANUARIO COPE CASTELLON 2022



Foto de uno de los momentos del acto

Rosa Arnau ha sido elegida como una de las protagonistas del año 2022 en el Anuario COPE Castellón, por su designación en el cargo como la primera mujer en presidir el ICOFCS en 125 años de historia.

En el acto de la presentación del Anuario COPE, que tuvo lugar el pasado 26 de enero de 2023, Rosa Arnau valoró sus primeros meses en el cargo e hizo una previsión para el 2023.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX DE LA C.V.

Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix de la Comunitat Valenciana

CÉR VIX

Programa piloto dirigido a mujeres de entre 25 y 65 años iniciado en 1995 (1995, 1996, 1997, 1998 y 1999)

¿Qué es el cáncer de cérvix?

- Es un tipo de cáncer que afecta al cuello del útero o al útero (cérvix) que rodea la vagina y que está relacionado con la infección por el Virus de Papiloma Humano (VPH)
- El VPH es un virus muy frecuente que se contagia al mantener relaciones sexuales. Tras el diagnóstico, en la mayoría de los casos, el sistema inmunológico elimina el virus. Solo en el 10% de los casos, algunas formas de VPH, pueden provocar el cáncer si la mujer no recibe un diagnóstico temprano.

¿Cómo prevenirlo?

La responsabilidad empieza a partir de la adolescencia.

El uso adecuado del preservativo reduce los posibilidades de contagio. Tener relaciones sexuales ocasionales aumenta la probabilidad de infección.

¿En qué consiste el Programa de prevención de cáncer de cérvix?

El objetivo es prevenir y detectar el cáncer de cérvix de forma precoz, permitiendo tratamientos tempranos y efectivos.

Si tienes cualquier duda, consulta con la Gerencia de Salud de Cáncer de Salud Pública o en la web: www.gva.es

¿Cómo se realiza la prueba de detección de VPH? Aceptamos Vaginitis

- Recibirás la notificación para recoger una muestra de flujo vaginal en tu domicilio. El día recogerás la muestra en los días de reproducción.
- Paga una pequeña tarifa como en la automata.
- Disponible junto con la carta de invitación en las zonas habilitadas en tu centro de salud.

La Dirección General de Salud Pública y Adicciones presentó el pasado 17 de febrero los resultados del estudio piloto del Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix de la Comunitat Valenciana. Berta Mallol, Vocal de Titulares acudió a la jornada en representación del ICOFCS.

LOS COLEGIOS SANITARIOS DE CASTELLÓN IMPULSAN UNA CAMPAÑA PARA CONCIENCIAR SOBRE EL USO DE LA RECETA MÉDICA OFICIAL

Con el objetivo de promover la seguridad de los pacientes en la prescripción y la dispensación de los tratamientos, los colegios de Médicos, Dentistas, Podólogos y Farmacéuticos de la provincia de Castellón han lanzado una campaña de información bajo el lema: "Que tu receta no se quede en papel mojado".

Esta campaña tiene como objetivo concienciar del uso adecuado de la receta médica a través de su único modelo válido autorizado por la ley, la receta privada, ya sea en su formato en papel o electrónico. No hay que olvidar que se trata del único documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio que permiten a profesionales sanitarios autorizados recetar medicamentos, y el único que acepta la oficina de farmacia tal y como establece la legislación en vigor.

El Real Decreto 1718/2010 obliga al prescriptor a consignar en la receta y en la hoja de información para el paciente los datos necesarios del profesional prescriptor, del paciente y del medicamento. Elementos imprescindibles para la validez de la receta médica, la cual será válida únicamente para una única dispensación y que una vez realizada deberá ser conservada en la farmacia.

Las oficinas de farmacia de la provincia dispondrán de cartelería informando de la importancia de presentar la receta médica para la dispensación de los tratamientos que lo

requieran, mientras que los colegios informarán a sus colegiados de la obligación de utilizar el modelo de la receta oficial en sus consultas públicas y privadas. A través de esta campaña los colegios sanitarios de la provincia quieren impulsar 3 pilares de actuación:

- Dar a conocer a la población y a los profesionales sanitarios la necesidad del uso del modelo de receta médica normalizada para la dispensación de medicamentos en oficinas de farmacia según recoge el RD 1718/2010
- Informar a cada profesional prescriptor que es responsable de la medicación que recomienda y no debe remitir al paciente a su médico de atención primaria para realizar dichas recetas.
- Las autoridades sanitarias deben velar por el correcto funcionamiento y dispensación de medicamentos, así como facilitar la prescripción electrónica de medicamentos mediante las herramientas informáticas adecuadas.

RETINOL

USO DEL RETINOL EN LOS TRATAMIENTOS ANTIENVEJECIMIENTO

Autor: Marta Larruga - Vocal de Dermofarmacia

El término retinoide engloba una familia de compuestos químicos derivados naturales o sintéticos de la vitamina A, compartiendo similitudes estructurales y funcionales con ella. Desde 1955 se han sintetizado más de 2.000 derivados de la vitamina A, clasificados en tres generaciones. La primera generación incluye los retinoides no aromáticos de origen natural, entre los que se encuentran el retinol, el retinal, la isotretinoína y la tretinoína. Los retinoides de segunda generación son los compuestos monoaromáticos, como el etretinato y la acitretina. Por último, los retinoides de tercera generación incluyen el adapaleno y el tazaroteno [1].

En el organismo, el retinol es la principal forma circulante de la vitamina A, que requiere conversión al ácido retinoico activo para ejercer un efecto biológico. Debido a la sensibilidad del retinol a los ácidos y a los agentes oxidantes, es habitual emplear sus ésteres más estables (por ejemplo, el acetato de retinilo, el linoleato de retinilo y el palmitato de retinilo) o también la forma aldehídica (retinal).



Fig.1. Ilustración simplificada del metabolismo de los retinoides.

El ácido retinoico, se forma por oxidación del retinol a través del retinaldehído (retinal). Los ésteres de retinol, la forma de almacenamiento de la vitamina A, se convierten en retinol por hidroxilación.

El retinol, liposoluble, penetra a través del estrato córneo llegando incluso a alcanzar ligeramente la dermis. Cuando el retinol llega a un queratinocito, entra en su interior y se une a un receptor específico. Como ya hemos comentado, el retinol debe pasar por dos transformaciones para llegar a completar su efecto: tras su ingreso en la célula, la retinol deshidrogenasa (RDH) o la alcohol deshidrogenasa (ADH), catalizan la oxidación del retinol a retinal, siendo un proceso reversible. Posteriormente, el retinal es oxidado a ácido retinoico por retinaldehído deshidrogenasa (RALDH) o algunas enzimas de la familia CYP (perteneciente a la familia del citocromo P450). Esta reacción es irreversible [2].

El retinol en nuestra piel

Los principales efectos beneficiosos de la aplicación tópica de retinol son:

- En la epidermis, el retinol influye en la secreción de factores de transcripción y de crecimiento y mejoran la renovación celular.
- Estimula los fibroblastos para que sinteticen fibras de colágeno (estimula su actividad y aumenta su número).
- Protege contra la degradación del colágeno debido a que inhibe la actividad de las metaloproteinasas y aumenta la síntesis de inhibidores tisulares de metaloproteinasas (TIMPs).
- Mejora la elasticidad de la piel (elimina las fibras de elastina degeneradas) y favorece la angiogénesis.

