

SORIA SALUDABLE 2012 NOVIEMBRE MES DE LA SALUD

1. Soria Saludable 2012 tendrá como eje vertebrador el TEMA: "LA CULTURA DEL BIENESTAR. EL ABC DE LA SALUD"

En este ciclo del MES DE LA SALUD se detallarán las diferencias y matices que tienen en cada especialidad médica las diferentes patologías: Laboratorio, Reumatología, Neumología, Dermatología, Hematología, Cardiología, Psiquiatría, Urología etc....

2. Se desarrollará en la 3ª semana de Noviembre una "Feria-Salón " de DIETA MEDITERRÁNEA y SALUD. Concursos y actividades paralelas.

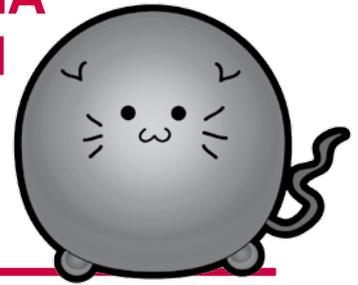
Los escolares serán los protagonistas: SABER COMPRAR, SABER COMER.

3. Presentaremos los Estatutos Provisionales de la COFRADÍA DE LA DIETA MEDITERRÁNEA cuyo Registro en Patentes y Marcas -a nivel internacional- nos ha sido aprobado en fechas recientes.

4. SORIANOS SALUDABLES 2012:

"Quienes más han contribuido al conocimiento y aplicación de las bases de la Dieta y Cultura Mediterránea entre las generaciones más jóvenes. Maestros -profesores de preescolar, primaria y secundaria- son los verdaderos garantes de que en la actualidad, nuestra provincia, sea donde los escolares tienen mayor adecuación e integración con este estilo de vida. Sin su apoyo y colaboración, día a día, como agentes permanentes de bienestar en "la Escuela" no habiéramos obtenido estas cotas de conocimiento y de adecuación a la Dieta Mediterránea que hemos visto materializado en el desarrollo de los Desayunos Saludables de la DM", que tuvieron su reconocimiento por la UNESCO en el año 2010.

LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN SORIA. INFARTOS DE MIOCARDIO



En los últimos 12 años, (2000-2011), 1749 hombres (H) y 821 mujeres (M) de la provincia de Soria han padecido un proceso isquémico cardíaco de tipo Infarto de Miocardio. Es decir que anualmente lo padecen una media de 146 hombres y 68 mujeres. Este hecho pone de manifiesto que ser HOMBRE en Soria tiene más del doble de riesgo (2,1) para padecer una isquemia cardíaca que ser MUJER. Lo que es significativo es que mientras en el año 2001 hubo 203 casos en hombres y 88 en mujeres, la tendencia temporal ha bajado significativamente ya que en 2010/2011 hubo 128/141 hombres y 48/62 mujeres.

Mientras que la incidencia disminuye en ambos sexos, la edad media de presentación de 70 y 78 años (H/M) en el periodo 2000-2011 sufre -afortunadamente- una elevación, también importante pasando de los 68 / 75,5 años (H/M) en el año 2000 a 71,2 y 81,4 (H/M) en el año 2011. Elevación de la edad media de presentación; mayor, como vemos, en la mujer soriana.

Consideramos que el estilo de vida ligado a la Dieta Mediterránea, tiene y tendrá gran importancia en la reducción de estas tasas de incidencia, hoy en leve DESCENSO, y que tienen tasas crudas por 100.000 H y M, en los últimos cinco años de 258,1 (H) y 114,2 (M) -(2007-2011)- frente a 355,1 (H) y 174,4 (M) a principios de siglo XXI (2000-2004). Es decir, vemos como en dos quinquenios sucesivos ha disminuido la tasa anual en 97 hombres y 60 mujeres. Merece la pena seguir apostando por la salud.

Dr. J.M. Ruiz Liso / Dra. Sara Vera Asensio (SACYL)





INTOLERANCIA A LA LACTOSA

Estoy seguro que muchos de ustedes cuando lean estas líneas se verán reflejados en ellas. Hombre o mujer de 40 o/y 50 años en adelante que ha empezado a observar que de un tiempo a esta parte, después de desayunar con leche –entera, semi o descremada- (sola o con café, cacao u otro aditivo) tiene necesidad imperiosa de ir al baño. Y hace unas heces blandas o normales, a veces diarreicas, y ese es su problema. El resto del día lo pasa normal y sin sintomatología. Y así un día y otro salvo el que no toma leche. Observa también que si toma un yogur o bien otro lácteo como queso, este problema no existe.

