

Consenso sobre el cuidado del niño con traqueostomía. Actualización 2026

Clinical consensus statement on the care of the child with a tracheostomy. 2026 Update

Yamila B. Nociti^{1,2,3} , Pablo Aubone^{1,4} , Juan J. Varón^{1,5,6}, Paula Urrestarazu^{1,7}, Silvia Intruvini¹, Sandra M. Barria^{8,9}, Ana R. Fernández^{10,11}, Leonardo De Lillo^{2,12}, María Stagnaro^{12,13}, Aníbal A. Villa de Villafañe^{12,14} , Valeria Ton^{3,15} , Ivanna Boailchuk⁶ , Mary E. Nieto¹³, María L. Scatolini¹³, Patricio Bellia Munzon², Hugo A. Botto¹³ 

RESUMEN

La presente revisión del *Consenso sobre el cuidado del niño con traqueostomía*, publicado en el año 2016, tiene como objetivo actualizar el conocimiento acerca de varios aspectos relacionados con el cuidado de estos niños, según los avances científicos desarrollados y publicados en los últimos años.

Se tratarán aquí nuevos tópicos surgidos en la experiencia y literatura científica, y aquellos que requieren ser modificados. El contenido del consenso anterior es una base fundamental para cuestiones generales.

Palabras clave: *traqueostomía; pediatría; manejo de la vía aérea; atención domiciliar de salud; decanulación de la traqueostomía.*

ABSTRACT

This revision of the “Consensus on the Care of Children with Tracheostomies,” published in 2016, aims to update knowledge on various aspects related to the care of these children, based on scientific advances developed and published in recent years.

New topics arising from scientific experience and literature will be addressed, as well as those requiring modification. The content of the previous Consensus serves as a fundamental basis for general considerations.

Keywords: *tracheostomy; pediatrics; airway management; home nursing; tracheostomy decannulation.*

doi: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11051>

Cómo citar: Nociti YB, Aubone P, Varón JJ, Urrestarazu P, Intruvini S, Barria SM, et al. Consenso sobre el cuidado del niño con traqueostomía. Actualización 2026. *Arch Argent Pediatr.* 2026;e202611051. Primero en Internet 13-AGO-2026.

¹ Grupo de Trabajo en Discapacidad, Sociedad Argentina de Pediatría; ² Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ³ Clínica de Internación Aguda en Rehabilitación y Cirugía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ⁴ Hospital Interzonal Evita, Lanús, Argentina; ⁵ Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ⁶ Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ⁷ FLENI (Fundación para la Lucha de las Enfermedades Neurológicas de la Infancia), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ⁸ Comité Nacional de Neumonología, Sociedad Argentina de Pediatría; ⁹ Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, Argentina; ¹⁰ Grupo de Trabajo en Kinesiología, Sociedad Argentina de Pediatría; ¹¹ Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Argentina; ¹² Comité Nacional de Medicina Interna, Sociedad Argentina de Pediatría; ¹³ Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; ¹⁴ Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina; ¹⁵ Asociación Argentina de Disfagia.

Correspondencia para Yamila B. Nociti: nocitiyamila@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 5-2-2026

Aceptado: 16-6-2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Los niños pueden requerir la utilización de una cánula de traqueostomía (TQT) en forma temporaria o definitiva según el diagnóstico de base y el pronóstico clínico.

La atención del niño con TQT genera ansiedad entre cuidadores y profesionales que intervienen en este proceso, ya sea en el hogar, la escuela, centros educativos-terapéuticos o instituciones de salud. Esto se debe, generalmente, al potencial riesgo para la vida que podría ocasionar el compromiso súbito de la vía aérea (VA). Por lo tanto, mejorar las competencias de cuidadores y profesionales vinculados al cuidado de los niños con TQT resulta primordial para mejorar la seguridad y promover su inclusión social.¹⁻⁵

La TQT es un procedimiento cuyo origen data de la antigüedad. Consiste en abocar la tráquea a la piel de manera de asegurar la VA y sostener su abertura mediante una cánula. En las últimas décadas, como contracara de los avances en los cuidados críticos pediátricos y neonatales, el número de niños que ha requerido una TQT se ha incrementado.⁶⁻¹⁹ Sin embargo, existen pocas publicaciones que respalden con evidencia fuerte las recomendaciones sobre su cuidado en la población infantil.

El primer consenso nacional sobre el cuidado del niño con TQT publicado previamente²⁰ consistió en una serie de recomendaciones prácticas, resultantes de la revisión de la mejor evidencia científica disponible y la experiencia de expertos locales en las distintas áreas.

La presente publicación tiene como principal objetivo actualizar el conocimiento sobre varios aspectos relacionados al cuidado de estos niños a fin de unificar criterios, disminuir las complicaciones asociadas, promover la formación de equipos de salud, fomentar el uso racional de recursos y contribuir a optimizar la calidad de vida de los niños con TQT y sus familias.

Asimismo, se tratarán nuevos tópicos surgidos en la experiencia y literatura científica, y aquellos que requieran ser modificados; el contenido del consenso anterior es una base fundamental para cuestiones generales.

Se encuentran fuera de esta actualización la discusión acerca de las indicaciones y técnicas para efectuar una TQT, recomendaciones sobre el cuidado posquirúrgico y para el cuidado del niño con asistencia respiratoria mecánica prolongada.