- Es responsable de la proliferación de la capa viva de la epidermis y del refuerzo de la función protectora de la epidermis.
- Consigue una reducción de la pérdida excesiva de agua transepidérmica (TEWL).
- Provoca que las conexiones entre las células epidérmicas sean más laxas y facilita la queratosis.
- Ejerce efectos anticomedogénicos: regulan el proceso de descamación dentro de los conductos de las glándulas sebáceas, disminuye la actividad de las enzimas que participan en la lipogénesis y bloquean la diferenciación y las divisiones celulares de las glándulas sebáceas.
- Reducen la pigmentación de la piel en un 60% aproximadamente, además, proporcionan una disposición regular de la melanina en la epidermis, bloquean su transporte a las células epidérmicas y disminuyen la actividad de los melanocitos estimulados [2].

Por todo ello, los principales usos del retinol en cosmética y dermatología son los tratamientos antiarrugas, los tratamientos para la mejora de la textura y la sequedad de la piel y los tratamientos despigmentantes.

Retinización

Aunque el retinol se encuentra entre los ingredientes más utilizados en cosmética, su uso viene asociado a ciertos problemas o efectos secundarios. Entre ellos destacamos, por ser los más comunes, los efectos secundarios dosis-dependientes que se manifiestan con irritación cutánea, enrojecimiento, sequedad o descamación de la piel. Estas reacciones adversas aparecen generalmente durante las primeras semanas de tratamiento y están asociados principalmente con la liberación de citoquinas pro-inflamatorias. Es posible reducir estos problemas derivados de la utilización de retinoides tópicos mediante un proceso denominado retinización.

El periodo de retinización es el tiempo que tarda nuestra piel en adaptarse al uso de retinoides tópicos, evitando de este modo, las principales reacciones adversas. Este periodo suele abarcar

varias semanas y depende en gran medida de cada tipo de piel.

El proceso de retinización comienza con la aplicación del retinoide tópico con poca frecuencia (dos veces a la semana), a bajas concentraciones y si es posible por la noche, ya que el retinol provoca que la piel sea más sensible a los efectos del sol. El proceso de retinización continúa con el aumento de la frecuencia de aplicación y la concentración de producto hasta finalmente llegar a la adaptación completa. Un buen consejo previo al inicio de la retinización es el de reforzar la función barrera de nuestra piel, consiguiendo así mejorar los resultados del proceso.

Coadyuvantes

Para reducir los efectos secundarios producidos por los retinoides tópicos, es habitual emplear moléculas coadyuvantes. El efecto que se busca con el empleo de estas moléculas es el de aumentar la tolerancia del tratamiento, utilizando moléculas que minimicen el proceso inflamatorio, aumenten la capacidad regenerativa y la hidratación. Un ejemplo de coadyuvante es la niacinamida, ya que se ha comprobado que reduce el proceso inflamatorio asociado a la familia de retinoides [3].

Conclusiones

Los retinoides son un buen tratamiento antienvjecimiento con numerosos estudios que lo avalan y aunque pueden provocar reacciones adversas en una piel poco preparada, se pueden evitar realizando un periodo de retinización previo.

[1]Spierings NMK. Evidence for the Efficacy of Over-the-counter Vitamin A Cosmetic Products in the Improvement of Facial Skin Aging: A Systematic Review. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021 Sep;14(9):33-40. PMID: 34980969; PMCID: PMC8675340.

[2]Zasada M, Budzisz E. Retinoids: active molecules influencing skin structure formation in cosmetic and dermatological treatments. *Postepy Dermatol Alergol.* 2019 Aug;36(4):392-397. doi: 10.5114/ada.2019.87443. Epub 2019 Aug 30. PMID: 31616211; PMCID: PMC6791161.

[3]Mukherjee S, Date A, Patravale V, Korting HC, Roeder A, Weindl G. Retinoids in the treatment of skin aging: an overview of clinical efficacy and safety. *Clin Interv Aging.* 2006;1(4):327-48. doi: 10.2147/cia.2006.1.4.327. PMID: 18046911; PMCID: PMC2699641.

NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

AUTOR: ANA TORRENTS VILAR

Neumóloga. Servicio de Neumología del Hospital General Universitario de Castellón.

El **tabaquismo** es una enfermedad adictiva y crónica, muy prevalente, siendo la primera causa evitable de muerte en los países desarrollados.

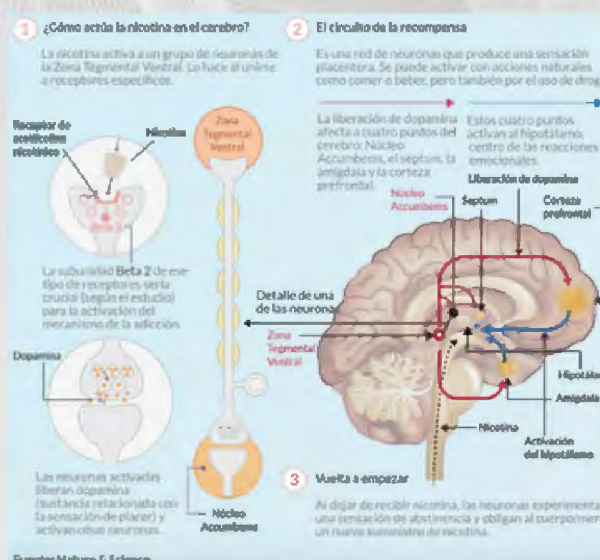
Su tratamiento depende fundamentalmente de la motivación que el fumador tenga para abandonar de forma definitiva el consumo del tabaco. De este modo, los fumadores que se encuentren en fase de preparación deben recibir **2 tipos de intervención: conductual**, encaminada a combatir la dependencia psíquica, y **farmacológica**, para aliviar la dependencia física por la nicotina.

1. Terapia sustitutiva con nicotina (TSN):

La **TSN** está reconocida como farmacoterapia de primera línea en el tratamiento del tabaquismo. A continuación se comentan las preparaciones farmacéuticas de TSN que están disponibles en España.

- **Chicle de nicotina:** contiene 2 o 4 mg de nicotina. Mediante la masticación, la nicotina se libera al interior de la cavidad bucal y es absorbida a través de la mucosa geniana, alcanza la sangre y desde allí estimula los receptores nicotínicos de las membranas de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo.

Con ello evita que el fumador que está dejando de serlo presente los síntomas del síndrome de abstinencia. El chicle es una forma de administración de nicotina relativamente rápida. Por un lado, puede utilizarse de forma puntual con el objetivo de controlar situaciones de deseo compulsivo intenso, y por otro, puede administrarse de forma pautada para conseguir valores continuos de nicotinemias que ayudarán a aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia que experimente el fumador.



Los **tratamientos farmacológicos** de primera línea son: los sustitutivos de nicotina (TSN) en todas sus formas (chicle de nicotina, parche de nicotina, pastillas de nicotina y spray bucal de nicotina), el hidrocloreuro de bupropión, la vareniclina y la citisina (aprobados por la FDA para esta indicación). La sanidad pública ha empezado a financiar este mes de febrero de 2023 el único tratamiento basado en la nicotina disponible en las farmacias para dejar de fumar.

Hay que indicar al fumador que tenga paciencia para percibir sus efectos, pues no es tan rápido como la nicotina del cigarrillo. Debe masticar despacio el chicle de nicotina hasta que note su sabor o picor, en este momento dejará de masticar, y lo guardará entre su mejilla y la encía hasta que desaparezca el sabor, y cuando esto ocurra volverá a masticar el chicle. En fumadores de 10 a 19 cigarrillos al día, puntuación en el test de Fagerström menor

o igual a 3 y con niveles de monóxido de carbono en el aire espirado menores a 15 ppm, se pueden utilizar de 8 a 10 chicles de 2 mg de nicotina al día, durante un periodo de 8 a 10 semanas, reduciéndose progresivamente la dosis a partir de la cuarta semana.