Muy probablemente padece una INTOLERANCIA A LA LACTOSA.

La LACTOSA es el azúcar que se encuentra en la leche. Está formada por la unión de glucosa y galactosa. La mucosa intestinal tiene un enzima llamada lactasa que se encarga de separar la glucosa de la galactosa para que ambos azúcares puedan ser usados por las células en nuestro metabolismo. En muchos adultos esta enzima –lactasa– va disminuyendo con la edad y a veces es tan

baja que no es capaz de metabolizar la lactosa que ingerimos con la leche y los lácteos. El intestino da signos de alarma como diarrea, irritabilidad, aumento de motilidad intestinal, flatulencia, necesidad imperiosa de defecar, etc.. y que conlleva pérdidas de electrolitos, minerales y nutrientes. Este proceso puede ser primario o genético o bien secundario debido a un trastorno temporal intestinal que es recuperable o bien por defecto ligado a la edad del paciente. En cualquier caso es un proceso que tiene una solución paliativa relativa, ya que está ligado a todo tipo de leches, con/sin grasas, y que con la sustitución de la leche o su cambio por sus derivados como queso o yogures que tienen menos lactosa, mejoran significativamente su sintomatología. Debe saber que hay leches comerciales que se venden SIN LACTOSA.

El problema grave del tercer mundo africano es que el 90% de su población infantil, ya tiene intolerancia a la lactosa; motivo por el que el envío de grandes cantidades de leche en polvo a esos países no resuelve el problema del hambre.

MANDAMIENTOS DE SALUD CARDIOVASCULAR

1. SIEMPRE CONSUMIRÁS PRODUCTOS DE LA DIETA MEDITERRÁNEA.
2. CAMINARÁS O HARÁS EJERCICIO FÍSICO AL MENOS 30 MINUTOS DIARIOS
3. DEJARÁS DE FUMAR Y A TU PAREJA E HIJOS SE LO EXIGIRÁS.
4. TU COLESTEROL CONTROLARÁS
5. TU TENSIÓN ARTERIAL PERIÓDICAMENTE TOMARÁS.
6. VIGILARÁS TU GLUCOSA EN SANGRE Y LA DIABETES RECONOCERÁS
7. LA ANSIEDAD, EL ESTRÉS Y EL PESIMISMO CONTROLARÁS
8. TU PESO IDEAL MANTENDRÁS
9. A PARTIR DE LOS 40, TUS REVISIONES CARDIOLÓGICAS REALIZARÁS.
10. Y SI ERES MUJER VALORA TU CORAZÓN EN EMBARAZO, MENOPAUSIA Y ANTICONCEPCIÓN HORMONAL.

ESTOS DIEZ MANDAMIENTOS SE INTEGRAN EN DOS:

A.-MUCHAS ENFERMEDADES CARDIACAS SE PUEDEN PREVENIR

B.-TU BIENESTAR DEPENDE DE TI.

Dr. Ruiz Liso





¿CUÁNDO LLAMAR A EMERGENCIAS SANITARIAS 112?



En general, en todas aquellas situaciones en las que peligre la vida del paciente, como pueden ser:

- Accidentes
- Cuadros de dificultad respiratoria
- Dolor torácico
- Intoxicaciones graves
- Pérdida de Consciencia
- Problemas neurológicos
- Urgencias pediátricas

¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR?

SERVICIOS DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Recuerde que en el reverso de su Tarjeta Sanitaria aparece el teléfono de urgencia de su Centro de Salud.

EMERGENCIAS SANITARIAS

A través del teléfono 1-1-2 , si el motivo es sanitario, le pasaran de forma inmediata con médicos especialistas en la atención urgente que dará solución a su problema.

Cuando nos llame no olvide que:

- Cuanto antes conozcamos la situación, antes podremos intervenir.
- Es necesario que colabore con nosotros facilitando los siguientes datos:
 - Dirección donde se ha producido el incidente.
 - Número de teléfono del que llama.
 - Motivo por el que llama.
 - Número de personas afectadas.
 - Síntomas de los heridos o/y enfermos.
- No corte la comunicación hasta que el médico no se lo indique.
- Mantenga la calma y siga las instrucciones que le indiquen nuestros médicos.

Dr. José Luis Alcalde





¿CÓMO PREVENIR LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS?