METODOLOGÍA

Para la actualización de este consenso, se conformó un panel de 16 expertos integrado por profesionales del Grupo de Trabajo en Discapacidad de la Sociedad Argentina de Pediatría; (SAP); el Comité Nacional de Neumonología (SAP); el Comité Nacional de Medicina Interna (SAP); el Grupo de Trabajo en Kinesiología (SAP); los Servicios de Endoscopia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, del Hospital Nacional de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan y del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; y profesionales expertos en el abordaje y tratamiento de niños con TQT.

Se realizó una búsqueda bibliográfica complementaria a la efectuada para la elaboración del consenso en Medline/PubMed, Cochrane Library, Lilacs y en bases de datos de Guías de Práctica Clínica. Se utilizó también bibliografía recomendada por los expertos. La estrategia de búsqueda utilizó los encabezados de temas médicos (*Medical Subject Headings*; MeSH, por sus siglas en inglés) *tracheostomy*, *tracheotomy*, *pediatrics*, *airway management*, *home nursing*, *swallowing*, *decannulation*; sus descriptores en español: traqueostomía, traqueotomía, pediatría, manejo de la vía aérea, atención domiciliaria, deglución, decanulación; y abarcó publicaciones en castellano e inglés de los últimos 10 años, a fin de pesquisar investigaciones publicadas luego de la elaboración del consenso. La búsqueda se redujo de 643 a 50 publicaciones luego de descartar duplicaciones y artículos no relacionados. Se seleccionó, de acuerdo con el análisis crítico, la mejor evidencia disponible y se distribuyó entre el grupo de expertos para su ponderación. La calidad de la evidencia recabada fue regular según el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).²¹

Las recomendaciones surgidas del análisis de la evidencia científica reunida²²⁻²⁹ fueron sometidas a una revisión por expertos para ajustarlas a la experiencia interdisciplinaria en la práctica asistencial local.

RECOMENDACIONES

Selección del tipo de cánula de traqueostomía

La selección del tipo y tamaño de la cánula que el niño utilizará dependerá de la edad, del diagnóstico que motive la realización del procedimiento y del estado clínico al momento de su evaluación. Esta debe adaptarse a la VA,

tamaño y forma de la tráquea, y a las necesidades funcionales del niño.

La cánula es un dispositivo tubular hueco de plástico (polivinilo y silicona), libre de látex, que se introduce a través del ostoma traqueal para evitar que se cierre y permitir la ventilación del paciente. Las partes de una cánula se describen en la *Figura 1*. El conector universal de 15 mm sirve para su adaptación a cualquier válvula fonatoria (VF), tubo en "T", aerocámara, bolsa de reanimación o circuito de ventilación mecánica.

Existen cánulas de diferentes materiales, tamaños y marcas disponibles en el mercado local para su utilización en niños.³⁰

Las hay pediátricas o neonatales, con o sin balón, con aspiración subglótica y balón (indicadas, por ejemplo, en pacientes con síndrome aspirativo) y las fenestradas (permiten emitir sonido).

El tamaño de una cánula está definido por tres parámetros: el diámetro interno (DI), el diámetro externo (DE) y la longitud expresados en milímetros.

El número de la cánula se refiere a su DI, según la normativa internacional para todos los fabricantes. Por ejemplo, una cánula número 4 de cualquier marca tiene un DI de 4 mm.

En cuanto a la longitud, hay disponibles cánulas de TQT neonatales y pediátricas para su uso en niños. Las cánulas neonatales disponibles tienen una longitud menor que las pediátricas, para el mismo DI.

En el mercado local, existen diversas marcas disponibles. Lo más importante, al momento de su selección, es que sean seguras, para evitar, por ejemplo, que se desarticulen o generen complicaciones como las desconexiones del respirador, la decanulación accidental o la rotura con probable migración a la VA. Es excepcional el uso de cánulas especialmente diseñadas.

En pediatría, la indicación de las cánulas con balón se reserva, en general, para niños con asistencia ventilatoria mecánica que no pueden ser ventilados correctamente con cánulas sin balón. También podría considerarse su uso en los casos de niños con trastornos deglutorios graves y crónicos.

Cuando se utiliza una cánula de TQT con balón, se sugiere, durante la internación, controlar diariamente la presión de inflado para evitar lesiones en el epitelio traqueal, adecuándose a las necesidades funcionales de cada niño.

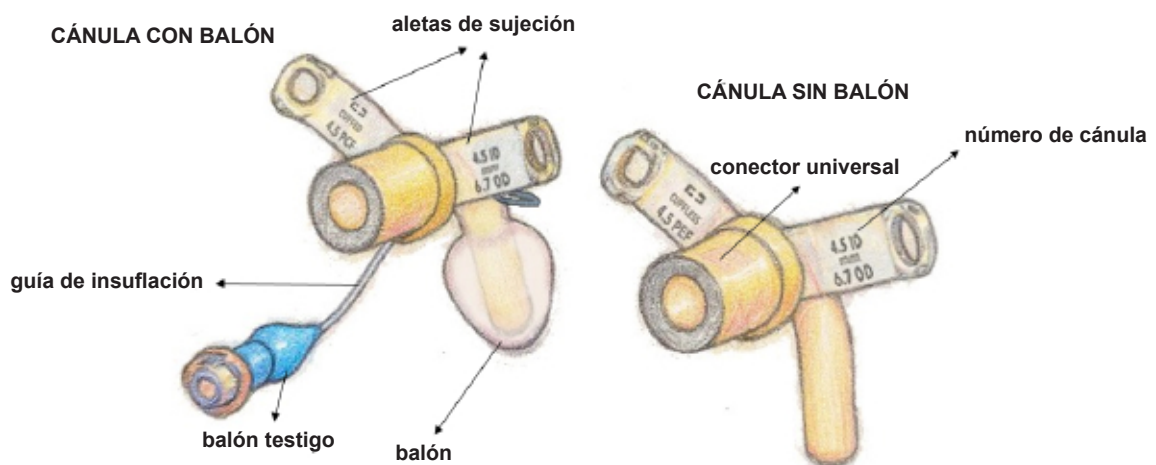
Cuidado y recambio de la cánula de TQT

Se recomienda que la cánula de TQT sea cambiada una vez por semana o en el momento de estar obstruida y el paciente lo requiera.

