



SERVICIO DE MEDICINA HIPERBARICA DEL  
HOSPITAL INSULAR DE LANZAROTE.  
HIPEROX LANZAROTE

INDICE

	Pag.
Introducción	3
Retardos de cicatrización y pie diabético	4
Intoxicación aguda por monóxido de carbono	6
Mionecrosis clostridial-gangrena gaseosa	7
Infecciones necrosantes de partes blandas no clostridiales	8
Traumatismos agudos de partes blandas, síndrome de aplastamiento y síndromes compartimentales	9
Osteomielitis crónicas refractarias (OMCR)	10
Retinopatías oclusivas agudas (ROA)	11
Sordera súbita (SS)	12
Complicaciones crónicas derivadas del tratamiento con radioterapia	13
Servicios de Medicina Hiperbárica en España	15
Posibilidades de colaboración con el Servicio Canario de Salud	15

## INTRODUCCIÓN

La Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) es una modalidad terapéutica no invasiva, que se fundamenta en la obtención de presiones parciales de oxígeno elevadas al respirar oxígeno puro en el interior de una cámara hiperbárica a una presión superior a la atmosférica.

La terapia está diseñada en primer lugar para hacer llegar el suministro de oxígeno a tejidos isquémicos o enfermos que responden al aumento de los niveles de oxígeno.

Se trata pues de una terapéutica farmacológica, cuyo margen de aplicación está determinado por la presión máxima alcanzada, la duración de la inhalación y la frecuencia y número total de exposiciones.

La terapia es efectiva en un número importante de patologías, con una relación coste/beneficio adecuada.

La Unidad de Medicina Hiperbárica del Hospital Insular de Lanzarote, es un Servicio Médico Autorizado por el Servicio Canario de Salud para poder ofrecer en su oferta asistencial la Medicina Hiperbárica.\*

Actualmente la empresa HIPEROX LANZAROTE SL, es la que, con el personal médico, sanitario y técnico competente, está autorizada para la puesta en marcha de este servicio a través de una concesión administrativa, con el Excmo. Cabildo insular de lanzarote, propietario de las instalaciones.

## TRATAMIENTOS MÁS COMUNES EN OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA.

- 1º Retardos de cicatrización y pie diabético
- 2º Intoxicación aguda por monóxido de carbono
- 3º Mionecrosis clostridial-gangrena gaseosa
- 4º Infecciones necrosantes de partes blandas no clostridiales
- 5º Traumatismos agudos de partes blandas, síndrome de aplastamiento y síndromes compartimentales
- 6º Osteomielitis crónicas refractarias (OMCR)
- 7º Retinopatías oclusivas agudas (ROA)
- 8º Sordera súbita (SS)
- 9º Complicaciones crónicas derivadas del tratamiento con radioterapia

*\*(Autorización del SCS con nº de registro 3439. Unidad asistencial U.92 Medicina hiperbárica: unidad asistencial vinculada a un centro hospitalario, que bajo la responsabilidad de un médico, tiene como finalidad la administración de oxígeno puro al organismo, en un medio presurizado, con fines diagnósticos o terapéuticos).*

## 1º Retardos de cicatrización y pie diabético

Algunos enfermos portadores de vasculopatías periféricas (arteriosclerosis, arteriopatía diabética, síndrome postrombótico, tromboangeítis obliterante, vasculitis por esclerodermia, isquemias postraumáticas) presentan trastornos tróficos de larga evolución, que persisten a pesar de haber agotado todos los recursos terapéuticos conservadores e invasivos.

La cicatrización es un proceso oxidependiente, pues con presiones tisulares de oxígeno inferiores a 40 mmHg, la neovascularización, la producción de fibroblastos y la formación de colágeno están disminuidas o abolidas. Por el mismo mecanismo se inhibe la formación de radicales libres intralisosomiales, resultado de la actividad fagocítica de los granulocitos polinucleares, y se mantiene el círculo vicioso hipoxia-infección-retardo de cicatrización-hipoxia.

Una situación especial la constituye el llamado **pie diabético**, en cuyos enfermos coinciden diferentes circunstancias (macroangiopatía, microangiopatía, neuropatía e infección) responsables de frecuentes amputaciones, a pesar de tratamientos combinados medicoquirúrgicos.

Otra situación también especial la constituyen los injertos y colgajos, que se implantan en territorios hipóxicos, irradiados e infectados, así como los reimplantes. En todas estas situaciones la hipoxia tisular en las primeras horas es la responsable de gran número de fracasos terapéuticos.

