



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**¿EN QUÉ CASOS APLICARÍA LA TÉCNICA DE
ESTABILIZACIÓN PROTECTORA COMO MANEJO DEL
COMPORTAMIENTO EN NIÑOS DURANTE
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS? REVISIÓN DE
LA LITERATURA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: LADY JOHANNA SUQUILANDA VARGAS

DIRECTOR: OD. ESP. MARÍA DANIELA CALLE PRADO

CUENCA-ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

¿EN QUÉ CASOS APLICARÍA LA TÉCNICA DE ESTABILIZACIÓN
PROTECTORA COMO MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN
NIÑOS DURANTE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS? REVISIÓN
DE LA LITERATURA

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: LADY JOHANNA SUQUILANDA VARGAS

DIRECTOR: OD. ESP. MARÍA DANIELA CALLE PRADO

CUENCA-ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

¿EN QUÉ CASOS APLICARÍA LA TÉCNICA DE ESTABILIZACIÓN PROTECTORA COMO MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS DURANTE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS? REVISIÓN DE LA LITERATURA

Lady Johanna Suquilanda Vargas¹, María Daniela Calle Prado²

¹Estudiante de Odontología, Universidad Católica de Cuenca.

²Docente de la Universidad Católica de Cuenca.

Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Odontología, Cuenca, Ecuador

Resumen

Introducción: El abordaje odontológico de pacientes pediátricos presenta desafíos en la práctica profesional, debido a que la mayoría demuestran diferentes comportamientos en la consulta dental generando comúnmente estrés derivado del miedo y de la ansiedad ante lo desconocido. **Objetivo:** Analizar mediante una revisión de literatura la aplicabilidad de la técnica de estabilización protectora. **Materiales y Métodos:** estudio cualitativo descriptivo transversal en el que se empleó una búsqueda bibliográfica en bases científicas como PubMed, Scielo, Scopus, obteniendo un total de 34 artículos. **Resultados:** según la evidencia consultada, la estabilización protectora se debe utilizar en urgencias odontológicas, en pacientes poco colaboradores según el nivel de desarrollo emocional y cognitivo, cuando la sedación o la anestesia general puede no ser una opción porque el paciente no cumple con los criterios de sedación, consideraciones financieras y/o preferencias de los padres, cuando el paciente presenta movimientos incontrolados que interfieran significativamente con la calidad de la atención. **Conclusión:** El uso de esta técnica debe abordarse desde una perspectiva holística, considerando el desarrollo cognitivo y emocional del niño, su entorno familiar y sus

experiencias previas. La comunicación con los padres y el uso ético de la técnica garantizan una atención odontológica segura y eficaz, respetando el bienestar emocional del niño.

PALABRAS CLAVES: método, estabilización, protección, odontología pediátrica, odontología.

Abstract

Introduction: Dental management to pediatric patients presents challenges in professional practice, as most exhibit various behaviors during dental visits, often leading to stress caused by fear and anxiety about the unknown. **Objective:** To analyze, through a literature review, the applicability of the protective stabilization technique. **Materials and Methods:** A cross-sectional qualitative descriptive study was conducted through a literature search in scientific databases such as PubMed, SciELO, and Scopus, yielding a total of 34 articles. **Results:** Evidence indicates that protective stabilization should be used in dental emergencies, in uncooperative patients depending on their level of emotional and cognitive development, when sedation or general anesthesia may not be an option because the patient does not meet sedation criteria, due to financial limitations, or parental preferences, or when the patient exhibits uncontrolled movements that significantly compromise the quality of care. **Conclusion:** The use of this technique must be approached holistically, considering the child's cognitive and emotional development, family environment, and prior experiences. Communication with parents and the ethical use of the technique ensure safe and effective dental care while safeguarding the child's emotional well-being.

Keywords: method, stabilization, protection, pediatric dentistry, dentistry.