Al margen de que los fabricantes sugieran utilizarlas una sola vez, en nuestro medio las cánulas suelen higienizarse y reutilizarse. Actualmente, existen publicaciones de diversas partes del mundo que proponen su reutilización debido a escasez en el suministro de insumos.³¹

Primero, debe efectuarse una limpieza

FIGURA 1. Cánulas de traqueostomía con y sin balón



Modificado de: Urrestarazu P, et al. Arch Argent Pediatr. 2016;114(1):89-95.

mecánica o con sonda anudada y, luego, la higiene con detergente enzimático al 0,8 %, detergente biodegradable de uso familiar o jabón líquido, sumergiéndola en un recipiente que la contenga en su totalidad. El lavado debe ser con agua fría. Se desaconseja el uso de clorhexidina o iodopovidona.

El objetivo es descontaminarla, para lo que es innecesario esterilizarla. La esterilización debe reservarse en situaciones donde, por extrema necesidad, deba utilizarse en otro niño.

Una vez lavada, la cánula debe secarse y guardarse en un recipiente limpio y seco, en un lugar visible y accesible, preparada para el siguiente uso.

Con el uso, las cánulas pueden tornarse rígidas, fisurarse o puede alterarse la estructura del balón y, en ese caso, deben descartarse. La vida media de la cánula dependerá del material, la técnica de cuidado, la reutilización y, por lo tanto, debe ser evaluada en forma individualizada antes de ser reutilizada, teniendo en cuenta que no se hayan alterado sus propiedades y sea segura su colocación.³²

Procedimiento

- Realizar el lavado de manos.
- Colocar al niño en decúbito dorsal con realce firme debajo de los hombros. Alinear cuello y tórax para mantener la tráquea en la línea media.
- Si fuera necesario, contener al niño para mantener la postura.
- Aspirar secreciones traqueales y de la VA superior según necesidad.
- Retirar la gasa debajo del pabellón de la cánula y desechar.

- Higienizar la piel periestomal con solución fisiológica estéril en una gasa, efectuando movimientos desde el ostoma hacia afuera y en la piel circundante. Puede utilizarse clorhexidina.
- Fijar la cánula con los dedos a la piel y cortar o desatar la cinta de fijación con tijera de punta roma, para evitar lastimar la piel del cuello.
- Extraer la cánula en uso y colocar una cánula limpia.
- Fijar la cánula utilizando las aletas con un método de sujeción seguro, fijación con cinta hilera y doble nudo o velcro, según corresponda y con la tensión correcta, dejando pasar un dedo meñique entre la cinta y la piel, para evitar la decanulación accidental.³³
- Colocar una gasa no tejida en forma de pantalón bajo el pabellón de la cánula para evitar lesiones por decúbito en la zona de apoyo.
- Si fuera necesario, volver a aspirar al niño.
- Higienizar y guardar la cánula que fue removida según recomendaciones.

Se sugiere realizar el cambio de cánula con la participación de dos operadores y alejado de la alimentación. Recomendamos que todos los elementos necesarios para el cambio estén guardados en un recipiente, listos para usar (*Tabla 1*). Este set de TQT debe acompañar al niño en todo momento y estar accesible y disponible para su utilización, en caso de urgencia o ante la presencia de alguna complicación. Luego del cambio de cánula o en caso de que algún elemento fuera utilizado, deberá rearmarse y quedar completo.³⁴

La posición para realizar el recambio podría variar; se debe buscar aquella en la que el niño se encuentre más confortable.

TABLA 1. Set de traqueostomía

• Cánula de TQT del mismo DI que la colocada
• Cánula de TQT de DI menor
• Tubo endotraqueal de DI menor al de la cánula de TQT colocada
• Lidocaína en jalea al 2 %
• Solución fisiológica
• Gasas
• Gasa cortada en forma de pantalón
• Collarín de repuesto
• Sondas de aspiración
• Jeringas (en caso de tratarse de cánula con balón)
• Tijera
• Realce firme
• Bolsa de reanimación

TQT: traqueostomía, DI: diámetro interno.

El recambio de la cánula deberá efectuarse con técnica limpia, limpia modificada (*Figura 2*), o estéril acorde al ámbito donde se encuentre el niño. Estas técnicas fueron descritas en el consenso previo y siguen vigentes, por lo que no efectuaremos nuevas recomendaciones.

Se recomienda la utilización de lubricantes hidrosolubles, como solución fisiológica o lidocaína jalea, para facilitar la inserción de la cánula limpia. Se desaconseja el uso de vaselina como lubricante.

Existen distintos métodos de sujeción de la cánula de traqueostomía: la cinta hilera anudada y los collarines fabricados en forma casera con velcro o cinta hilera son una alternativa aceptable. Se recomienda evitar la utilización de cintas que se estiren o que presenten resistencia dudosa como barbijos.