La OHB aumenta la presión tisular de oxígeno estimulando con ello la neovascularización, la proliferación de fibroblastos y una producción de colágeno más estable al potenciar el paso de prolina a hidroxiprolina y restaurar la función bactericida de los macrófagos. Es decir, la OHB restaura los procesos de angiogénesis, autoreparación y autodefensa abolidos por la hipoxia mantenida, lográndose en muchos casos la cicatrización del proceso.

La OHB puede aplicarse de forma ambulatoria, y no desplaza los tratamientos clásicos que el paciente precise, como técnicas de cirugía vascular, antibioterapia y curas locales.

La experiencia acumulada en la actualidad, en los centros de medicina hiperbárica españoles, en OHB para el Pie Diabético es muy amplia, destacando entre ellos el Hospital El Angel-ASISA de Málaga, el Sanatorio del Perpetuo Socorro de Alicante, Hospital de la Caridad en Cartagena y últimamente el Servicio de Medicina Hiperbárica de IMETISA, ubicado en el Hospital Universitario de Canarias de Tenerife.

La OHB se perfila como una eficaz ayuda en el tratamiento de las lesiones tróficas refractarias, que acelera la reparación de heridas tórpidas, evita amputaciones, reduce los días de hospitalización, aumenta la vitalidad y pervivencia de injertos y colgajos comprometidos durante las primeras 72 horas, disminuye de forma sensible el coste global de la enfermedad y aumenta en gran medida la calidad de vida de los enfermos.

Es una opción de tratamiento estadísticamente comprobada y con apoyo de estudios en medicina basada en evidencias, siempre y cuando sea utilizado en forma conjunta con el

---

tratamiento convencional, sin sustituir (ni retrasar) a la revascularización cuando sea necesaria ni la desbridación quirúrgica y las curaciones subsecuentes.

Contrario a lo que muchos piensan, agregar oxígeno hiperbárico al tratamiento convencional del pie diabético infectado grave, además de disminuir los índices de amputación, resulta más barato que el tratamiento estándar al disminuir los días de estancia hospitalaria, medicamentos, uso de quirófanos, etc. como lo demuestra el estudio de la Agencia Canadiense para Control de Medicamentos y Tecnología en Salud.\*\*

El tratamiento del pie diabético es una cadena de herramientas científicamente probadas, si falta una de ellas el resultado será malo.

La oxigenación hiperbárica puede considerarse un eslabón más de esa cadena.

\*\* Chuck AW, Hailey D, Jacobs P, Perry DC. Cost-effectiveness and budget impact of adjunctive hyperbaric oxygen therapy for diabetic foot ulcers. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2008;24(2):178-183.

---

## 2º Intoxicación aguda por monóxido de carbono (ICO)

En estos casos la hemoglobina se combina con el monóxido de carbono (CO), por el que tiene una afinidad 240 veces mayor que para el oxígeno formando carboxihemoglobina (HbCO), junto a carboximioglobina y carboximiocardioglobina, que impiden el transporte de oxígeno.

La presencia de CO desplaza hacia la izquierda la curva de disociación de la hemoglobina, compromete el transporte de oxígeno, tiene acción celular letal directa y provoca desmielinización del SNC. Superada la fase inicial, y después de un período de normalidad absoluta aparente de varias semanas, puede presentarse un cuadro neurológico degenerativo que se caracteriza por parkinsonismo, extrapiramidalismo, y lesiones desmielinizantes consideradas irreversibles, que pueden sumir al intoxicado en situación vegetativa.

La OHB acelera la eliminación de la HbCO (cuya vida media de 5 horas 30 minutos en aire pasa a 23 minutos respirando oxígeno 3ATA) y combate la hipoxia tisular, provocando una rápida recuperación y evitando la presentación de secuelas y el desarrollo del síndrome neurológico tardío. Basta una sola sesión de 90 minutos a 3ATA para obtener un restablecimiento total en la gran mayoría de los casos, evitando la aparición de secuelas tardías.

En la experiencia de CRIS-UTH (1.466 casos tratados en enero de 1998), la recuperación total sin secuelas se obtuvo en un 98,5% de los mismos.

La OHB es el único tratamiento plenamente eficaz en la intoxicación aguda por monóxido de carbono.