Dr. Justo García de Yébenes

Fundación para Investigaciones Neurológicas Madrid

Premio Rey Jaime I de Investigación Clínica

Llamamos enfermedades neurodegenerativas a esas enfermedades del sistema nervioso que no se deben a agentes externos como infecciones, tumores, traumatismos, infartos, hemorragias, intoxicaciones, etc., sino a trastornos del funcionamiento de determinados tipos de células del sistema nervioso, llamadas neuronas. Las enfermedades neurodegenerativas, que incluyen a la enfermedad de Alzheimer, la de Parkinson, la de Huntington, la esclerosis lateral amiotrófica, las ataxias y las paraparesias espásticas-entre otras-, se caracterizan por una lesión preferente o selectiva de una estructura del cerebro, diferente en el caso de cada enfermedad (la corteza cerebral y el hipocampo en la enfermedad de Alzheimer, las células dopaminérgicas en el Parkinson, el estriado en el Huntington, las motoneuronas en la esclerosis lateral amiotrófica y en las paraparesias espásticas, el cerebelo en las ataxias).

Las enfermedades neurodegenerativas aparecen en la edad adulta de la vida o en la vejez, tienen un carácter progresivo y, aunque pueden mejorar con carácter temporal con tratamientos sintomáticos, a veces, de una manera importante y prolongada, son incurables. Eso quiere decir que incluso aunque el tratamiento haga desaparecer los síntomas durante años la enfermedad sigue avanzando y las neuronas siguen muriendo. En este caso cabe plantearse si podemos hacer algo para evitar ese empeoramiento o, al menos, para disminuir la velocidad de progresión y si hay algo que se pueda hacer ¿cuándo hay que hacerlo, antes de que comiencen los síntomas o una vez que se ha diagnosticado la enfermedad?

La respuesta a esta pregunta no es fácil sobre todo porque hay muchísimas enfer-

medades neurodegenerativas y las causas y los mecanismos de producción de unas son muy diferentes de las de otras. A pesar de todo, podemos dar unas pautas de carácter general.

Algunas enfermedades neurodegenerativas son de origen hereditario, por ejemplo, la enfermedad de Huntington, algunas familias con enfermedad de Parkinson y muy raros casos de Alzheimer familiar. En estos casos lo que hay que hacer es identificar la mutación responsable y utilizar las técnicas de intervención genética adecuada para no transmitir esa enfermedad a nuestros hijos. Cualquiera de nosotros, si tuviera una tuberculosis, haría todo lo posible por no contagiar a sus familiares. Lo mismo ocurre con las enfermedades hereditarias, no queremos transmitirles a nuestros hijos y para ello recurrimos al consejo genético, y a los diagnósticos pre-sintomático, pre-natal y pre-implantación. Son la mejor forma de luchar contra las enfermedades hereditarias: no tener hijos afectos. Igual que en el resto de la medicina. Hace más por el cáncer de pulmón dejar de fumar que toda la investigación oncológica; hace más por el SIDA repartir condones y jeringuillas estériles que todos los retrovirales; hace más por las enfermedades de corazón controlar la tensión arterial y el peso, llevar una vida activa y hacer ejercicio, que toda la investigación cardiovascular.

En algunas enfermedades neurodegenerativas de fuerte componente genético la aparición de la enfermedad depende de que el sujeto predispuesto se exponga a algún elemento ambiental desencadenante. Por ejemplo, hay personas con trastornos genéticos que predisponen a la enfermedad de Parkinson que no desarrollarían esta enfermedad si no se expusieran a algunas





medicinas (tranquilizantes mayores, medicinas para los vómitos, el mareo, las arritmias cardíacas y otras), pero que pueden hacerlo si reciben estos tratamientos. Estas personas, miembros de familias con otros casos de Parkinson, pero que no presentan ellos mismos síntomas de esa enfermedad, deberían ser estudiadas desde el punto de vista genético y, si presentan los mencionados factores de riesgo genético, dárseles una lista de las medicinas que no deben tomar.

Sabemos que el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer aumenta en personas que sufren infartos cerebrales, traumas craneales y cirugía con algunos anestésicos. También sabemos que el riesgo de Alzheimer aumenta mucho en las personas que tienen una variante del gen ApoE, el ApoE4. Si tenemos pacientes con ApoE4 que van a ser anestesiados deberíamos considerar el uso de anestésicos de bajo riesgo; y si un paciente con ApoE4 sufre un infarto cerebral o un traumatismo craneal importante deberíamos pensar si durante el periodo agudo realizamos un tratamiento que disminuya el riesgo de que ese proceso desencadene una enfermedad de Alzheimer.