Cualquiera sea el método de sujeción elegido, este tiene que ser seguro y firme como para evitar la decanulación accidental, pero tratando de que la tensión no sea excesiva como para generar lesiones cutáneas u oclusión vascular. Se recomienda que la sujeción permita que pase un dedo meñique entre el collarín y la piel.

El collarín y la gasa en forma de pantalón deben permanecer limpios y secos. No hay una frecuencia recomendada para su recambio y debe evaluarse en forma individualizada. Se recomienda que la piel periostomal permanezca limpia y seca. Se desaconseja el uso de talcos o cremas no prescritas en la piel cercana al estoma.

Aspiración

Mantener la VA permeable mediante la aspiración de las secreciones traqueales es una

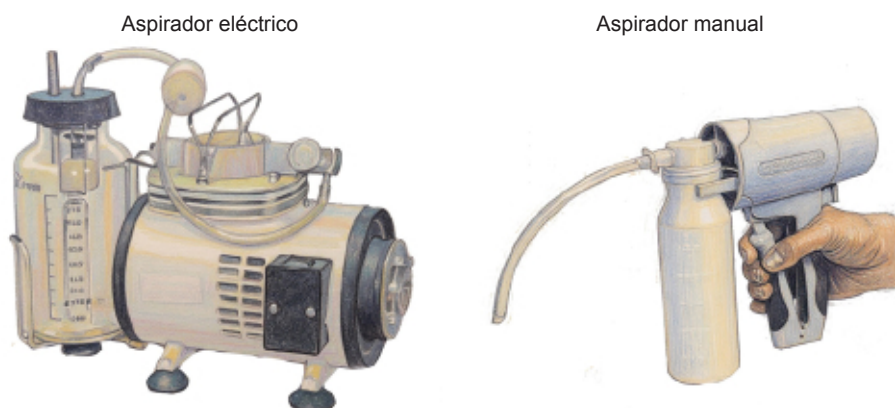
FIGURA 2. Procedimiento de cambio de cánula

Cómo realizar el recambio de la cánula



Tomado de: Urrestarazu P, et al. Arch Argent Pediatr. 2016;114(1):89-95.

FIGURA 3. Aspiradores eléctrico y manual



Modificado de: Urrestarazu P, et al. Arch Argent Pediatr. 2016;114(1):89-95.

medida de vital importancia en el cuidado del niño con TQT.^{35,36}

Los objetivos, indicaciones y técnicas de aspiración, así como los diferentes sistemas disponibles para efectuarla (*Figura 3*), fueron desarrollados en el consenso previo y permanecen vigentes a la fecha, por lo que no los abordaremos en esta actualización (*Figura 4*).

Sin embargo, es importante remarcar los pasos que deben seguirse para realizar la aspiración de secreciones:

- Realizar el lavado de manos.
- Introducir la sonda sin aspirar y sin sobrepasar la longitud de la cánula.
- Retirar la sonda aspirando con un movimiento rotatorio.

La frecuencia de aspiración dependerá de la evaluación clínica y de las necesidades de cada niño. Se recomienda verificar la permeabilidad de la cánula de TQT antes de la alimentación, los traslados, antes de dormirse y al despertar, o cuando la respiración sea ruidosa por la presencia de secreciones.

Humidificación

En condiciones fisiológicas, la VA superior cumple la función de filtrar, calentar y humidificar el aire inspirado. Estas funciones se encuentran alteradas en el niño con TQT, ya que el aire saltea estas estructuras al ingresar directamente a través de la cánula, produciéndose así un déficit en la filtración y la humidificación.

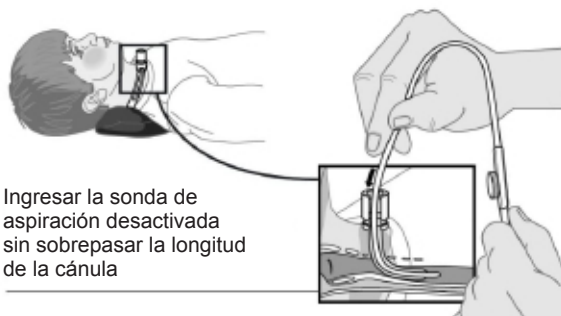
FIGURA 4. Técnica de aspiración de secreciones traqueales

Pasos para realizar la aspiración de secreciones

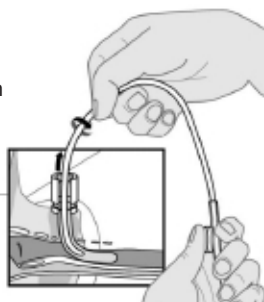
Lavado e higiene de manos



Ingresa la sonda de aspiración desactivada sin sobrepasar la longitud de la cánula



Retirar la sonda de aspiración activada con un movimiento rotatorio durante un tiempo no superior a 10 segundos



La técnica de aspiración dependerá del ámbito en el que se encuentre el niño



Hospital
Centros de rehabilitación
Técnica limpia modificada
Sonda estéril y manoplas



Domicilio
Técnica limpia
Sonda limpia
y manos limpias

Tomado de: Urrestarazu P, et al. Arch Argent Pediatr. 2016;114(1):89-95.

La recomendación sobre la utilización de humidificadores pasivos³⁷ (Figura 5) u otros métodos de barrera alternativos fue abordada en el consenso previo y permanece vigente, por lo que no será abordada por esta actualización.