### 3º Mionecrosis clostridial-gangrena gaseosa (GG)

Se trata de una infección de partes blandas con necrosis muscular, infiltración intramuscular gaseosa, olor pútrido, delirio, dolor local, y shock, originada la mayor parte de las veces por *Clostridium perfringens*, el cual produce numerosas toxinas de gran virulencia.

El cuadro se caracteriza por necrosis tisular masiva de la zona afectada, hemólisis masiva y a menudo desenlace fatal fulminante. Con frecuencia se diagnostican erróneamente como GG cuadros de celulitis anaeróbica tóxica o infecciones mixtas.

La OHB eleva el potencial oxidación-reducción de la herida y bloquea de inmediato la producción de toxinas; tiene acción bactericida directa sobre *Clostridium*, aumenta el transporte de oxígeno comprometido por la hemólisis tóxica, mejora la oxigenación tisular, permite diferenciar con claridad el alcance real de la infección y define con mayor precisión la viabilidad o no de territorios aparentemente comprometidos. Existen numerosos trabajos clínicos experimentales y comparativos que demuestran cada uno de estos mecanismos.

La OHB no desplaza la práctica del desbridamiento ni la administración de antibióticos, pero modifica la táctica quirúrgica que debe realizarse en 2 tiempos: un primer desbridamiento mínimo inicial conservador, y una reintervención más amplia, si es preciso, a las 28 o 48 horas habiéndose practicado ya varios tratamientos OHB. La pauta habitual consiste en sesiones de 90-120 minutos a 3ATA cada 8 o 12 horas durante 2 o 3 días.

En un estudio multicéntrico realizado en España, en el que participaron todos los centros de medicina hiperbárica hospitalarios activos, se obtuvo una mortalidad global del 0% en las GG de origen postraumático, del 20% en las de origen posquirúrgico y del 32% en las de localización abdominal y origen espontáneo.

Estos datos contrastan con la elevada mortalidad referida en la literatura nacional e internacional, donde con frecuencia la supervivencia es nula en los casos que afectan la cavidad abdominal. La OHB debe aplicarse, junto a un tratamiento antibiótico adecuado y un desbridamiento quirúrgico correcto, en todos los casos de GG de diagnóstico comprobado, como mejor forma de disminuir la mortalidad de esta grave enfermedad y permitir una mejor calidad de vida para el paciente.

---

#### 4º Infecciones necrosantes de partes blandas no clostridiales

En algunas infecciones producidas por gérmenes anaerobios no esporulados y en algunas infecciones mixtas, se produce un fallo de las defensas locales, por debajo de presiones tisulares de 20mmHg, al perder los granulocitos polinucleares (PN) su capacidad de fagocitosis oxígeno-dependiente. La hipoxia tisular facilita el anidamiento del germen, que a su vez acentúa el proceso necrótico y compromete la oxigenación tisular, estableciendo un círculo vicioso.

La OHB tiene un efecto complementario de la antibioticoterapia y la cirugía (tratamientos preferentes), al aumentar la presión tisular en la zona afectada estimulando la fagocitosis de los PN, y proporcionar un efecto bacteriostático sobre algunos gérmenes anaerobios no esporulados y determinadas cepas de otros gérmenes aerobios. La pauta consiste en un número no determinado de sesiones de 60-90 minutos de duración a 2 o 2,5 ATA durante el tiempo en que persista la gravedad del cuadro.

La experiencia de CRIS-UTH es de 34 casos cuya mortalidad fue del 0% en las necrosis perineales tipo gangrena de Fournier, y del 12,5% en otras fascitis necrosantes.

Mayor experiencia en estas indicaciones posee la Unidad de Medicina Hiperbárica del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, cuya casuística en diciembre de 1997 era de 89 casos, con resultados similares.

La OHB no constituye el tratamiento de preferencia en las infecciones graves de partes blandas, pero tiene una eficaz acción complementaria junto a los antibióticos y la cirugía.



## 5º Traumatismos agudos de partes blandas, síndrome de aplastamiento y síndromes compartimentales

En los grandes traumatismos de partes blandas se producen lesiones que afectan a diversos tejidos de un compartimiento, de una extremidad, o de varios compartimientos de un área. En todos los casos existe hipoxia local secundaria a déficit del flujo sanguíneo por lesión o compresión de los vasos y disminución de la capacidad de transporte.

En pacientes con lesiones musculares graves, a menudo se añade un síndrome de aplastamiento caracterizado por shock e insuficiencia renal aguda.