De los agentes ambientales que tienen un efecto protector probablemente el más conocido es la educación. Desde hace mucho tiempo se sabe que las personas que han estudiado una carrera universitaria tienen un riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer de inicio precoz más de cien veces menor que el de las personas sin estudios. También desde hace muchos años se sabe que la enfermedad de Alzheimer es más frecuente en mujeres que en varones (hombres somos todos). Pues bien, parece que la diferencia entre los dos géneros desaparece cuando se comparan varones y mujeres con el mismo nivel de estudios. Y es que hace 80 años pocas mujeres iban a la universidad. El efecto protector de los estudios parece que se extiende a otras enfermedades como la de Huntington.

Sin embargo, la educación no comprende sólo los estudios formales, sino un gran número de actividades a veces de carácter

social y otras de carácter recreativo. En ese sentido hay un gran número de estudios que sugieren que el riesgo de Alzheimer es menor en personas con mucha actividad social que en otros con poca; menor en casados que en solteros; menor en los que dedican tiempo a la lectura que en los que lo dedican a la televisión; menor en los que bailan, tocan un instrumento musical; menor en los que pasan tiempo en juegos de estrategias que los que lo hacen en juegos de azar. De modo que, algo que podemos hacer es estar socialmente activos: no encerrarnos en casa; buscar novio o novia, si no lo tenemos; leer; integrarnos en actividades o juegos que nos hagan desarrollar la mente; etcétera.

Otro elemento importante que puede jugar un papel preventivo de las enfermedades neuro-degenerativas es la dieta. La dieta es un elemento de carácter general y una dieta adecuada y equilibrada protege contra todo tipo de enfermedades neurodegenerativas, cardiovasculares, cáncer, etc. La hipertensión, la obesidad, la diabetes, el aumento de colesterol, son factores de riesgo de demencias y se controlan con la dieta. Pero, además, se sabe que la dieta mediterránea protege contra la enfermedad de Alzheimer. Todo el mundo sabe lo que es la dieta mediterránea: abundancia de verduras, legumbres, frutas, aceite de oliva y pescado, y escasez de carne y de grasas animales. No sabemos cuales son los elementos específicos protectores, aunque se cree que sobre todo son el ácido oleico del aceite de oliva y el resveratrol del vino. Es posible que la "dieta mediterránea" sea beneficiosa no sólo por los alimentos en que se basa, sino también por las costumbres sociales a las que se asocia: una cultura de "estar en la calle"; hablar con la gente, de más sosiego y menos precipitación.

En resumen, para protegerse de las enfermedades neurodegenerativas, además de tener unos buenos padres, lo mejor es llevar una "buena vida", es decir, una vida interesante y divertida, pero sin excesos.





MICOLOGÍA Y SALUD (II)

Dr. Andrés Ollauri Nevares

AMANITA PHALLOIDES

Una seta de tamaño mediano (50 gr.) es suficiente para provocar la muerte de un adulto, aproximadamente en la proporción de un gramo de seta para kilogramo de peso corporal. El tóxico se halla repartido por toda la seta y en mayor proporción a las láminas. Sólo es activo por vía oral. Las amatoxinas, los tóxicos propiamente dichos, son resistentes a la cocción y a la desecación.



VÍCTIMAS CÉLEBRES POR AMANITA PHALLOIDES

A lo largo de la historia varias personalidades históricas sufrieron envenenamientos por Oronja verde, víctimas de envenenamientos accidentales o bien como resultado de un complot. Casos como los del emperador Claudio, el papa Clemente VII, la zarina Natalia Kirillovna Naryshkina, el Archiduque Carlos de Austria, mujer e hijos de Eurípides, Británico -hijo del emperador Claudio, San Carlos Borromeo y su primo Federico y Giambattista della Porta.

Tiberio Claudio César Augusto Germánico (en latín Tiberius Claudius Caesar Augustus Germanicus; Lyon, 1 de agosto de 10 a. C. — Roma, 13 de octubre de 54 d. C.) fue el cuarto emperador romano de la dinastía Julio-Claudia, y gobernó desde el 24 de enero del año 41 hasta su muerte en el año 54. Nacido en Lugdunum, en la Galia, fue el primer emperador romano nacido fuera de la Península Itálica. El consenso general entre los historiadores antiguos es que Claudio fue asesinado mediante el envenenamiento, posiblemente utilizando setas, y que murió en las primeras horas del día 13 de octubre de 54.