Administración de medicación

En caso de ser necesaria, la administración de medicación en aerosol debe realizarse a través de una aerocámara con conector para TQT (Figura 5).³⁸

También se puede utilizar medicación nebulizada por vía traqueal, pero se debe recordar que la nebulización es solo un medio para suministrar fármacos, no para humidificar las secreciones. Se sugiere no utilizar medicación instilada por vía traqueal.

Fonación

Los niños con TQT presentan usualmente una capacidad limitada para la emisión de sonidos.

La comunicación oral puede facilitarse mediante la autooclusión de la cánula o mediante el uso de una VF (Figura 5). Estas válvulas unidireccionales permiten el paso del aire a través de la TQT durante la inspiración, pero lo bloquean durante la espiración, lo que obliga al aire a pasar por la laringe y posibilita la producción de sonido.

El objetivo principal del uso de VF es promover la vocalización, favorecer el desarrollo del lenguaje y, en consecuencia, mejorar la interacción social del niño. Esto resulta particularmente relevante en etapas tempranas del desarrollo del lenguaje, donde la privación de la fonación puede tener un impacto negativo a largo plazo.^{39,40}

Se recomienda realizar una evaluación clínica especializada y una evaluación laríngea

previas a la indicación del uso de VF. Esta evaluación debe ser llevada a cabo por un equipo especializado (pediatría, endoscopia, kinesiología, fonoaudiología), y puede incluir métodos clínicos, radiológicos o endoscópicos.

Si bien las VF pueden utilizarse a cualquier edad, su uso en niños pequeños puede estar limitado por la relación entre el DE de la cánula y el calibre traqueal, lo que podría dificultar un flujo aéreo translaríngeo adecuado.

En los niños que utilizan cánulas de TQT con balón, este debe desinflarse antes de colocar la VF.

El uso de la VF está contraindicado en presencia de estenosis laríngea grave.

Deglución - alimentación

La TQT puede contribuir al compromiso anatómico y/o funcional de la deglución en ciertos pacientes.⁴¹⁻⁴⁴

Las alteraciones deglutorias y la disfagia suelen presentarse en niños con TQT y pueden ser atribuibles a una multiplicidad de factores como antecedentes etiológicos, condición crítica, prematuridad y patologías concomitantes sin que se haya podido establecer una relación causal directa entre TQT y disfagia.

Entre los hallazgos frecuentes en la evaluación clínica, se encuentran alteraciones de la sensibilidad orofaríngea, tos ineficaz, dificultad para la excursión hiolaríngea y disfunción glótica. La ausencia de presión subglótica positiva durante la deglución incrementa el riesgo de penetración de alimento o saliva por encima del nivel de las cuerdas vocales y aspiración.

El profesional especialista a cargo, si lo cree necesario, podrá solicitar estudios para evaluar estas alteraciones, teniendo en cuenta la disponibilidad del recurso y las condiciones

Figura 5. Otros dispositivos



Válvulas fonatorias

Aerocámara para traqueostomía

Humidificadores pasivos

Modificado de: Urrestarazu P, et al. Arch Argent Pediatr. 2016;114(1):89-95.

clínicas del paciente.

La evaluación temprana y el abordaje interdisciplinario de la función deglutoria y la fonación son fundamentales para prevenir déficits oromotores, evitar el desuso funcional y reducir el riesgo de aversiones orales, especialmente en etapas prelingüísticas. El tratamiento de las alteraciones deglutorias y del lenguaje debe estar a cargo del fonoaudiólogo, junto al resto del equipo interdisciplinario.

Cuando las patologías de base lo permiten y se logra restaurar la fisiología de la VA, con una intervención adecuada los mecanismos deglutorios tienden a mejorar.

En este contexto, el uso de VF, siempre que se cumplan criterios mínimos como la permeabilidad de la VA, según las condiciones establecidas por el equipo interdisciplinario, resulta beneficioso para la estimulación y/o rehabilitación de la deglución. Estas válvulas permiten el restablecimiento de la presión subglótica, facilitando el flujo translaríngeo e incrementando el estímulo sensorial. Así, contribuyen a la movilización de secreciones, mejoran la eficacia de la tos y la fonación, estimulan el olfato, el gusto y la modulación sensorial general, favoreciendo el desarrollo del niño.

Su indicación y monitoreo deben estar a cargo de un profesional especialista en endoscopia junto con el fonoaudiólogo y resto del equipo interdisciplinario.

Capacitación de los cuidadores y transición al hogar

El niño con TQT requiere la supervisión de cuidadores entrenados para realizar las actividades acordes a su edad y a sus posibilidades, hasta que adquiera autonomía y competencia para el autocuidado.

Antes del alta del niño, se debe verificar que el domicilio se encuentre en las condiciones de seguridad e higiene adecuadas para su cuidado.

Sugerimos que la familia, preferentemente los progenitores o quienes se encarguen de su cuidado (mínimamente dos personas), sean capacitados por el equipo de salud correspondiente (médicos, kinesiólogos, enfermeros), para conocer y realizar los procedimientos de rutina (cuidados, aspiración, cambios de cánula, resucitación cardiopulmonar), antes del alta institucional. Asimismo, deben poder identificar los signos de alarma y utilizar los insumos y el equipamiento portátil disponibles

localmente para el tratamiento ambulatorio del niño.^{45,46}

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes, graves y evitables son la decanulación no intencional y la obstrucción. Estas complicaciones pueden comprometer la vida del paciente.⁴⁷

Otras complicaciones son la presencia de sangrado, granulomas o traqueítis.

Para prevenir la decanulación accidental, se recomienda seguir la técnica de sujeción descrita y controlar periódicamente la tensión de la fijación. La decanulación se resolverá con la recolocación de la cánula.

