

Elementos esenciales del consenso sobre la RBVP

zephyr[®]
by pulmonx

Reducción broncoscópica de volumen pulmonar con válvulas endobronquiales: documento de consenso sobre aspectos prácticos de la selección de pacientes y la atención perioperatoria

Este documento de consenso ofrece orientación práctica para los médicos que realizan una reducción broncoscópica de volumen pulmonar (RBVP) con válvulas endobronquiales. Resume el acuerdo de expertos sobre la selección de pacientes, la estrategia de intervención y el seguimiento posoperatorio en aquellos aspectos en los que las evidencias publicadas son limitadas o la práctica clínica es variable.

Las recomendaciones se han desarrollado mediante un proceso Delphi estructurado.

Recomendaciones principales

Resumen del consenso de expertos (Wahidi et al., 2025)

1 Antes de la intervención: selección de pacientes y del lóbulo diana

Evaluación clínica

- ✓ **Utilice un análisis multidisciplinar** cuando se disponga de experiencia en EPOC, cirugía de reducción del volumen pulmonar (CRVP) o trasplante.
- ✓ **Proceda con precaución si se requieren ≥ 4 l/min de oxígeno suplementario** en reposo.
- ✗ **Evite la RBVP cuando la PaCO₂ se mantenga >55 mmHg** a pesar de un tratamiento óptimo y de la ventilación nocturna.
- ✓ **Evalúe minuciosamente la insuficiencia cardíaca y la hipertensión pulmonar**; evite la RBVP en casos de insuficiencia cardíaca descompensada o hipertensión pulmonar grave.
- ✓ **La deficiencia de alfa-1 antitripsina no es una contraindicación.**
- ✓ **El IMC, por sí solo, no constituye un criterio de exclusión**, pero se recomienda precaución en los valores extremos (<18 o >40).
- ✓ **No excluya a los pacientes basándose únicamente en un riesgo subjetivo de neumotórax.**

Selección del lóbulo diana

- ✓ La RBVP puede considerarse en pacientes con enfisema centrolobulillar o panlobulillar, ya sea heterogéneo u homogéneo; evite la RBVP como práctica estándar en casos de enfisema predominantemente paraseptal o en presencia de bullas gigantes.
- ✗ Evite la colocación de válvulas en pulmones con antecedentes de lobectomía o pleurodesis ipsilaterales; no obstante, la colocación de válvulas puede considerarse tras una lobectomía o pleurodesis contralateral, después de una resección sublobular ipsilateral previa o tras una esternotomía.
- ✓ Utilice la TAC cuantitativa para evaluar el grado de destrucción del enfisema, la integridad de las fisuras y los volúmenes lobares. Según el panel de consenso, los posibles lóbulos diana incluyen aquellos con ≥ 50 % de destrucción a -910 HU o ≥ 20 % a -950 HU, y con una integridad de la fisura ≥ 80 %.
- ✓ Considere la realización de estudios de perfusión cuando varios lóbulos parezcan adecuados o cuando el enfisema sea homogéneo.
- ✗ Evite tratar un pulmón que, en conjunto, esté más sano o perfundido que el pulmón contralateral.
- ✓ Priorice los lóbulos con mayor grado de destrucción enfisematosa, menor perfusión, fisuras íntegras, volumen lobular adecuado y ausencia de bullas significativas, infección o nódulos indeterminados.



2 Intervención

- Realice una evaluación fisiológica directa de la ventilación colateral (p. ej., mediante oclusión con balón)
 - Obligatoria en todas las intervenciones de RBVP en el pulmón derecho.
 - Obligatoria en las intervenciones del pulmón izquierdo cuando la integridad de la fisura es <95 %.
- Se recomienda el ingreso hospitalario durante un mínimo de tres noches tras la RBVP. Los profesionales sanitarios son responsables de determinar la necesidad médica, el ámbito asistencial adecuado y la duración de la hospitalización.

3 Atención después de la intervención

- Evalúe el estado clínico, la mejoría funcional y los estudios de imagen: a las **4-6 semanas, 3-6 meses y 12 meses**.
- **Si existe atelectasia subtotal sin mejoría clínica a los 3 meses:** realice una TAC de tórax y considere una broncoscopia para la revisión o retirada de las válvulas.
- **Si existe atelectasia completa sin mejoría clínica a los 3 meses:** realice pruebas de función pulmonar, TAC de tórax, evaluación cardíaca y pruebas adicionales guiadas por la valoración clínica.
- **Si tras una mejoría clínica inicial se produce pérdida del beneficio clínico:** realice una TAC de tórax y una broncoscopia de revisión para evaluar la posición de las válvulas, la presencia de tejido de granulación, mal funcionamiento o infección.
- **Si aumenta la necesidad de oxígeno suplementario en el periodo perioperatorio:** evalúe la presencia de neumotórax, neumonía o embolia pulmonar.

Referencias

Wahidi MM, Lentz RJ, Criner GJ, Gompelmann D, Ing AJ, Kapp CM, Li S, Scirba FC, Shah PL, Slebos D-J, Strange C, Herth FJ.

Bronchoscopic Lung Volume Reduction with Endobronchial Valves: A Consensus Statement on Practical Aspects of Patient Selection and Periprocedural Management. Respiration. 2025; DOI: 10.1159/000548437.

SIGA SIEMPRE LAS INSTRUCCIONES DE USO

Información de Seguridad Importante

La válvula endobronquial Zephyr® es una válvula bronquial implantable concebida para controlar el flujo de aire con el objeto de mejorar las funciones pulmonares en pacientes con hiperinsuflación asociada a un enfisema grave con poca o ninguna ventilación colateral o de reducir las fugas de aire. La válvula Zephyr está contraindicada para: pacientes en los que los procedimientos broncoscópicos están contraindicados; evidencia de infección pulmonar activa; pacientes con alergia conocida al nitinol (níquel-titanio) o sus metales constituyentes (níquel o titanio); pacientes con alergia conocida a la silicona; fumadores activos. Uso exclusivo por personal médico cualificado. Antes de su uso, le rogamos consulte las instrucciones del sistema endobronquial Zephyr para obtener más información sobre las indicaciones, las contraindicaciones, las advertencias, todas las precauciones y los acontecimientos adversos.

El sistema Chartis® está indicado para su uso por parte de broncoscopistas durante una broncoscopia diagnóstica en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema en una sala de broncoscopia. El sistema, compuesto por el catéter Chartis y la consola Chartis, se ha diseñado para medir la presión y el flujo con el objeto de calcular la resistencia al flujo de aire y cuantificar la ventilación colateral en compartimentos pulmonares aislados. El catéter Chartis se utiliza en el canal de trabajo de un broncoscopio y se conecta a la consola Chartis. La consola Chartis es un bien de equipo que se puede reutilizar y que muestra la información del paciente. El sistema Chartis está contraindicado en caso de infección activa o diátesis hemorrágica grave. No se ha registrado ninguna sustancia interferente. Uso exclusivo por personal médico cualificado. Antes de su uso, le rogamos consulte las instrucciones de uso o el Manual del usuario del sistema Chartis para obtener más información sobre las indicaciones, las contraindicaciones, las advertencias, todas las precauciones y los acontecimientos adversos.

Pulmonx International Sàrl
Avenue de la Gare, 2
2000 Neuchâtel,
Suiza

www.pulmonx.es

CE 2797

© 2026 Pulmonx Corporation o sus filiales. Todos los derechos reservados.
Todas las marcas aquí recogidas pertenecen a Pulmonx Corporation y sus filiales.
Elementos esenciales del consenso sobre la RBVP
OTH-ES-2868-v1