Clemente VII, (Florencia, 26 de mayo de 1478 – Roma, 25 de septiembre de 1534). Papa n°

219 de la Iglesia católica de 1523 a 1534. De nombre Julio de Médici, era hijo bastardo de Julián de Médici, sobrino de Lorenzo el Magnífico y primo de León X, fue cardenal de 1513 hasta 1523. Su nacimiento se produjo cuando su padre ya había fallecido, asesinado durante los disturbios que siguieron a la Conspiración de los Pazzi. Fue reconocido como hijo legítimo de Julián y educado por su tío Lorenzo. La elección como Papa de su primo, León X, le supuso ser nombrado cardenal en 1513 y convertirse en uno de sus principales consejeros y uno de los personajes más influyentes en la curia. Esta influencia, que se mantendrá durante el pontificado de Adriano VI, será la que le permitirá ser elegido pontífice el 19 de noviembre de 1523 y adoptar el nombre de Clemente VII en el momento de su consagración el 26 de noviembre.

Por otra parte, El Archiduque Carlos de Austria experimentó una indigestión después de comer un plato de setas salteadas de la que moriría 10 días después, lo cual indica claramente un envenenamiento por A. phalloides. Este suceso originó la Guerra de Sucesión Española.





PERLAS GALÉNICAS



EL RIESGO DE GOTA AUMENTA CON EL SOBREPESO

El riesgo de gota comienza a crecer con apenas algunos kilos de más.

La gota es una forma muy dolorosa de la artritis que causa inflamación, enrojecimiento y fiebre en las articulaciones; suele afectar el dedo gordo, los pies, los tobillos, las rodillas, las manos y las muñecas.

“La gota no es un trastorno masculino únicamente”

En los últimos años cerca del 5,5% de los obesos y el 7% de los obesos mórbidos tenían gota, comparado con el 1,6 % de la población con peso normal y el 3,4 % de aquellos con sobrepeso.

La enfermedad aparece cuando se acumulan cristales de ácido úrico en las articulaciones. El cuerpo produce ácido úrico cuando metaboliza las purinas, que son sustancias naturales del organismo y ciertos alimentos, como la carne de vísceras, las anchoas, los hongos y algunos pescados, como el arenque y la caballa.

La obesidad, la hipertensión, la diabetes y la enfermedad renal aumentan la producción de ácido úrico en el organismo, que a la vez lo elimina más lentamente.

FUENTE: Arthritis Care & Research, online 6 de julio del 2012

PERSONAS CON SOBREPESO SON MÁS PROPENSAS A TENER PÓLIPOS DE COLON

Las personas con sobrepeso y obesidad son más propensas a desarrollar pólipos de colon, posibles precursores del cáncer, que las personas con peso normal.

Los pólipos, o adenomas, son un conjunto de células que crecen en la pared del colon. Aunque menos del 10 % son cancerosos, la mayoría de los tumores de colon surgen de pólipos.

Un 22 % de personas con sobrepeso y obesidad tenían pólipos de colon, comparado con el 19% de las personas con peso normal. El riesgo de desarrollar pólipos crece a medida que aumenta el IMC (Índice de Masa Corporal).

FUENTE: American Journal of Gastroenterology, online 26 de junio del 2012.

UNA REDUCCIÓN DISCRETA DE PESO PUEDE OTORGAR BENEFICIOS PERMANENTES DE SALUD

Una pérdida de peso incluso modesta, en promedio de seis kilos reducía el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en 58% de las personas y los beneficios de salud de esa pérdida de peso duraban hasta diez años, aunque las personas recuperaran el peso.

“También se ha comprobado que perder apenas 10% del peso corporal... tiene un impacto a largo plazo sobre la apnea del sueño, la hipertensión y la calidad de vida, y que ralentiza el declive en la movilidad que ocurre a medida que las personas envejecen”

FUENTE: American Psychological Association, news release, Aug. 2, 2012

EL SOBREPESO PRODUCE MÁS DOLOR Y RIGIDEZ DE RODILLA

Las personas que engordan son más propensas a tener dolor de rodilla que las que conservan su peso o adelgazan. Aun así, en un nuevo estudio, los participantes que adelgazaron sólo obtuvieron una mejoría leve del dolor, según un estudio, de la Universidad de Monash, en Melbourne, Australia.