Siempre que haya una descompensación súbita del niño, debe descartarse, en primera instancia, la obstrucción de la cánula. Si se constatará, se resolverá con el recambio inmediato.

El sangrado por la cánula de TQT se debe frecuentemente a traumatismos causados por la aspiración de secreciones. Por lo tanto, en caso de presentarse, debe revisarse la técnica de aspiración. Si el sangrado es leve y autolimitado, no es necesario consultar al especialista.

El granuloma es una reacción inflamatoria muy frecuente en el ostoma y se debe a la presencia de un cuerpo extraño, como es la cánula de TQT. El granuloma es friable y puede sangrar. Si es plano y periférico, no se debe tomar ninguna conducta. Si obstruye la TQT y dificulta el recambio de la cánula, se recomienda su evaluación.

La TQT genera una abertura de la VA, que facilita su contaminación. El lavado de manos es la medida más efectiva para la prevención de infecciones. En caso de traqueítis, el cultivo rutinario de las prótesis o de las secreciones traqueales no está recomendado.

Otra complicación posible es la dificultad en la reanulación. En este caso, se recomienda revisar la técnica de recambio. Si persiste la dificultad, se debe utilizar una cánula de TQT enhebrada con un tubo endotraqueal que sobrepase 1-2 cm la longitud de la cánula. El tubo endotraqueal biselado facilita su inserción en la tráquea. Si aun así no pudiera hacerse, se deberá colocar una cánula de menor tamaño o el tubo endotraqueal a través del ostoma para la estabilización del niño hasta la llegada a un centro asistencial. Esto constituye una urgencia y debe activarse el sistema de emergencia.

Inclusión social

En el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se debe promover el acceso de los niños con traqueotomía a la educación obligatoria,⁴⁸ actividades recreativas y programas de rehabilitación, implementando los ajustes razonables necesarios. Se sugiere la presencia de una persona entrenada para atender las necesidades particulares de cada niño en el aula.

Para lograr una inclusión efectiva, es fundamental fomentar la capacitación del entorno educativo y comunitario, garantizando el acceso a recursos y apoyos específicos que favorezcan la comunicación, la movilidad y la participación social. Asimismo, la adquisición de habilidades para la vida diaria no solo permite la participación plena del niño en la sociedad, sino que también contribuye a su autonomía progresiva, fortaleciendo su rol activo como miembro de la comunidad y maximizando su potencial de desarrollo.

Decanulación

La decanulación es un proceso que culmina con el retiro definitivo de la cánula de TQT. El proceso de decanulación se inicia cuando se ha resuelto la causa que motivó la TQT y ya no sea necesario mantener la VA artificial.

Previamente, se debe realizar una cuidadosa evaluación clínica por el equipo interdisciplinario (médicos, kinesiólogos), que hace el seguimiento del niño, una evaluación endoscópica y eventualmente radiológica, tanto anatómica como funcional de la VA, de la función deglutoria, del manejo de las secreciones y de la efectividad de la tos. Además, el niño no debe requerir nuevas intervenciones quirúrgicas y/o asistencia ventilatoria mecánica a corto plazo.

Si bien hasta el momento no se ha identificado ningún protocolo internacional que prohíba explícitamente la decanulación pediátrica durante los meses de invierno, varias guías y consensos reconocen el aumento de riesgos asociados a las infecciones respiratorias en esta estación y recomiendan ajustar los criterios de decanulación en consecuencia.⁴⁹

Técnica

Los protocolos de decanulación varían según los diferentes equipos de seguimiento, en las distintas instituciones alrededor del mundo.⁵⁰

Existen protocolos donde se disminuye el DI de la cánula en forma progresiva o se mantiene

una cánula más pequeña tapada durante varios días. Luego, teniendo en cuenta criterios de oximetría de pulso nocturna, constatándose una buena tolerancia y según indicación del equipo tratante, se progresa finalmente a la decanulación.

Cada equipo interdisciplinario seleccionará el protocolo adecuado y efectuará el control y seguimiento en cada paciente.

En el caso de los niños que se encuentran en su domicilio, será el equipo correspondiente quien defina el tiempo y las condiciones en que se llevará a cabo el protocolo.

DISCUSIÓN

Para la elaboración de esta actualización, se ha decidido considerar la mejor evidencia disponible revisada por expertos locales en distintas disciplinas y complementada, en aquellos casos en los que existió controversia o insuficiente evidencia, con su experiencia, hasta tanto se dispusiera de información adecuadamente sustentada. Por lo tanto, el profesional interviniente en el cuidado del niño con TQT puede utilizar criterios distintos a los de este consenso para la toma de decisiones basados en consideraciones de riesgos, disponibilidad, costos o preferencias de los usuarios. ■