En fumadores de 20 a 30 cigarrillos al día, con 4 a 6 puntos en el test de Fagerström y con niveles de monóxido de carbono entre 15 y 30 ppm se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 90 min mientras el sujeto esté despierto, durante un periodo de 12 semanas; se recomendará reducir la dosis de forma progresiva a partir de la sexta semana.

En fumadores de más de 30 cigarrillos al día, con 7 o más puntos en el test de Fagerström y con más de 30 ppm de monóxido de carbono se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 60 min mientras el sujeto esté despierto, durante 12 semanas, reduciéndose progresivamente la dosis a partir de la octava semana.

- **Comprimidos para chupar:** contienen 1 o 2 mg de nicotina. Su mecanismo de absorción y su farmacocinética son relativamente similares a los chicles de 2 o de 4 mg, respectivamente.

- **Parche de nicotina:** es un dispositivo cargado de nicotina que está preparado para liberarla a través de la piel cuando se adhiere a ella. En el mercado español hay 3 tipos de parches de nicotina, que se diferencian entre sí por las concentraciones de nicotina que tienen y liberan, por su diferente tiempo de liberación y porque consiguen distintos valores de nicotemia.



El parche representa una forma de administración de nicotina lenta y progresiva.

Para su correcta utilización conviene seguir las siguientes recomendaciones:

* Deben utilizarlos fumadores con una dependencia física de la nicotina leve -

moderada.

* Deben utilizarse durante un período no inferior a 6-8 semanas y no superior a 12. La interrupción precoz del tratamiento con parches de nicotina, antes de las 6-8 semanas, facilita la recaída, y su prolongación más allá de 12 semanas no incrementa las posibilidades de éxito. Los parches deben emplearse a dosis altas durante las primeras 4-6 semanas. En el caso de los parches de 16 h, la dosis alta recomendada es de 25 mg/día; esta dosis se consigue utilizando conjuntamente un parche de 15 mg y otro de 10 mg. Para el parche de nicotina de 24 h la dosis alta es de 21 mg/día.

Las **contraindicaciones comunes de la TSN** son: infarto agudo de miocardio reciente, arritmias cardíacas, ictus reciente y angina inestable. Las contraindicaciones relativas son: hipertensión grave, insuficiencia cardíaca grave, enfermedad vascular cerebral, hipertiroidismo, diabetes insulino dependiente, úlcera gastroduodenal y deterioro renal o hepático grave. No se han detectado interacciones clínicamente significativas. Los efectos secundarios comunes en la aplicación de la TSN son: cefalea, mareos, náuseas, vómitos, palpitaciones y fibrilación auricular.

2. Bupropión: El bupropión es un polvo blanco y amargo que se expende en forma de comprimidos de liberación sostenida que contienen 150 mg de sustancia activa. No se conoce con exactitud cuál es el mecanismo de acción de este fármaco, aunque sabe que actúa en el núcleo accumbens inhibiendo la recaptación neuronal de dopamina; este efecto explicaría la reducción del craving que los fumadores experimentan cuando lo utilizan.

También inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina en el núcleo cerúleo, con lo que consigue una reducción significativa de la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina.

Debe utilizarse durante un período de 7-9 semanas a dosis de 300 mg diarios en 2 tomas de 150 mg cada una. El tratamiento se iniciará de 7-15 días antes de abandonar definitivamente el consumo del tabaco.

Durante la **primera semana** el paciente tomará sólo un comprimido de 150 mg cada día y después de este período se incrementará la dosis a 2 comprimidos de 150 mg.

En **fumadores de 65 años o más**, con insuficiencia renal o hepática significativa o con bajo peso (< 45 kg) se recomienda bajar la dosis a la mitad.

Los **efectos adversos** descritos son: sequedad de boca, insomnio, inestabilidad, cefalea, náuseas, manifestaciones alérgicas cutáneas, convulsiones.

Las **contraindicaciones** son: epilepsia, trastornos convulsivos, bulimia o anorexia nerviosa, uso simultáneo de inhibidores de la monoaminoxidasa, cirrosis hepática, trastorno bipolar.

Respecto a sus interacciones, bupropión es metabolizado primariamente a hidroxibupropión por la isoenzima CYP2B6, por lo tanto el uso concurrente con fármacos que afecten a su metabolismo, como orfenadrina y ciclofosfamida, puede aumentar sus efectos farmacológicos.

Las combinaciones conteniendo cualquiera de las siguientes medicaciones (alcohol, inductores e inhibidores de enzimas hepáticas, ritonavir, levodopa), dependiendo de la cantidad presente, también pueden interactuar con esta medicación.

El **laboratorio GSK** ha comunicado que ha estado revisando todos sus procesos de fabricación para identificar la potencial presencia de nitrosaminas. Los resultados obtenidos indican la presencia potencial de la nitrosamina «N-nitroso-bupropión» en los comprimidos de Zyntabac®, por lo que se ha detenido temporalmente la liberación de nuevos lotes en la Unión Europea y se han retenido de forma preventiva las existencias en las instalaciones de la compañía.

Según la web de la AEMPS en abril de 2023 se habrá restablecido su distribución, sin embargo, existen dudas sobre si realmente va a estar solventado este problema en la fecha indicada.

3. Vareniclina:

Es un agonista parcial de los receptores de la nicotina. Es un fármaco específicamente desarrollado para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Por ello, se buscó un medicamento que estimulara de forma selectiva los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral del meséncéfalo.

Vareniclina se desarrolló como un agonista parcial de estos receptores. Por ser un agonista tiene la capacidad de estimular el receptor nicotínico y por ello es capaz de controlar el craving y el síndrome de abstinencia de la nicotina que los fumadores presentan cuando están dejando de serlo. Pero, por ser un antagonista, es capaz de bloquear los efectos que la nicotina produce sobre el receptor, por ello, la utilización de vareniclina en un fumador que está dejando de fumar facilita que las recaídas no se acompañen de sensación placentera y recompensa, y con esto, vareniclina impide que una recaída se convierta en fracaso.

Vareniclina es un fármaco que se elimina casi en su totalidad a través de la orina sin metabolización hepática, por lo que no tiene problemas de interacción con otros medicamentos.

Durante la **primera semana** los sujetos podrán fumar y deberán utilizar el fármaco en dosis de 0,5 mg una vez al día durante los 3 primeros días y después a dosis de 0,5 mg dos veces al día hasta completar la primera semana. Pasado este tiempo, el sujeto deberá abandonar el consumo de tabaco y comenzar a utilizar el fármaco en dosis de 1mg dos veces al día, a partir del día 8, hasta completar 12 semanas de tratamiento.

Sus **contraindicaciones** son hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes. Respecto a sus interacciones, basándose en las características de vareniclina y en la experiencia clínica hasta la fecha, no tiene ninguna interacción con otros medicamentos que sea clínicamente significativa.

Sus **efectos secundarios** son: náuseas, fatulencia, cefalea, insomnio y sueños anormales.

La **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)** publicó el pasado 6 de julio de 2021 la Nota Informativa ICM (CONT) 05/2021, en la que comunicaba la parada de la distribución de nuevas unidades de CHAMPIX® mientras se investigaba la presencia de la impureza N-nitrosovareniclina en el citado medicamento.