INTRODUCCIÓN

El abordaje odontológico de pacientes pediátricos presenta desafíos en la práctica profesional, debido a que la mayoría

demuestran diferentes comportamientos en la consulta dental generando comúnmente estrés derivado del miedo y de la ansiedad ante lo desconocido. Se cree que el 80,8%

de los pacientes pediátricos que acuden a consulta odontológica presentan ansiedad y que un 70,9% presentan temor durante la consulta odontológica, se sugiere que estos niveles difieren de acuerdo a edad, sexo y procedimientos odontológicos, la amplia gama de patologías presentes en la población infantil y su poca o nula colaboración frente a la consulta dental, conlleva a menudo a obstaculizar o dificultar los tratamientos odontológicos.^{1,2}

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), a partir del año 1988 ha establecido directrices destinadas para gestionar el comportamiento y la orientación de los niños durante las visitas dentales. En la actualidad se distinguen dos enfoques principales: uno enfocado en técnicas de comunicación verbal y no verbal, como decir – mostrar – hacer, utilizada con mayor frecuencia debido a su efectividad demostrada en la práctica clínica; y otro más avanzado dirigido para aquellos pacientes que presentan dificultades de cooperación, alto nivel de

estrés, o discapacidades mentales o físicas que demandan procedimientos más complejos, como la estabilización protectora, sedación o anestesia general.^{1,3,4} En este contexto, la técnica de estabilización protectora ha surgido como una estrategia potencialmente valiosa para abordar la ansiedad y el comportamiento desafiante en niños durante los tratamientos odontológicos y especialmente procedimientos quirúrgicos. Esta técnica implica la sujeción controlada del niño durante el procedimiento, proporcionando un entorno seguro y estable que puede ayudar a reducir el miedo y mejorar la colaboración del paciente.⁴

A pesar del avance en las técnicas de sedación y anestesia, la práctica de la sujeción ha disminuido, pero no ha desaparecido. Todavía se emplea en la atención pediátrica, especialmente en las unidades de cuidados intensivos, donde los movimientos de los niños pueden causar complicaciones graves. Asimismo, se utiliza en hospitales psiquiátricos para

proteger a los pacientes de autolesiones y violencia hacia otros. Además, se recurre a la sujeción en situaciones emergentes, cuando los pacientes pediátricos se resisten o temen procedimientos dolorosos o intimidantes, como la venopunción y los tratamientos dentales.^{2,4}

El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar mediante una revisión de literatura la aplicabilidad de la técnica de estabilización protectora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo transversal en el que se empleó una búsqueda bibliográfica en bases científicas como PubMed, Scielo, Scopus; en el que se utilizaron palabras claves, verificadas respectivamente en Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), como: *Technique, Stabilization, Protection, Pediatric Dentistry, Dentistry*. Se empleó el operador booleano AND y se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: Bibliografía relacionada al tema de interés,

que sean publicaciones de los últimos 10 años, publicaciones en español, inglés y portugués; por otra parte, se excluyeron los artículos publicados más de 10 años, que no estén dentro de las bases científicas antes mencionadas, que la información no sea relevante o esté relacionada a nuestro tema de investigación y los artículos que sean pagados. De la búsqueda empleada se obtuvo un total de 72 artículos de los cuales, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo un total de 35 artículos para este estudio.

RESULTADOS

En odontopediatría, uno de los aspectos clínicos más cruciales es la orientación del comportamiento (ODC) del paciente infantil, especialmente de aquellos que son menos colaborativos. Para llevar a cabo con éxito un tratamiento dental, es fundamental establecer una relación de confianza y respeto tanto con el paciente como con sus padres. Esto requiere que el profesional conozca al niño en su entorno familiar y entienda los criterios y circunstancias de

crianza bajo las cuales está creciendo y siendo educado.^{5,6}

El comportamiento de un paciente pediátrico durante la consulta odontológica, se puede relacionar con la ansiedad dental, pues observa instrumentos que le resultan extraños como el sonido de la turbina, la jeringa triple, carpule, etc. Este tipo de instrumentos pueden ser incluso cortopunzantes como las agujas, que generan intimidación al niño provocando cambios en su conducta. Su comportamiento será según la necesidad de protestar y/o demostrar su incomodidad frente a una situación desagradable, siendo los problemas más frecuentes durante la consulta dental; la ansiedad y la negación.^{1,4,7}