Sus componentes esenciales son el aumento de presión en un espacio limitado, con compromiso de la circulación y función de los tejidos, por disminución del volumen compartimental o bien aumento de su contenido o por compresión externa secundaria.

Cuadros similares sin traumatismo previo se han descrito en pacientes en estado de coma durante largos períodos de tiempo, así como en intoxicaciones por barbitúricos, monóxido de carbono o alcohol. La muerte se produce por insuficiencia renal aguda, por liberación masiva de mioglobina que precipita en el túbulo renal produciendo necrosis tubulointersticial, a lo que se añade sobreinfección del compartimiento, sepsis y shock séptico.

El tratamiento clásico consiste en descompresión quirúrgica, extirpación del tejido necrótico y depuración extrarrenal.

La OHB aumenta la oxigenación plasmática, produce vasoconstricción periférica no hipoxemiante, reduce el flujo de sangre, la diapédesis y el edema, delimita las zonas hipóxicas aún viables de las no recuperables, facilita el papel de la cirugía, limita su extensión, mejora la recuperación funcional de los tejidos afectados y aumenta la biodisponibilidad de los antibióticos.

La pauta suele ser consistir en sesiones de 90 minutos a 2,5 ATA, 2 veces al día, alternando con los demás tratamientos.

Existen varias comunicaciones clínicas y un reciente estudio prospectivo, aleatorizado y a doble ciego, que refieren buenos resultados añadiendo OHB al resto de medidas terapéuticas.

La experiencia de los centros de medicina hiperbárica españoles es poco amplia aunque significativa, dado el escaso conocimiento general de esta indicación, a pesar de que la OHB contrarresta casi todos los mecanismos fisiopatológicos de los síndromes compartimentales.

---

#### 6º Osteomielitis crónicas refractarias (OMCR)

Algunas osteomielitis crónicas adoptan una forma evolutiva refractaria y son rebeldes a todas las formas de tratamiento, con lo que la enfermedad se prolonga durante tiempo indefinido. Esta tórpida evolución se debe a la adopción de mecanismos de resistencia por parte del germen y a la ineficacia de los mecanismos naturales de defensa frente a un territorio inaccesible, hipóxico y con nula biodisponibilidad de los antibióticos.

La OHB ha demostrado su eficacia en el tratamiento de alguna de estas enfermedades al proporcionar un aumento de las defensas locales estimulando la fagocitosis oxígeno-dependiente de los PN, y proporcionando en ocasiones efecto bacteriostático sobre algunos gérmenes. Estas observaciones se respaldan en varios trabajos experimentales y en numerosas referencias clínicas.

La experiencia de CRIS-UTH en estas indicaciones es de 94 casos, con una evolución favorable estimada en el 68% de ellos. Estos datos sin embargo, no son estadísticamente significativos dada la amplia diversidad de la serie.

Para ello ha sido preciso realizar tratamientos muy prolongados, a veces de más de 100 sesiones, lo que obliga a plantearse la relación coste/beneficio.

---

7º Retinopatías oclusivas agudas (ROA)

Las enfermedades hipóxicas retinianas tienen un pronóstico ominoso debido a la escasez de tratamientos eficaces y a la extrema sensibilidad de la retina a la hipoxia. No hay posibilidad de una mejoría espontánea.

Existe fundamento teórico para aceptar que la circulación coroidea, responsable aproximadamente del 20% del aporte nutricional en condiciones normales, puede adoptar una función vicariante en estos casos al ser estimulada por la OHB. De esta forma es posible mantener viable la retina mientras su arteria central, o las ramas ocluidas, se repermeabilizan, lo cual ocurre de forma espontánea en todos los casos 15-21 días después de la oclusión aguda. Si esto se logra, el paciente experimentará en ese momento una importante recuperación de su función visual.

La experiencia de CRIS-UTH en esta indicación experimental es de 164 casos, de los que un 54% recuperaron la visión algunos días después de la oclusión. Estos resultados no son concluyentes y es conveniente continuar en esta estimulante línea de trabajo para esclarecer el posible efecto beneficioso de la OHB en las oclusiones retinianas agudas.

---

### 8º Sordera súbita (SS)

Se trata de una afección idiopática del oído interno que surge bruscamente, o en el curso de unas horas, y que se caracteriza por una sordera de percepción generalmente unilateral y sin causa aparente; en más de la mitad de los casos el déficit de audición es permanente. Se han invocado varias teorías acerca de su origen: viral, isquémico, traumático por rotura de la membrana de Reissner y otras. Con independencia de cuál sea el origen del cuadro, al parecer se produce una situación de anoxia/hipoxia de las células ciliadas de la cóclea, que son muy sensibles a las variaciones del aporte de oxígeno necesario para sus funciones fisiológicas, las cuales exigen un alto consumo de O<sub>2</sub>.