Asimismo, la AEMPS informó de la retirada preventiva de tres lotes debido a la detección de la citada impureza en niveles superiores al límite establecido por la compañía Pfizer. Teniendo en cuenta los datos disponibles, no se ha identificado un riesgo inmediato para los pacientes tratados con este medicamento. No obstante, en la evaluación llevada a cabo a nivel europeo se ha establecido un límite más restrictivo para la presencia de esta impureza.

Esto supone la ampliación de retirada del mercado de manera preventiva de todos los lotes que superen este límite. En España, los lotes afectados por la retirada son todos los que actualmente se pueden encontrar en almacenes mayoristas y oficinas de farmacia, los cuales se indican en la alerta farmacéutica R_19/2021 publicada en la página web de la AEMPS. Teniendo en cuenta que la compañía no ha proporcionado una nueva fecha de restablecimiento, no deberán iniciarse nuevos tratamientos hasta que el medicamento vuelva a estar disponible en el mercado.

Para facilitar su seguimiento, la AEMPS dispone en el Centro de Información Online de Medicamentos Autorizados (CIMA) de un listado con los problemas de suministro cuya información se mantiene actualizada de forma permanente.

4. Citisina:

La citisina no es un fármaco nuevo. Se ha utilizado con seguridad en Europa del Este para dejar de fumar desde la década de 1960.

Imita los efectos de la nicotina.

Derivada principalmente de la planta *Cytisus laburnum* (que inspiró el desarrollo de la vareniclina), es un agonista parcial del receptor nicotínico de acetilcolina $\alpha 4\beta 2$ responsable de los efectos centrales de la nicotina.

La citisina oral alcanza la concentración máxima dos horas después de la dosis y se excreta sin cambios renalmente sin metabolismo hepático, lo que reduce el riesgo de interacciones farmacológicas. Una de sus principales novedades consiste en la corta duración del tratamiento. En este caso es de 25 días frente a los 3-6 meses que requieren otras terapias con la misma indicación.

Este medicamento se comercializa en comprimidos y bajo prescripción médica. Comienza con dosis de 6 comprimidos diarios durante los primeros tres días, para disminuir de forma gradual hasta 1 o 2 comprimidos diarios en los últimos cinco días. Una caja es suficiente para completar el tratamiento.

Las **contraindicaciones** incluyen hipertensión arterial, aterosclerosis avanzada y embarazo o lactancia.

Los **efectos adversos** informados con citisina son principalmente gastrointestinales. (dispepsia y náuseas) y trastornos del sueño, que son autolimitantes.

Factores que influyen en la elección del fármaco:

En el momento de decidir si se inicia o no tratamiento farmacológico es fundamental valorar el grado de motivación para dejar de fumar y el grado de dependencia de la nicotina (test de Fagerström).

Como directrices generales si la **puntuación del test de Fagerström es superior a 7** puntos la adicción al tabaco es muy elevada y sería conveniente utilizar algún tratamiento farmacológico para abandonar el hábito tabáquico. Si la puntuación es **de 4 a 6 puntos** la adicción es moderada y el tratamiento indicado no debería ir más allá de la TSN. Si la **puntuación es de 0 a 4 puntos** la dependencia es baja y no sería necesario en principio el empleo de tratamiento farmacológico.

Si se decide emplear tratamiento farmacológico la elección del fármaco de primera línea debe hacerse en función de factores como la experiencia del profesional en su manejo, las contraindicaciones del fármaco, las preferencias del paciente, su experiencia previa y ciertas características del paciente (antecedentes depresivos, preocupación por el peso, posibilidades económicas, etc.). Realmente no existe un fármaco que se pueda considerar de primera elección. Como normas generales si el paciente tiene una mala tolerancia previa a los antidepresivos o fármacos psicoactivos debemos utilizar la TSN.

En caso contrario podemos valorar el uso de bupropión, vareniclina o citisina, según nuestra experiencia previa, recordando que solo esta última está actualmente disponible para su prescripción y financiación.

TEST DE FAGERSTRÖM

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACION
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	< 5 minutos	
	6-30 minutos	3
	31-60 minutos	2
	61-90 minutos	1
	>90 minutos	0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine,...)?	Sí	1
	No	0
¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero	1
	Otros	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Más de 30	3
	21-30	2
	11-20	1
	Menos de 11	0
¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
PUNTUACIÓN: Menor de 4 dependencia baja. Entre 4 y 6 dependencia media. Igual o mayor de 7 dependencia alta.		

BIBLIOGRAFÍA:

1. Taleen Karnieg, Xiang Wang. Cytisine for smoking cessation. CMAJ 2018 May 14;190:E596. doi: 10.1503/cmaj.171371
2. JIMÉNEZ-RUIZ CA ET AL. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO. PROPUESTAS DE FINANCIACIÓN. Arch Bronconeumol. 2008;44(4):213-9
3. J. García-Galbis Marín et al. Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Semergen. 2012;38(8):505-510
4. Ryan J. Courtney; Hayden McRobbie; Piotr Tutka, et al. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2021;326(1):56-64. doi:10.1001/jama.2021.7621
5. La AEMPS comunica problemas de suministro y retirada del mercado de varios lotes del medicamento CHAMPIX comprimidos recubiertos con película [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2021. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/la-aemps-comunica-problemas-de-suministro-y-retirada-del-mercado-de-varios-lotes-del-medicamento-champix-comprimidos-recubiertos-con-pelicula/> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1618870/pdf/nihms12471.pdf>

CONDICIONES DE FINANCIACIÓN DE LOS FÁRMACOS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

POR MAR LARROSA CENTRO DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO

El 1 de enero de 2020 se incluyeron por primera vez en la prestación farmacéutica la vareniclina y bupropión como fármacos para la deshabituación tabáquica y el pasado 1 de febrero de 2023 la citisina también se incluyó en esta lista de fármacos financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Requisitos del paciente para acceder al tratamiento

- Estar incluido en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituación tabáquica que esté implementado en la CCAA/ INGESA o Mutualidades.
- Tener motivación expresa de dejar de fumar y que pueda constatarse con un intento de dejar de fumar en el último año.
- Personas que fumen/vapeen 10 o más cigarrillos al día y que tengan un alto nivel de dependencia calificado por el Test de Fagerström ≥ 7 .
- Personas que sean derivadas de una farmacia comunitaria, en la que han solicitado ayuda para dejar de fumar, presenten criterios de derivación al médico y en los que los tratamientos no sujetos a prescripción médica no hayan sido eficaces.
- Se financiará un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacológico.

Requisitos para la prescripción de medicamentos:

- La prescripción de este medicamento se restringe a los/las médicos profesionales que así se definan en el programa de deshabituación tabáquica en cada CCAA/INGESA o Mutualidad.
- Prescripción de 1 envase. Antes de prescribir la siguiente receta, se valorará la evolución de la efectividad del tratamiento.
- La duración máxima del tratamiento será de 12 semanas (3 meses) para vareniclina (Champix®), de 7-9 semanas para bupropión (Zyntabac®) y 25 días para citisina (Todacitan®), lo que equivale a un envase.
- La prescripción se realizará siempre por el sistema de receta electrónica (no manuscrita).
- En recetas manuscritas de mutualidades estará sujeta a una validación previa para su dispensación, mediante el sello de Validación de deshabituación tabáquica de la entidad correspondiente y la fecha de validación o visto bueno.