La reducción del miedo y la ansiedad odontológica en pacientes pediátricos es esencial para alcanzar una colaboración efectiva y garantizar el éxito del tratamiento, debido que estos aspectos pueden causar complicaciones durante la atención dental agravando la patología, lo

que resulta en procedimientos más extensos, dificultades en el manejo del comportamiento y una experiencia desafiante tanto para el profesional como para el paciente. Por tanto, es importante identificar tempranamente a los niños ansiosos con el fin de intervenir en su comportamiento de manera oportuna.^{3,8}

Dado que los niños atraviesan múltiples facetas de desarrollo en términos físicos, intelectuales, emocionales y sociales, los odontólogos deben contar con un amplio listado de técnicas conductuales para adaptarse a las necesidades individuales de cada niño. Es crucial mantener una actitud tolerante y flexible al aplicar estas técnicas, considerando factores como las tendencias sociales, los estilos parentales, la receptividad de los padres y los avances en la investigación conductual. La aplicación de estrategias conductuales en odontología pediátrica ha evolucionado con el tiempo, influenciada por diversos factores y nuevas investigaciones, sin embargo, su relevancia

persiste en asegurar una atención dental eficiente y confortable para los niños.^{9,10} Además, la AAPD proporciona una escala para evaluar el comportamiento infantil,

descrito en la Tabla 1, la misma que debe ser aplicada en cada paciente previo a optar por las técnicas de manejo de la conducta.

Tabla 1. Clasificación de comportamiento de Frankl

Escala de calificación de comportamiento de Frankl

<u>-- definitivamente negativo</u>	<i>El niño rechaza el tratamiento, llora enérgicamente, está triste, temeroso o muestra cualquier otra evidencia clara de negación extrema.¹⁰</i>
<u>- negativo</u>	<i>Muestra resistencia al tratamiento, no es cooperativo y tiene actitudes negativas, aunque no exageradas (huraño, retraído).¹⁰</i>
<u>+ positivo</u>	<i>Acepta el tratamiento, a veces muestra un comportamiento prudente y cauteloso, está dispuesto a complacer al dentista y, aunque puede tener reservas, sigue las indicaciones del profesional de manera cooperativa.¹⁰</i>
<u>++ definitivamente positivo</u>	<i>Tiene una buena relación con el odontólogo, muestra interés en los procedimientos y disfruta de la situación.¹⁰</i>

Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operatory? J Dent Child 1962; 29:150-63.

Posteriormente, se debe debatir con los padres, informándoles detalladamente sobre los procedimientos a seguir y comunicándoles los riesgos y beneficios asociados a cada técnica. Involucrar a los padres en esta decisión fortalece la confianza y cooperación entre el profesional, el niño y su familia, creando un ambiente de apoyo y comprensión. Además, es importante considerar factores como el historial médico del niño, su nivel de

ansiedad, y su capacidad de cooperación.^{11,12}

Estabilización protectora

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica (AAPD) define la técnica de estabilización protectora o restricción física, como la limitación de movimientos de la cabeza, el cuerpo y/o las extremidades de un paciente. Esta limitación debe ser realizada por personal profesional, mediante el uso de equipos

especializados, materiales específicos o dispositivos diseñados para tal fin. Su objetivo principal es garantizar la realización segura de un examen, diagnóstico o tratamiento durante un periodo de tiempo determinado.¹³