REFERENCIAS

- Shi JY, Orkin J, Walsh CM, Chu S, Keilty K, McKay S, et al. Pediatric Chronic Tracheostomy Care: An Evaluation of an Innovative Competency-Based Education Program for Community Health Care Providers. *Front Pediatr*. 2022;10:885405. doi:10.3389/fped.2022.885405.
- Callans KM, Bleiler C, Flanagan J, Carroll DL. The Transitional Experience of Family Caring for Their Child with a Tracheostomy. *Pediatr Nurs*. 2016;31(4):397-403. doi:10.1016/j.pedn.2016.02.002.
- Komori M. Update on pediatric tracheostomy. *Auris nasus larynx*. 2024;51(3):429-32. doi:10.1016/j.anl.2024.01.003.
- McCormick ME, Ward E, Roberson DW, Shah RK, Stachler RJ, Brenner MJ. Life after Tracheostomy: Patient and Family Perspectives on Teaching, Transitions, and Multidisciplinary Teams. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;153(6):914-20. doi:10.1177/0194599815599525.
- Sobotka SA, Hird-McCorry LP, Goodman DM. Identification of Fail Points for Discharging Pediatric Patients with New Tracheostomy and Ventilator. *Hosp Pediatr*. 2016;6(9):552-7. doi:10.1542/hpeds.2015-0277.
- Szmuk P, Ezri T, Evron S, Roth Y, Katz J. A brief history of tracheostomy and tracheal intubation, from the Bronze Age to the Space Age. *Intensive Care Med*. 2008;34(2):222-8. doi:10.1007/s00134-007-0931-5.
- Jain MK, Patnaik S, Sahoo B, Mishra R, Behera JR. Tracheostomy in Pediatric Intensive Care Unit: Experience from Eastern India. *Indian J Pediatr*. 2021;88(5):445-9. doi:10.1007/s12098-020-03514-6.
- Yaneza MM, James HL, Davies P, Harrison S, McAlorum

- L, Clement WA, et al. Changing indications for paediatric tracheostomy and the role of a multidisciplinary tracheostomy clinic. *J Laryngol Otol*. 2015;129(9):882-6. doi:10.1017/S0022215115001140.
9. Spratling R. Understanding the health care utilization of children who require medical technology: A descriptive study of children who require tracheostomies. *Appl Nurs Res*. 2017;34:62-5. doi:10.1016/j.apnr.2017.02.017.
 10. Fuller C, Wineland AM, Richter GT. Update on Pediatric Tracheostomy: Indications, Technique, Education, and Decannulation. *Curr Otorhinolaryngol Rep*. 2021;9(2):188-99. doi:10.1007/s40136-021-00340-y.
 11. Sanders CD, Guimbellot JS, Muhlebach MS, Lin FC, Gilligan P, Esther CR Jr. Tracheostomy in children: Epidemiology and clinical outcomes. *Pediatr Pulmonol*. 2018;53(9):1269-75. doi:10.1002/ppul.24071.
 12. Willis LD. Pediatric Tracheostomy Year in Review. *Respir Care*. 2024;69(8):1025-32. doi:10.4187/respcare.11932.
 13. Fisher E, Valika T. Indications for tracheostomy placement in pediatric patients with cerebral palsy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2025;189:112226. doi:10.1016/j.ijporl.2025.112226.
 14. Volsko TA, Parker SW, Deakins K, Walsh BK, Fedor KL, Valika T, et al. AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients with Tracheostomy in the Acute Care Setting. *Respir Care*. 2021;66(1):144-55. doi:10.4187/respcare.08137.
 15. Watters KF. Tracheostomy in Infants and Children. *Respir Care*. 2017;62(6):799-825. doi:10.4187/respcare.05366.
 16. Pacheco AE, Leopold E. Tracheostomy in children: Recommendations for a safer technique. *Semin Pediatric Surg*. 2021;30(3):151054. doi:10.1016/j.sempedsurg.2021.151054.
 17. Nageswaran S, Gower WA, King NMP, Golden SL. Tracheostomy decision-making for children with medical complexity: What supports and resources do caregivers need?. *Palliat Support Care*. 2024;22(4):776-82. doi:10.1017/S1478951522001122.
 18. Chia AZH, Ng ZM, Pang YX, Ang AHC, Chow CCT, Teoh OH, Lee JH. Epidemiology of Pediatric Tracheostomy and Risk Factors for Poor Outcomes: An 11-Year Single-Center Experience. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;162(1):121-8. doi:10.1177/0194599819887096.
 19. Akangire G, Manimtim W. Tracheostomy in infants with severe bronchopulmonary dysplasia: A review. *Front Pediatr*. 2023;10:1066367. doi:10.3389/fped.2022.1066367.
 20. Urrestarazu P, Varón J, Rodríguez A, Ton V, Vila F, Cipriani S, et al. Consenso sobre el cuidado del niño con traqueostomía. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114(1):89-95. doi:10.5546/aap.2016.89.
 21. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
 22. Amin R, Agarwal A, Chiang J, Collaco JM, Cristea AI, Propst EJ, et al. Care of Infants and Children with Tracheostomies: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2025;211(11):2001-20. doi:10.1164/rccm.202508-2055ST.
 23. Hettige R, Arora A, Roberson DW, Narula AA. Recent developments to improve the standards of tracheostomy care. *Br J Intensive Care*. 2013;23(3):89-92.
 24. Paz F, Zamorano A, Paiva R, Hernández Y, Mödinger P, Moscoso G. Cuidados de niños con traqueostomía. *Neumol Pediatr*. 2008;3(Supl):64-70.
 25. Cheung P, Kong K, Winters R, Giles M, Jefferson N. Paediatric tracheostomy management: a cross-sectional study on current Australian and New Zealand trends. *Aust J Otolaryngol*. 2024;7:20. doi:10.21037/ajo-23-62.
 26. Avelino MAG, Maunsell R, Valera FCP, Neto JFL, Schweiger C, Miura CS, et al. First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017;83(5):498-506. doi:10.1016/j.bjorl.2017.06.002.
 27. Moser CH, Peeler A, Long R, Schoneboom B, Budhathoki C, Pelosi PP, et al. Prevention of Tracheostomy-Related Pressure Injury: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Crit Care*. 2022;31(6):499-507. doi:10.4037/ajcc2022659.
 28. Smith MM, Benscoter D, Hart CK. Pediatric tracheostomy care updates. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;28(6):425-9. doi:10.1097/MOO.0000000000000666.
 29. McGrath BA, Wallace S, Lynch J, Bonvento B, Coe B, Owen A, et al. Improving tracheostomy care in the United Kingdom: results of a guided quality improvement programme in 20 diverse hospitals. *Br J Anaesth*. 2020;125(1):e119-29. doi:10.1016/j.bja.2020.04.064.
 30. Salas Campos L, Solé i Fàbregas A, Rodríguez Hebra I, Martín Rivero B, Martínez de la Chica AM, Grau Navarro M, et al. Cánulas de traqueostomía. *Rev Enferm*. 1998;21(238):95-101.
 31. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS). Pediatric Otolaryngology Expert Consensus on Use and Re-Use of Tracheostomy Tubes. 2022. [Consulta: 4 de junio de 2025]. Disponible en: www.entnet.org/resource/pediatric-otolaryngology-expert-consensus-on-use-and-re-use-of-tracheostomy-tubes-2
 32. Smolar DE, Ho B, Kent SM, Hughes AC, Mettenburg C, Rueggeberg FA, et al. Changes in pediatric tracheostomy tubes exposed to home dishwashing. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017;100:96-102. doi:10.1016/j.ijporl.2017.06.020.
 33. Baker LR, Chorney SR. Reducing Pediatric Tracheostomy Wound Complications: An Evidence-Based Literature Review. *Adv Skin Wound Care*. 2020;33(6):324-8. doi:10.1097/01.ASW.0000661808.51766.9a.
 34. Kohn J, McKeon M, Munhall D, Blanchette S, Wells S, Watters K. Standardization of pediatric tracheostomy care with "Go-bags". *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019;121:154-6. doi:10.1016/j.ijporl.2019.03.022.
 35. Blakeman TC, Scott JB, Yoder MA, Capellari E, Strickland SL. AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. *Respir Care*. 2022;67(2):258-71. doi:10.4187/respcare.09548.
 36. Ireton J. Tracheostomy suction: a protocol for practice. *Paediatr Nurs*. 2007;19(10):14-8.
 37. McNamara DG, Asher MI, Rubin BK, Stewart A, Byrnes CA. Heated humidification improves clinical outcomes, compared to a heat and moisture exchanger in children with tracheostomies. *Respir Care*. 2014;59(1):46-53. doi:10.4187/respcare.02214.
 38. Berlinski A. Pediatric Aerosol Therapy. *Respir Care*. 2017;62(6):662-77. doi:10.4187/respcare.05298.
 39. Kam K, Patzelt R, Soenen R. Pediatric tracheostomy speaking valves: A multidisciplinary protocol leads to earlier initial trials. *J Child Health Care*. 2023;27(3):386-94. doi:10.1177/13674935211070416.
 40. Zabih W, Holler T, Syed F, Russell L, Allegro J, Amin R. The Use of Speaking Valves in Children with Tracheostomy Tubes. *Respir Care*. 2017;62(12):1594-601. doi:10.4187/respcare.05599.
 41. Pullens B, Streppel M. Swallowing problems in children with