Fuente: Ministerio de Sanidad

POR UN AGUA
SALUDABLE
PARA TI Y
PARA TODOS

DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE AGUAS DEL ICOFCS



ICOF
CS  Il·lusne
Col·legi Oficial
de Farmacèutics
de Castelló

LA GLUCOGENOSIS TIPO I, UNA ENFERMEDAD RARA

POR RAQUEL SELMA - CENTRO DE INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO

El pasado 28 de febrero se celebró el Día Mundial de las Enfermedades Raras. Desde el 2008, se celebra el último día del mes de febrero con la finalidad de concienciar y dar visibilidad a las enfermedades raras para dar un mejor acceso a tratamientos para estos pacientes.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades raras son aquellas que se presentan en menos de cinco personas por cada 10.000 habitantes. En la actualidad, se estiman más de 7.000 enfermedades raras. En concreto, en España se calcula que hay cerca de tres millones de personas que padecen una enfermedad rara. Englobadas dentro de estas enfermedades encontramos las glucogenosis.

Glucogenosis tipo I

En primer lugar, ¿qué son las glucogenosis? Las glucogenosis son un conjunto heterogéneo de enfermedades metabólicas hereditarias producidas por alteraciones en los genes que codifican las enzimas que intervienen en la síntesis o degradación del glucógeno. Existen múltiples tipos (0-XV). Entre ellas, existen un tipo, las llamadas glucogenosis hepáticas que afectan principalmente al metabolismo del glucógeno. Existen múltiples tipos (0-XV). Entre ellas, existen un tipo, las llamadas glucogenosis hepáticas que afectan principalmente al metabolismo del glucógeno almacenado en el hígado, impidiendo la síntesis de glucosa. Dentro de este grupo, una de las glucogenosis más frecuentes (representa el 25-30% de todas las glucogenosis), es la glucogenosis tipo I (GSD-I). La GSD-I es una enfermedad de herencia autosómica recesiva, es decir, solo se transmitirá si ambos padres son portadores de la mutación en el gen, cuya

incidencia en la población general de 1/100.000. Fue diagnosticada por primera vez en 1928 por Van Greveld. Posteriormente fue estudiada y descrita histológicamente en 1929 por Von Gierke tras revisar los informes de la autopsia de dos niños cuyos hígados y riñones contenían cantidades excesivas de glucógeno, de ahí que la enfermedad también sea conocida como la enfermedad de Von Gierke.

La GSD-I está provocada por deficiencias en el sistema de la glucosa-6-Fosfatasa (G6Pasa). Existen dos tipos dependiendo del componente afectado: la enzima G6Pasa, (GSD-Ia) y el sistema de transporte G6PT (GSD-Ib). La glucosa-6-Fosfatasa es la enzima que cataliza la reacción final de los procesos de gluconeogénesis (ruta anabólica por la que tiene lugar la biosíntesis de glucosa a partir de precursores no glucídicos) y glucogenólisis (proceso catabólico de obtención de glucosa a partir de la degradación de glucógeno) siendo, por lo tanto, un factor clave en la regulación de la glucemia y una de las glucogenosis más estudiadas y de las más severas porque tanto la glucogenólisis como la gluconeogénesis están alteradas.

Alteraciones fisiológicas

La glucosa es la fuente principal de combustible para nuestras células. Durante el día, los órganos necesitan glucosa que puede ser obtenida de los alimentos ingeridos. Sin embargo, durante la noche, se recurren a fuentes de glucosa como el glucógeno, nuestra principal reserva de glucosa. El glucógeno, es un polisacárido de alto peso molecular, formado por cadenas ramificadas de glucosa. El glucógeno se concentra principalmente en el hígado. Mediante la glucogenólisis, el glucógeno es

hidrolizado y transformado en moléculas de glucosa para aportar energía a tejidos que lo necesitan como el cerebro. También se puede recurrir al proceso gluconeogénesis, a partir de precursores no glucídicos (como son varios aminoácidos, lactato o piruvato) permiten la biosíntesis de glucosa. Si hay una deficiencia en alguna parte de estas rutas, la liberación de glucosa disminuye y, por tanto, pueden aparecer las hipoglucemias.

En el caso de los pacientes con glucogenosis tipo I, el hígado almacena la glucosa en forma de glucógeno, pero no puede liberarlo de forma fisiológica. De este modo, con el tiempo, se acumulan grandes cantidades de glucógeno en el hígado, se incrementa el nivel de la hormona del glucagón en un intento de elevar los niveles séricos de glucosa en sangre. Las grasas se movilizan y se almacenan en el hígado (hiperlipidemia/hígado graso) junto con el glucógeno, lo que conduce a hepatomegalias. Se producen un aumento de ácido láctico y un retraso en el crecimiento. Sin embargo, la alteración fisiológica de mayor relevancia en los niños es que al no ser capaces de liberar la glucosa del hígado, sufren severas hipoglucemias, sobre todo, durante la fase de ayuno, por las noches. En el caso de los pacientes con glucogenosis tipo I, el hígado almacena la glucosa en forma de glucógeno, pero no puede liberarlo de forma fisiológica. De este modo, con el tiempo, se acumulan grandes cantidades de glucógeno en el hígado, se incrementa el nivel de la hormona del glucagón en un intento de elevar los niveles séricos de glucosa en sangre. Las grasas se movilizan y se almacenan en el hígado (hiperlipidemia/hígado graso) junto con el glucógeno, lo que conduce a hepatomegalias.

Se producen un aumento de ácido láctico y un retraso en el crecimiento. Sin embargo, la alteración fisiológica de mayor relevancia en los niños es que al no ser capaces de liberar la glucosa del hígado, sufren severas hipoglucemias, sobre todo, durante la fase de ayuno, por las noches.

Tratamiento

Para estos niños con glucogenosis tipo I, el tratamiento es fundamentalmente dietético y tiene como objetivo principal prevenir las hipoglucemias y mantener un control metabólico óptimo. Para ello, es necesario evitar periodos de ayuno durante el día mediante la pequeña ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos, evitando el consumo de alimentos que contengan azúcares de rápida absorción (fruta, leche, etc.). No obstante, durante la noche, se necesita una fuente externa de glucosa que permita mantener unos niveles óptimos de glucosa en sangre. La primera vez que se ofreció una solución a esta fuente de glucosa fue en 1984, utilizando la ingestión de almidón de maíz crudo, es decir, no cocinado (conocido comúnmente como maizena), para evitar una caída en la concentración de glucosa en estos pacientes.

El almidón tiene una estructura parecida al glucógeno, aunque menos ramificada, y lo podemos encontrar como parte en la composición en muchos alimentos como pueden ser el arroz, la patata, el pan, los cereales o la pasta. Desde entonces, hasta día de hoy, el tratamiento nocturno en niños y adultos sigue siendo el almidón de maíz crudo mezclado con agua templada. En el caso de niños menores de 2 años, se utiliza a través de una sonda nasogástrica una perfusión continuada de glucosa

(en los recién nacidos la amilasa pancreática no se han desarrollado completamente, una de las dos enzimas necesarias para la hidrólisis del almidón).

Sin embargo, la corta duración del almidón de maíz todavía representa una desventaja importante con respecto a la calidad de vida. Se ha observado que la ingestión de 1,75-2,5 gramos de almidón de maíz por kilogramo de peso corporal cada seis horas, aporta entre 5,3-7,6 mg de glucosa por kg de peso corporal y minuto, pudiendo mantener una normogluemia de cómo máximo 6 horas, dando lugar a la necesidad de levantarse a mitad noche a ingerir otra dosis. Además, la ingesta de almidón de maíz crudo se ha asociado con síntomas gastrointestinales como son dolores abdominales o gases, que podrían ser, en parte, responsables de la fermentación colónica del almidón resistente, aquella fracción no digerida.