La estabilización protectora se recomienda para los pacientes que requieren diagnósticos o tratamientos, que, debido a limitaciones en su madurez cognitiva, así como los problemas mentales o físicos no colaboran durante la consulta odontológica. Este enfoque es especialmente utilizado para bebés hasta 3 años de edad y ciertos grupos de pacientes con necesidades especiales dado que, en la mayoría de los casos, las técnicas de comunicación verbal no resultan eficaces para disminuir el comportamiento aversivo ni para controlar los movimientos físicos de los pacientes.^{14,15}

El uso de la restricción física protectora en odontología pediátrica genera controversia entre odontólogos y padres, convirtiéndose en un tema delicado, aunque es probable

que forme parte de la práctica cotidiana. Los padres de hoy en día son cada vez menos tolerantes con las técnicas de manejo conductual que implican el uso de autoridad o moderación. La literatura existente es limitada y presenta opiniones divergentes sobre las indicaciones, los riesgos potenciales y la aceptabilidad de la estabilización protectora, sin embargo, si no se implementa adecuadamente la técnica y no se establece una comunicación efectiva con los padres, obteniendo su consentimiento previo, podrían percibirlo como una acción agresiva hacia su hijo. Por lo tanto, es importante obtener la aceptación explícita de los padres y recabar su firma en el consentimiento informado para su aplicación.^{15,16}

La carencia de investigaciones anticipadas que examinen los impactos psicológicos y cognitivos de la estabilización protectora en el entorno odontológico lleva a que se interprete como una técnica desagradable y desalentadora. Sin embargo, nunca debería ser utilizada como un método de castigo ni

causar dolor al paciente, lo adecuado es establecer una relación de confianza entre el profesional y los padres, involucrándolos en el proceso de la técnica debido que la relación entre bebé y papás causa un mayor soporte emocional, para fomentar un entorno de confianza y lograr una estabilización protectora amorosa garantizando así el éxito del tratamiento.

Cabe recalcar que los padres o el responsable del niño debe estar acondicionado psicológicamente sobre cómo debe actuar y comportarse en el momento de la ejecución de la técnica hacia su bebé.¹⁷

Existe dos tipos de estabilización física protectora: Activa y pasiva, descritas en la Tabla 2 y 3

Tabla 2. Estabilización protectora activa

Estabilización protectora activa

<u>Técnica</u>	Descripción	Protocolo
<u>Rodilla a rodilla</u>	Se aconseja exclusivamente para procedimientos en los que no se usan materiales perforantes o cortantes. Desde esta posición, además, se pueden cepillar los dientes, pulirlos, usar hilo dental o aplicar flúor. Se utiliza en niños pequeños hasta alrededor de los 2 años de edad, aunque también se puede hacer en pacientes más grandes. ^{7,11,18}	El odontólogo y el padre del niño deben quedar sentados frente a frente, el odontólogo junto al padre coloca sus rodillas en contacto y ubican un dispositivo acolchado para recostar al niño. Cuando el niño esté cómodo y listo, el padre ayudará al bebé a recostarse hasta que su cabeza descansa sobre el profesional. En esta posición el odontólogo puede empezar el examen oral. ^{7,11,18}
<u>Regazo de la madre</u>	Recomendable para exámenes clínicos o tomas radiográficas en pediátricos, aunque otra alternativa para las radiografías es la camilla pediátrica, ya que la estabilización realizada solo por la madre no es tan efectiva como la que realizaría un profesional. ^{15,19}	En esta técnica la madre, padre o persona acompañante son quienes ayudan con la restricción a la hora de inmovilizar al paciente para realizar el respectivo tratamiento dental. ^{15,19} • El cuerpo de la madre se posiciona en contacto directo con la unidad dental y el cuerpo del niño. • El paciente se recostará sobre el regazo o el pecho de la madre.