Con este fundamento, la OHB puede producir un efecto beneficioso al incrementar la difusión del oxígeno plasmático. Varios autores de diferentes países iniciaron este tratamiento a finales de los años setenta, juntamente con vasodilatadores, corticoides y vitaminas del complejo B. Algunos autores franceses han incorporado al protocolo habitual hemodilución normovolémica, OHB y corticoides en los casos de recuperación insuficiente.

En la Unidad de Medicina Hiperbárica del Hospital Marqués de Valdecilla, en Santander, se han tratado 208 casos con el protocolo farmacológico clásico junto a OHB. La evolución ha sido satisfactoria o muy satisfactoria en un 44% de los casos, e inapreciable o no valorable en el resto.

## 9º Papel de la oxigenoterapia hiperbárica en el tratamiento de las complicaciones crónicas derivadas del tratamiento con radioterapia

En los últimos años se ha desarrollado su uso en el campo de la Oncología, en especial, en el tratamiento y prevención de las complicaciones derivadas del uso de la radioterapia (RT).

### **Área de Cabeza y Cuello**

- Osteorradionecrosis mandibular (ORN)
- Profilaxis de la Osteorradionecrosis mandibular.
- Tratamiento de Osteorradionecrosis mandibular establecida (ORN)
- Radionecrosis de tejidos blandos de cabeza y cuello

### **Área Torácica (Pared torácica y Mamas)**

Los autores establecieron como recomendación:

- las necrosis de tejidos blandos de la pared costal se pueden tratar con OHB de manera exclusiva.
- los pacientes que llevan asociado necrosis de hueso (costillas, esternón) es necesario realizar desbridamiento quirúrgico para extirpar todo el hueso necrótico.

### **Área abdomino-pélvica**

A destacar:

#### La OHB en el tratamiento de las cistitis hemorrágicas causadas por RT

Las cistitis hemorrágicas están reconocidas como un posible efecto secundario de la RT administrada en un conjunto de enfermedades pélvicas. Los pacientes pueden experimentar síntomas como dolor, sangrado y retención urinaria. Varios tratamientos paliativos han sido establecidos con diferentes resultados.

Mathews y otros, revisaron un total de 17 pacientes con cistitis hemorrágica que habían recibido OHB tras fracaso de otras modalidades terapéuticas estándar.

La OHB fue administrada una única vez al día (media de 21). La hematuria se resolvió en 11/17 (64%), 2 tenían sólo hematuria macroscópica y 2 tenían únicamente hematuria microscópica residual, 3 pacientes habían mejorado pero murieron precozmente de complicaciones relacionadas con el cáncer tras finalizar el tratamiento con OHB y 2 tenían recurrencia de hematuria macroscópica ó franca. La aplicación precoz de OHB estaba asociada con una rápida resolución de la cistitis hemorrágica.

#### RESUMEN de actuación en las complicaciones crónicas derivadas del tratamiento con radioterapia en pacientes con cáncer

Podemos afirmar que la OHB es una técnica segura, fácil de administrar, con tasas de efectividad que la podrían convertir en una técnica estándar en las complicaciones crónicas de la RT de determinadas localizaciones anatómicas.

El nivel de evidencia es alto a nivel del área de cabeza y cuello, especialmente en las osteorradionecrosis de mandíbula, el cual puede considerarse tratamiento de elección. A nivel del sistema nervioso ha demostrado un nivel de eficacia elevado en las necrosis cerebrales, siendo mucho menor en las mielopatías y pares craneales aunque se ha podido demostrar beneficio clínico en un número importante de pacientes. En nervio periférico (plexo braquial) no hemos podido demostrar un claro beneficio clínico como tratamiento paliativo, pero podría tener un papel más destacado como tratamiento profiláctico.

En las complicaciones severas localizadas en la pared torácica, la OHB con o sin cirugía pueden resolver el daño de la RT en mayor ó menor grado en función del grado necrosis ósea asociado. En la mama, existe un claro beneficio en la mayor parte de los síntomas asociados (edema, dolor, eritema) pero no se demostró mejoría en los síntomas dependientes de la plexopatía braquial.