Al largo del tiempo, otros tipos de almidones (como el arroz, la patata o la tapioca) se ha probado en pacientes con GSD tipo I, pero estos almidones han mostrado una peor respuesta para aportar una fuente sostenida de glucosa comparado con almidón de maíz. En los últimos años, ha surgido un tratamiento opcional a partir de un almidón de maíz modificado a través de un tratamiento hidrotérmico, demostrando ser eficaz mejorando el mantenimiento de las concentraciones de glucosa, mientras que los problemas gastrointestinales se reducen. No obstante, el principal problema de este nuevo almidón comercializado es su elevado precio, por lo que muchos pacientes dependen de alternativas más baratas. Actualmente, se está investigando sobre nuevos tratamientos, como la primera terapia genética, en ensayos clínicos en

pacientes con glucogenosis tipo Ia, obteniendo avances y resultados prometedores. Sin embargo, hoy por hoy, solo existe una única solución para corregir el problema completamente, el trasplante, pero solo se considera esta opción para aquellos pacientes que no respondan al tratamiento dietético.

Bibliografía

- Chen, Y. T., Cornblath, M., & Sidbury, J. B. (1984). Cornstarch therapy in type-I glycogen-storage disease. *New England Journal of Medicine*, 310(3), 171-175
- Sidbury, J. B., Chen, Y. T., & Roe, C. R. (1986). The role of raw starches in the treatment of type-I glycogenosis. *Archives of Internal Medicine*, 146(2), 370-373
- Weinstein, D. A., Steuerwald, U., De Souza, C. F. M., & Derks, T. G. J. (2018). Inborn errors of metabolism with hypoglycemia glycogen storage diseases and inherited disorders of gluconeogenesis. *Pediatric Clinics of North America*, 65(2), 247-265
- Justel, J. S., Arias, J. L. C., Vila, A. M. (2010). Guía informativa para la glucogenosis tipo I (4ª edición). Asociación Española Enfermos de Glucogenosis

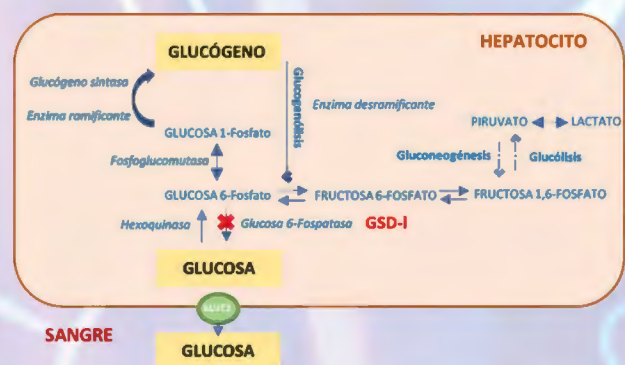
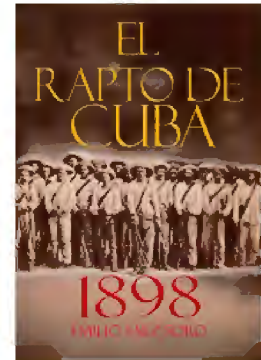


Figura: Esquema del metabolismo del glucógeno en la glucogenosis tipo I



Emilio Sáez presentó su novela "El rapto de Cuba"



El pasado miércoles 8 de febrero contamos en el Aula Literaria del ICOFCS con la presencia de **Emilio Sáez Soro**, profesor de Ciencias de la Comunicación en la Universitat Jaume I, Licenciado en Sociología y Ciencias Políticas por la UNED y con un Master en Comunicación y Periodismo por la Universidad de Valencia, quien ha centrado su trayectoria de investigación en la comunicación y formas de organización virtual, pero además cuenta con un gran número de libros publicados de diversos temas.

Sáez Soro presentó su novela "**El rapto de Cuba**", una novela basada en los últimos años de la Cuba española que, con sus personajes, nos hace viajar a través de la gran isla caribeña, reviviendo alguno de los principales acontecimientos que

desembocaron en la poco conocida guerra de Estados Unidos con España y la pérdida de todas las colonias españolas.

La novela narra la historia de dos hermanos, reclutados al mismo tiempo, que son obligados a luchar en una guerra al otro lado del mundo. Una esclava liberta y la hija de un terrateniente que se confabulan para influir en el devenir de los acontecimientos históricos con toda su fe, pasión y razón, y un comandante que se enfrentará a lo que más quiere en la vida en una contienda desigual.

Fue una presentación muy interesante, la cuál contó con una gran asistencia de público y con un coloquio tras la presentación sobre los últimos años de la Cuba española.



Conferencia de Antonio Penadés "Historia y expolio de la Acrópolis de Atenas"

El pasado 19 de diciembre de 2022 Antonio Penadés ofreció una conferencia sobre la Historia de la Acrópolis de Atenas, un recorrido desde el neolítico hasta la reconstrucción actual del Partenón. Se trata también, desde un punto de vista jurídico y con perspectiva histórica, la reivindicación de Grecia sobre los frisos, metopas y demás esculturas que Elgin arrancó de los templos y trasladó a Gran Bretaña entre 1801 y 1805.

El historiador y escritor, Antonio Penadés, llevó hasta el Salón de Actos del Ilustre Golegio de Farmacéuticos de Castellón toda la historia, la belleza y las miles de historias que han envuelto desde su construcción a La Acrópolis de Atenas. En la conferencia realizó un genial recorrido que fue desde el Neolítico hasta la reconstrucción actual del Partenón.

Antonio Penadés trató también la reivindicación de Grecia sobre las esculturas que Elgin arrancó de los templos y trasladó a Gran Bretaña entre 1801 y 1805.

Conocida como "la roca sagrada", es la joya de la Grecia clásica. Sus templos han maravillado al mundo durante siglos y han dejado constancia de la Edad de Oro de la capital ateniense (siglo V a.C.), cuando en ella confluían arte, riqueza y democracia.

Sucedía todo bajo la batuta del estadista Pericles, a quien se debe esta maravilla monumental. El astuto político, gobernante de Atenas entre el 461 y el 429 a.C., desvió fondos del tesoro público para reconstruir la Acrópolis, arrasada por los persas el año 480 a.C. La colina de Atenas sobre la que se emplaza, habitada desde la Antigüedad, pronto se convirtió en un lugar sagrado, visible desde toda la ciudad. Una conferencia que nos transporta a la mítica cima de la Acrópolis, símbolo clásico de Atenas.

Pere Cervantes presentó su novela "La espía de cristal"

Por Asunción Vicente

El pasado 8 de marzo se presentó en el Aula Literaria y cultural del ICOF la novela de Pere Cervantes "La espía de cristal". Un título que a primera vista nos evoca una novela de espionaje dentro del género de novela negra. Pero en realidad esta obra maravillosamente escrita es una novela antibelicista además de un relato de amor que conmueve en un escenario terrible, una posguerra atroz en Kosovo, con todo el dolor humano que se vivió allí y que ahora podemos trasladar a Ucrania en un paralelismo escalofriante. Sucesos que día a día están presentes en el mundo y que son noticia que se olvida con facilidad.

Las más de 20.000 violaciones que tuvieron lugar en Pristina, el desapego humano entre serbios y kosovares, la falta de piedad y la crueldad las retrata Pere Cervantes con maestría, tanto como el amor entre los protagonistas y la figura emergente de una mujer heroína anónima.