“Evitar el aumento de peso, casi sin importar el de partida, será clave para prevenir los problemas de rodilla”

El dolor de rodilla es el dolor articular más común. Sería necesario reducir significativamente el peso corporal para observar un beneficio en disminuir el dolor de rodilla y minorar su rigidez.

F: Arthritis Care and Research, online 5 de junio del 2012.



EL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS: ¿QUÉ ES Y QUÉ HACE?

Las enfermedades raras son enfermedades con una alta tasa de mortalidad, pero de baja frecuencia (prevalencia): 5 casos por cada 10.000. Por lo general, comportan una evolución crónica muy grave, con múltiples deficiencias motoras, sensoriales y cognitivas. Suelen presentar un alto nivel de complejidad clínica, lo que dificulta su diagnóstico, reconocimiento y tratamiento. La mayoría de ellas son enfermedades genéticas.

Actualmente existen entre cinco mil y ocho mil enfermedades raras, que afectan a entre un 6 y un 8 por ciento de la población en algún momento de su vida, es decir, de 27 a 36 millones de personas en la Unión Europea. El hecho de su rareza hace que estas enfermedades requieran un enfoque especial y un grado prioritario de tratamiento para mejorar la calidad de vida y el potencial socioeconómico de las personas que las padecen. En España se estima que más de 3 millones de personas sufren alguna de estas patologías.

En los últimos diez años se han incrementado las acciones políticas a todos los niveles con el objetivo de ofrecer a las personas que padecen estas enfermedades una asistencia sanitaria de alta calidad, que incluya el diagnóstico, el tratamiento y medicamentos huérfanos eficaces.

El Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER) se creó en noviembre de 2003 para dar respuesta a la necesidad de reforzar la línea de actuación en el campo de estas enfermedades al ampliarse la demanda de atención en relación con la población afectada. Se trata de un centro público de investigación, de ámbito nacional, perteneciente al Instituto de Salud Carlos III.

Su misión es servir de referencia a la estructura sanitaria del Estado, en colaboración con las comunidades autónomas, allí donde se realicen actividades relacionadas con las enfermedades raras. Entre sus objetivos se incluye el fomento y ejecución de la investigación clínica y básica; la formación; la identificación y respaldo de las unidades clínicas de referencia, y el apoyo a la innovación en la atención de la salud en enfermedades raras.

El IIER coordina y lidera el Registro Nacional de Enfermedades Raras, en colaboración con las comunidades autónomas, sociedades médicas y la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). Los pacientes que quieran inscribirse en este registro pueden hacerlo siguiendo las instrucciones que figuran en su página web: <https://registroraras.isciii.es> Para ayuda o más información, pueden dirigirse a la siguiente dirección: aalmanza@isciii.es

SORIA CARDIOPROTEGIDA LOCALIZACIÓN DE DESFIBRILADORES CAJEROS AUTOMÁTICOS y DESAs en CAJA RURAL



OFICINAS DE Caja Rural de Soria

- Diputación, 1
- Avda. Mariano Vicén 39
- Camaretas
- Francisco de Agreda, 2
- Avda. Valladolid, 7
- Plaza de Mariano Granados nº 2.
- Pol. Ind. Las Casas
Zona de Hipermercado. Leclerc

POLICÍA LOCAL. Obispo Agustín, 1

POLICIA NACIONAL
Comisaría Nicolás Rabal 9

CUARTEL DE LA GUARDIA CIVIL
Eduardo Saavedra 2

PALACIO CONDES DE GÓMARA



- Centro de Salud **Soria Norte**
- Centro de Salud Soria Sur. **La Milagrosa**
- Hospital de La **Virgen del Mirón:**
Entrada al hall
- Hospital de **Santa Bárbara.** Urgencias

CENTROS MÉDICOS

- **PAMA.** Ronda Eloy Sanz Villa 2
- **ASISA.** Pasaje Mariano Vicén
- **Mutual Cyclops.** Las Balsas, 4
- **Mutua Universal.** Avda Duques De Soria 1

JORNADA LABORAL SIN FESTIVOS

- **Delegación Territorial**
Junta de Castilla y León. Linajes 1

DESFIBRILADORES EN LA PROVINCIA: CONSULTAR AYUNTAMIENTOS

24 HORAS

EDITA: Fundación Científica Caja Rural de Soria. Ejemplar gratuito. Coordina: D. Ruiz García
Puede consultar esta y otras publicaciones de la FCCR en la web: www.fundacioncajarural.net
D.L. SO-1/2012



Se constante, optimista y dialogante