En la localización abdominal, tanto en la enteropatía, proctitis, cistitis, fístulas recto-vaginales, vesico-vaginales, etc, los diferentes estudios analizados han concluido que puede ser una técnica alternativa a otras tanto de carácter conservador como de carácter invasivo. En algunas ocasiones esta técnica puede complementar a otras, en especial a la cirugía cuando se administra de manera profiláctica.

Otro grupo de complicaciones son las localizadas en las extremidades tratadas con RT. En éstas se ha podido ver que hay un beneficio importante cuando va asociada a control de enfermedad, pero si hay enfermedad persistente o recurrencia va acompañada de un alto porcentaje de fracaso que muy posiblemente acaben en amputación de la extremidad.

La experiencia compartida en varios centros de medicina hiperbárica españoles es consistente, pero todavía preliminar dado el moderado número de casos. Los primeros resultados confirman que la OHB actúa sobre el sustrato anatomopatológico de la enfermedad, como demuestran la disminución de intensidad y frecuencia de las hematurias, y las biopsias realizadas antes y después del tratamiento hiperbárico. El pronóstico de los enfermos tratados es diferente y, en opinión de algunos autores, la OHB no es un tratamiento coadyuvante sino la terapéutica de elección de la cistitis hemorrágica.

Actualmente estos pacientes son el número más elevado de casos tratados en el Servicio de medicina Hiperbárica del Hospital Gómez Ulla en Madrid, dependiente del Ministerio de Defensa. Estas patologías tienen cobertura del Servicio Madrileño de Salud, de acuerdo de convenio firmado.

**Como recomendación final y dada la dificultad práctica de incluir a estos pacientes dentro de ensayos clínicos controlados, podríamos considerar la disponibilidad de esta arma terapéutica en nuestro arsenal de tratamientos paliativos reparadores y con ello contribuir a la mejora de su calidad de vida.**

## Servicios de Medicina Hiperbárica en España que actualmente tienen convenios con el Sistema Nacional de Salud:

- 1º Servicio de Medicina Hiperbárica del Hospital Central de la Defensa. Madrid.
- 2º Servicio de Medicina Hiperbárica del Hospital de la Defensa. Zaragoza
- 3º Servicio de Medicina Hiperbárica del Hospital de la Defensa. Cádiz
- 4º Servicio de Medicina Hiperbárica del Santo Hospital de Caridad de Cartagena. Murcia.
- 5º Unidad de Terapia Hiperbárica. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.
- 6º Unidad de Terapia Hiperbárica. Hospital de Sant Joan Despi "Moisés Broggi". CRIS-UTH. Barcelona.
- 7º Unidad de Terapéutica Hiperbárica. Hospital General de Castelló. Castellón.
- 8º Servicio de Medicina Hiperbárica. Hospital Universitario de Canarias. HUC. IMETISA. Tenerife.
- 9º MEDISUB Institut de recerca Hiperbárica y Subacuática. Clínica Juaneda. Palma de Mallorca.
- 10º Unidad de Medicina Hiperbárica. Hospital El Angel. ASISA. Málaga.
- 11º Hospital Mateu Orfila de Menorca.

## POSIBILIDADES DE COLABORACIÓN CON EL SERVICIO CANARIO DE SALUD

La concesión administrativa, que la empresa Hiperox Lanzarote tiene, para la gestión y uso del Servicio de Medicina Hiperbárica del Hospital Insular de Lanzarote, con el Excmo. Cabildo Insular de Lanzarote, permite entre otras cosas establecer acuerdos-convenios bilaterales con entidades privadas y/o públicas para la oferta de los Servicios Profesionales de Medicina Hiperbárica.

Así mismo esa Concesión acuerda entre otras cosas un precio máximo por sesión de Oxigenoterapia y deja abierta la posibilidad a establecer tarifas inferiores siempre y cuando la gestión económica de dicha concesión sea viable.

Es por ello y teniendo en cuenta que en la actualidad gran parte de la población española tiene la opción de recibir tratamientos como los descritos anteriormente, para las patologías en donde el uso de la Oxigenoterapia Hiperbárica es útil, nos ponemos a disposición de las autoridades sanitarias de la isla de Lanzarote para los casos que estimen precisos, no obstante creyendo conveniente la regulación de las tarifas a contraprestar en un futuro.

Jose Antonio Olmos  
GERENTE DE HIPEROX LANZAROTE SL