Un 8 de marzo es una buena fecha para recordar que la mujer ha sido a lo largo de los tiempos la víctima de todas las confrontaciones bélicas. No hay más que remontarse a la misma guerra de Troya, son ellas, las que restañaron la sangre de

las heridas y embalsamaron a los muertos, las que dentro y fuera de los muros de Troya o de cualquier otro lugar en el tiempo, proveyeron de vestido y alimento a los combatientes, las que fueron presa, botín y moneda de cambio y sin embargo a todas las opacó el fulgor de los héroes y las silenció la masculinidad de las batallas. Pere Cervantes las ilumina a través de sus secretos y enigmas, su sufrimiento, sus amores y desamores.

Pere Cervantes, es escritor y licenciado en derecho por la universidad de Barcelona, fue observador de Paz de la ONU en Kosovo y de la Unión Europea en Bosnia Herzegovina. Premio de Novela Cartagena Negra en 2018 y Premio de las Letras del Mediterráneo. Su novela "El chico de las bobinas" fue un gran éxito y se ha traducido a varios idiomas.

Su última novela "La espía de cristal" nos permitió disfrutar en el ICOF de todo el proceso personal que le llevó a escribirla y de un coloquio muy interesante sobre la importancia de las mujeres en la guerra y la barbarie a la que nos conduce la geopolítica. Espero que la disfrutéis



LA COCINA DEL MEDIEVO Y DEL RENACIMIENTO

Por Asunción Vicente Valls

El cristianismo significó en lo culinario un viento de libertad en la alimentación, tan coartada por las restricciones y limitaciones judías que se conservaban a finales del imperio romano.

Con todo, la iglesia nunca dejó de hacer llamamientos a la moderación, pero el gusto por las exquisiteces y originalidades de la época tardo romana persistía entre la población que podía permitírselo. Es un momento en el que coexisten una cocina monacal, religiosa y más austera con otra palaciega y excesiva.

En los siglos VI y V la alimentación la marcó fuertemente la iglesia velando por la espiritualidad de los buenos cristianos alejándolos de los placeres de la vida, la comida entre ellos y favoreciendo abstinencias y vigias. Entre los alimentos más comunes en las grandes mesas el pan, la caza, los pescados las frutas y verduras aderezadas con buenos vinos, no faltaban nunca. Las mesas del pueblo hacían del pan y el queso fresco su dieta habitual, la mayoría de los días con poca variedad.

En la edad Media el consumo de carnes resulta desmesurado, dada la gran valoración de la caza como actividad noble por excelencia. Igual se comían carnes finas como gallinas, pollos, capones y ocas, como carnero, cerdo fresco en salazón y cordero. Los condimentos eran algo más sencillos, cebollas y ajos; pero al mismo tiempo se consumían huevos y quesos acompañados de vino para facilitar la digestión según el criterio de la época.

Verduras y legumbres ocupaban un lugar secundario y apenas se tomaba fruta. El vino blanco era apreciadísimo, sobre todo dulce y se recomendaba incluso en cuaresma.

El agua no era aconsejable aduciendo que producía desarreglos intestinales.

En cuanto a las técnicas culinarias, los hervidos de carnes con especias y plantas aromáticas coexistían con el estofado la fritura y el asado. Se usó el sistema de hervido de las carnes antes de asarlas, una práctica que perduró hasta el siglo XVIII.

En fondas y albergues ligados a los caminos de peregrinación, era la sopa y el queso lo que configuraba el menú regado de abundante vino, al extremo de consumirse hasta 260 litros por persona y año en una ciudad tan populosa como la Florencia del siglo XI.

Cuando el trigo era escaso, el pan se elaboraba con harina de castañas, habas, guisantes, garbanzos y algunas variedades de judías.

La conservación de la carne era un problema y en ocasiones había que elegir entre su blandura y su frescura. Se utilizaban las especias para intentar camuflar algún sabor pasado, pero eran carísimas y solo se podían encontrar en las grandes mesas de los señores. Se usaba jengibre, canela, clavo, pimienta, azafrán, ajo, perejil, azúcar, miel y nuez moscada.

Los árabes introdujeron las berenjenas, espinacas, los agrios, el arroz, la caña de azúcar y enriquecieron las cocinas medievales con nuevos sabores.

Un banquete medieval que se preciara de abundante y digno de un gran señor comenzaría así:

Primer plato: capones al caldo de canela, gallinas a las hierbas y caza.

Segundo plato: asado, pavos reales con apio, paté de capones y capones al vino.

Tercer plato: perdiz y pichones estofados, paté de caza, gelatinas de ave.

Cuarto plato: pasteles, crema frita, patés de fruta, almendras dulces, nueces y peras frescas.

En conventos y monasterios era la propia huerta la que suministraba las frutas, verduras y hortalizas de temporada dando lugar a una cocina de calidad abundando los dulces y las conservas. Lo habitual era una dieta frugal a base de potajes de legumbres, huevos o queso, pan y vino. A pesar de los muchos abusos que se daban en algunos monasterios, en los días de ayuno solo se hacía una comida escasa con algo más de pan de lo habitual.

Esta receta que os propongo podría formar parte de ese toque medieval en vuestras mesas de Navidad, espero que os guste.

EMPANADA DE ANGUILA:

Ingredientes

2 anguilas, 100 gr. de ciruelas secas, 100gr.de guindas secas, aceite, una lámina de masa quebrada, pimienta, canela, clavo y nuez moscada.

Elaboración:

Se limpian muy bien las anguilas y se despellejan. A continuación, cortar en rodajas cola y cuerpo, sazonar con sal y con la mezcla de especias.

Poner en remojo en agua templada las ciruelas y las guindas. Se forma una bola con la masa sobre una superficie enharinada y se extiende con rodillo para colocarla en una fuente honda de forma que cubra el fondo. Se colocan los trozos de anguila macerados un chorro de aceite y algo de mantequilla, se añaden las ciruelas y las guindas bien escurridas, se cubre con masa y se pinta con yema de huevo.

A continuación, hornear hasta que dore.

El renacimiento tuvo también una faceta gastronómica, la dispersión después de la caída de Constantinopla de sabios y eruditos que se instalaron en las cortes



europas trajeron consigo nuevos usos y costumbres en la cocina buscando una alimentación saludable y más equilibrada a la luz de las escuelas médicas y sus directrices.

Los siglos XV y XVI alumbraron una cocina más ligera y racional. Carnes, pescados, pasteles rellenos de carne o pescados y hojaldres ya no abusaban del sabor agridulce y se identificaba el sabor natural de los alimentos, aunque aún el azúcar y la canela se usaban con profusión en las cocinas.

Se usaba más el jengibre que la pimienta, a la par del clavo y la nuez moscada.

Se comenzaron a servir las carnes deshuesadas sirviéndolas en trozos pequeños, tanto fresca como salada. Carnes de vaca, cabrito y aves eran básicas para salazón o con mostaza.

Las salazones de pescados eran muy habituales por su conservación y por las imposiciones de la cuaresma, una gran variedad se conservaba por este método, anguila, arenque, bacalao, trucha, salmón,



esturión, ballena, delfín, caballa, pescadilla y mújol entre otros.

Estaban muy valoradas las salsas verdes, las menestras y los pastelones.

La degustación de dulces adquirió mucha importancia como detalle de buen gusto, así pues, se tomaban como aperitivos cerezas de azúcar, pasteles rellenos de azúcar, tartas de azúcar y peras con azúcar.

Comienza un refinamiento especial en las buenas mesas, se usa por primera vez en Venecia el tenedor, y se diseñan copas de cristal de exquisita factura que van a sustituir los pesados cuencos de metales preciosos de antaño.

El mismo Leonardo da Vinci promueve en Florencia el uso de la servilleta y es Catalina de Médicis en la corte francesa la que impone una cierta etiqueta de comportamiento de damas y caballeros en la mesa, además de deslumbrar con finísimas vajillas de porcelana.