Silla de montar

Esta técnica es adecuada para cualquier tipo de intervenciones a partir de exámenes clínicos incluso preventivos, curativos y quirúrgicos. Se trabaja con la asistencia de 1 o 2 auxiliares, junto al odontopediatra, para laborar de forma colaborativa de 4 a 6 manos, esto contribuye a disminuir la carga de trabajo clínico y a mejorar los resultados obtenidos. ^{11,15,19}	Asistente: posicionará sus manos laterales a la cabeza del niño posicionando el dedo índice sobre la boca del paciente para sostener el abrebocas durante el procedimiento. ^{15,19} Odontólogo: se coloca al lado derecho del paciente y ejecuta los procedimientos necesarios para tratar las afecciones presentes en la cavidad bucal del niño. ^{15,19} La madre o el cuidador desempeña un papel clave en la estabilización y confort del niño. Su función principal estabilizar al niño en su regazo con un abrazo firme, evitando movimientos bruscos. Mantiene contacto visual y le habla para calmarlo. En algunos casos, inclina al niño hacia el odontólogo, sosteniendo su cuerpo mientras se realiza el procedimiento. ^{15,19}
--	--

La técnica de estabilización protectora se debe utilizar en pacientes poco colaboradores (escala de Frankl 1 y 2) con la finalidad de evitar que el niño se ocasionen algún tipo de daño. Además, se recomienda utilizarla en pacientes que no cooperan debido a niveles de desarrollo emocional y cognitivo, falta de madurez o condiciones médicas y físicas. Cuando la sedación o la anestesia general puede no ser una opción porque el paciente no cumple con los criterios de sedación,

consideraciones financieras y/o preferencias de los padres. Cuando el paciente presenta movimientos incontrolados que interfieran significativamente con la calidad de la atención.^{19,20}

Cabe aclarar que antes de considerar utilizar esta técnica, se deben agotar todos los recursos no aversivos y evitar utilizarla como método de disciplina, conveniencia o represalia.²⁰

La estabilización protectora puede generar malestar emocional, no obstante, es bien aceptada por los padres o representantes legales de los niños. Es importante antes de emplear esta técnica, generar un vínculo entre el odontólogo y los padres, con la finalidad de entender que es el método más

conveniente para garantizar la seguridad del niño y del profesional.²⁰

Esta técnica se utiliza en atención odontológica en niños, no obstante, hay estudios que mencionan que también se pueden utilizar en adultos con necesidades especiales, brindando eficiencia durante el procedimiento requerido.²¹

Tabla 3. Estabilización protectora pasiva

Estabilización protectora pasiva

<i>PediWrap</i>	Se recomendará cuando el papá/mamá no logre realizar una estabilización activa efectiva, y si el niño no puede ser sostenido o contenido adecuadamente. Además, se utilizará PediWrap si existe el riesgo de lesiones en las manos del bebé debido a la fuerza ejercida para estabilizarlo. Para prevenir la hipertermia, es importante que el niño sea envuelto en el pediwrap con ropa ligera y que el material del dispositivo permita una buena ventilación. Al colocar al bebé en el pediwrap, se debe usar de manera parcial, cubriendo desde los hombros hasta la cintura o cadera. ^{17,21}
<i>Abre bocas</i>	Se utilizan principalmente en pacientes de 0 a 3 años, pacientes con necesidades especiales o que presentan poca colaboración con el tratamiento. Pueden ser: de metal (Molt, K&K), descartables (tipo Open Wide, Monoblocks de silicona (Tipo McKesson) o los confeccionados con baja lenguas y gasa). ^{15,20}
<i>Macri</i>	Se desarrolló en Brasil en la Universidad Estatal de Londrina, consiste en una hamaca con dos orificios, en donde el paciente posiciona las piernas provocándole pérdida del punto de apoyo, limitando así sus movimientos. ²¹
<i>Paquete pediátrico</i>	Se emplea una sábana con la que se envuelve al niño y se restringe sus movimientos. ²¹
<i>Papoose board</i>	Consiste en ubicarlo en una plancha plana con tirantes anchos de tela que rodea al niño desde los hombros a los pies. ²¹