- a tracheostomy. *Semin Pediatr Surg.* 2021;30(3):151053. doi:10.1016/j.sempedsurg.2021.151053.
42. Sobotka SA, Laudon S, Jackson AJ, Harendt SE, Baker CD. A Literature Review of Feeding Disorders in Children with Tracheostomies and Ventilators. *Pediatr Ann.* 2022;51(7):e291-6. doi:10.3928/19382359-20220504-05.
43. Luu K, Belsky MA, Dharmarajan H, Kaffenberger T, McCoy JL, Cangilla K, et al. Dysphagia in Pediatric Patients with Tracheostomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2022;131(5):457-62. doi:10.1177/00034894211025179.
44. Abraham SS, Wolf EL. Swallowing physiology of toddlers with long-term tracheostomies: a preliminary study. *Dysphagia.* 2000;15(4):206-12. doi:10.1007/s004550000029.
45. Prickett K, Deshpande A, Paschal H, Simon D, Hebbar KB. Simulation-based education to improve emergency management skills in caregivers of tracheostomy patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019;120:157-61. doi:10.1016/j.ijporl.2019.01.020.
46. Truitt BA, Ghosh RN, Price EW, Du C, Bai S, Greene D, et al. Family Caregiver Knowledge in the Outpatient Management of Pediatric Tracheostomy-Related Emergencies. *Clin Pediatr (Phila).* 2025;64(7):936-43. doi:10.1177/00099228241304480.
47. Neto JFL, Castagno OC, Schuster AK. Complications of tracheostomy in children: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2022;88(6):882-90. doi:10.1016/j.bjorl.2020.12.006.
48. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. [Consulta: 4 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
49. Pronello D, Giménez G, Prado F, Salinas P, Herrero MV, Bach J. Traqueostomía en niños: Los desafíos de la decanulación, revisión y propuesta de trabajo. *Neumol Pediatr.* 2019;14(3):164-74. doi:10.51451/np.v14i3.100.
50. Verma R, Mocanu C, Shi J, Miller MR, Chiang J, Wolter NE, et al. Decannulation following tracheostomy in children: A systematic review of decannulation protocols. *Pediatr Pulmonol.* 2021;56(8):2426-43. doi:10.1002/ppul.25503.