Leonardo da Vinci el gran genio del renacimiento es una figura muy vinculada al arte de los fogones, fue un gran gastrónomo y un cocinero muy refinado y sensible, adelantado a su época y creador avanzado de la "nouvelle cuisine".

Proyectó toda una serie de artilugios mecánicos destinados a agilizar y facilitar el trabajo en las grandes cocinas, asadores automáticos, extractores de humos, picadoras de carne, cortadoras, extintores de incendios, máquinas de espaguetis y un sinfín de utensilios menores como sacacorchos o molinillos de pimienta.

La influencia de Leonardo en la cocina francesa de la corte de Francisco I fue muy

importante, planteaba recetas sencillas, tiempos rápidos de cocción, desdén por las mezclas abigarradas, creando una cocina sin duda innovadora y, además, imponiendo orden e higiene en las cocinas.

Sus sopas de grelos, renacuajos fritos o huevos rotos son afines a la cocina actual. Leonardo basó su "nouvelle cuisine" en el horror que le producían los enormes huesos de vaca que se servían y el gusto por los platos sencillos de verduras de temporada.

En el arte de la mesa, diseña distintas formas de plegado de servilletas, se preocupa de los modales en la mesa, de la correcta manera de elegir un queso, un vino o un postre, de la limpieza de los manteles, de la forma de quitar las manchas o de la correcta ubicación de invitados enfermos en la mesa como norma higiénica.

Se han perdido muchas de sus recetas y de sus pautas dietéticas, de lo que nos ha llegado voy a proponeros una receta del gran genio con la esperanza que la preparéis y paséis un rato divertido.

MERMELADA de COL

Ingredientes:

Una col, miel, unas ramitas de mejorana, unas hojas de laurel, hojas de ruibarbo.

Elaboración:

Lavar y secar la col perfectamente, troceadla en pedazos y ponédla en una olla con la mitad de su peso de miel, las ramitas de mejorana y las hojas de laurel. Colocarlo a fuego lento y dejad que la mermelada hierva hasta que se reduzca el volumen un tercio, quitando la espuma y removiendo con una cuchara de madera. Una vez fría, verter en tarros de cristal cubiertos de hojas de ruibarbo.

Esto lo podemos sustituir por la tapadera del tarro de cristal.

Es un acompañamiento para carnes asadas sean del tipo que sean, como cualquier otra mermelada para suavizar las carnes.

FORMACIÓN ICOFCS 2022-2023



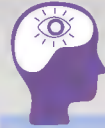
FORMACIÓN CONTINUA,
te indicamos las próximas fechas:

ABRIL - MAYO - JUNIO
ACTUALIZACIÓN EN CÁNCER DE MAMA:

26/04/2023: ETIOPATOGENIA DEL CÁNCER DE MAMA.
PONENTE: M. JESÚS NICOLAU RIBERA.

MAYO/2023: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA.
PONENTE: ANA LLUCH HERNÁNDEZ.

22/06/2023: ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA.
PONENTE: MAITE CLIMENT CATALÁ.



Formación en DERMOCOSMÉTICA,
consulta las próximas fechas:

FORMACIÓN EN DERMOFARMACIA
(Patrocinado por Pierre Fabre):

19/04/2023: MODULO 5: EVOLUCIÓN DE LA FOTOPROTECCIÓN.

01/06/2023: MODULO 6: GESTIÓN DE LA FARMACIA EN LA ERA DIGITAL.

ACTUALIZACIÓN CALENDARIO VACUNAL 2023 A 28 / 02 / 2023

Resolución de 28 de febrero de 2023 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica, por la que se modifica el calendario de vacunación sistemática infantil de la Comunitat Valenciana. [2023/2598]

CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN A LO LARGO DE TODA LA VIDA
Calendario recomendado año 2023

VACUNACIÓN	EDAD																
	Pre-natal	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	5 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥65 años	
Poliomielitis			VPI	VPI		VPI					VPI*						
Difteria, tétanos, tosferina	DTPa		DTPa	DTPa		DTPa					DTPa/DTPa		Td	Td	Td	Td	
Haemophilus influenzae b			Hib	Hib		Hib											
Sarampión, rubeola, parotiditis						TV		TV				TV	TV	TV	TV	TV	
Hepatitis B *		Hb	Hb	Hb		Hb					Hb						
Enfermedad meningocócica **			MenB	MenB	MenC	MenB	MenC				MenB	MenC	MenACWY	MenACWY			
Neisseria meningitidis																	
Varicela								VVC	VVC								
Enfermedad por virus del papiloma humano												VPH		VPH			
Enfermedad por virus del papiloma humano *			VNC	VNC		VPH										VH	
Virus Herpes Zóster *																HZ	
Gripe **	gripe																gripe anual

Calendario aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS el 27 de diciembre de 2022. Documento de 2022. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Calendario recomendado año 2023. Página 2 de 3.

DIARI OFICIAL GVA

Puedes escanear este código para acceder al texto completo

MINISTERIO DE SANIDAD

MÁS INFO

1. Vacunación del virus del papiloma humano al cumplir los 12 años de edad en los niños nacidos a partir de 2010.
2. Vacunación a los 2, 4 y 12 meses con MenB en los niños nacidos a partir del 2023.
3. Se recomienda la vacunación de la gripe con una dosis durante la campaña anual a partir de los 6 meses si hay factores de riesgo.

Cuenta con nosotros...

FARMACÉUTICOS CASTELLÓN
SIEMPRE DE CONFIANZA,
AL SERVICIO DE TU SALUD.



➔ Aviso de Facturación

Hemos habilitado un **nuevo sistema para la recepción de las cajas COM y los sobres de las recetas de la facturación mensual.**

Con éste nuevo sistema tendrás que pegar unas etiquetas con un código de barras en las Cajas COM y sobres que nos traigas al ICOFCS con la facturación mensual, las cuales podrás sacar de la parte privada de la web.



➔ Destacados

Si haces algún cambio de domicilio, comunícalo al Colegio a través de la web en secretaría virtual o enviándonos un correo a **cofcastellon@cofcastellon.org**.

Visita nuestra página web:
www.cofcastellon.org

¡Comparte las publicaciones del Colegio con los hastags
#icofcs #farmaceuticoscastellon #TuFarmaceuticoATuLado #somosfarmacia
y sigamos creciendo!

➔ Horario disponible

Te recordamos que el ICOFCS ha cambiado su horario de apertura:



HORARIO DE APERTURA DE LUNES A VIERNES DE 8:30 A 19:00 horas.



➔ Comunicación ICOFCS

Si quieres colaborar con el Departamento de Comunicación del Colegio y en la revista colegial, envía un correo a **prensa@cofcastellon.org**.

Síguenos en las redes sociales y en nuestros canales de Telegram.

¡Comparte las publicaciones del

Colegio con los hastags
#icofcs #farmaceuticoscastellon #TuFarmaceuticoATuLado #somosfarmacia
y sigamos creciendo!

 @icof_castellon

 @icofcastellon

 @icofcastellon

 @icofcs
@oficofcs



NRI: 3798-2021/09681

¿Qué mueve tu negocio?

Tu dedicación y nuestro apoyo, ahora y siempre

Si eres autónomo, profesional colegiado, emprendedor, tienes un comercio o una microempresa, en CaixaBank cuentas con todo el apoyo de nuestros gestores especializados, quienes trabajarán para ofrecerte las soluciones que mejor se adapten a tu negocio.

www.CaixaBank.es/Negocios