Es crucial emplear la estabilización protectora activa con extrema moderación

para prevenir una presión excesiva sobre las manos del bebé por parte del cuidador. Si el

profesional nota que el cuidador está aplicando demasiada fuerza debido a su expresión corporal intensa, es preferible cambiar a la estabilización pasiva. Esto también evitará cualquier conflicto entre la madre y el bebé, recordando que en ambas técnicas se debe priorizar la comodidad del paciente y proporcionarle apoyo emocional.^{22,23,24}

En este contexto, es fundamental detectar si el niño experimenta estrés durante la atención odontológica para evitar tanto la negligencia como la sobreprotección, ya que ambas pueden ser perjudiciales para su desarrollo integral. Durante un procedimiento en el que el niño llora en exceso y muestra signos de angustia sin poder mejorar su conducta, corremos el riesgo de inducir un estrés tóxico, esto se genera como una respuesta ante la exposición prolongada al trauma psicológico durante el procedimiento odontológico. Sin embargo, al realizar el trabajo con meticulosidad y compasión, podemos prevenir repercusiones negativas

en su salud mental y no afectar su bienestar psicológico. Es evidente que llevar a cabo procedimientos odontológicos no farmacológicos en niños es factible, siempre y cuando, tanto el profesional como el cuidador estén capacitados en las técnicas desde la primera consulta. Además, al realizar el procedimiento con amor y dedicación durante la estabilización, se logra que el paciente se sienta seguro e incluso pueda dormirse durante el tratamiento.^{25,26}

DISCUSIÓN

La disminución del miedo y la ansiedad durante la consulta odontológica en pacientes pediátricos es indispensable, el profesional debe valorar la conducta del niño para determinar la técnica a emplearse para una correcta estabilización, de ser el caso, garantizando así un resultado exitoso durante el tratamiento.

En 2017, la American Academy of Pediatric Dentistry afirma que, la técnica de estabilización protectora se utiliza en pacientes poco colaboradores o que presenten un bajo desarrollo emocional o cognitivo. Además, menciona que es una alternativa viable en pacientes que al momento de la consulta presenten movimientos incontrolados que pongan en riesgo la integridad del paciente o del profesional.²⁷ Por su parte, Lourdes Basso M en 2021 apoyan esta afirmación al mencionar que, la técnica de estabilización protectora se utiliza en niños menores a cuatro años de edad para evitar que el paciente cause daño a sí mismo o al

personal del consultorio, en el mismo estudio menciona que para estabilizar al paciente se puede utilizar la fuerza ya sea del padre o algún representante, o utilizar dispositivos como “papoose board”, “pediwrap”, “bed sheet”.²⁸

Castro G y colaboradores en 2015 mencionan que la decisión de utilizar la estabilización protectora en niños durante el tratamiento odontológico puede basarse de acuerdo con los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Cuando un niño no coopera con el tratamiento dental está indicada una estabilización protectora con el consentimiento por escrito de los padres y para procedimientos específicos de corta duración, como emergencias dentales.²⁹ En 2023, Zakirulla M y colaboradores apoyan este enunciado al mencionar que la estabilización protectora debe utilizarse solo después de considerar técnicas alternativas de manejo de la conducta para tratar a pacientes infantiles. Además, mencionan que, la técnica de estabilización

protectora debe utilizarse únicamente si el personal odontológico se encuentra preparado para aplicar correctamente esta técnica, ya que, de aplicarse de una manera errónea puede generar estrés y traumas psicológicos en el niño.³⁰ De igual forma, en 2024, Ramadevi R y colaboradores respaldan las afirmaciones descritas anteriormente, ya que afirman que la técnica de estabilización protectora debe utilizarse únicamente cuando las técnicas no aversivas se han vuelto ineficaces. Por ningún motivo debe utilizarse como medio de disciplina, conveniencia o represalia.³¹ Nutter D y colaboradores en 2022 mediante su publicación en la que cuestiona si la técnica de estabilización protectora aplicada en la odontología es éticamente correcta, concluye que, los niños que no tienen plena autonomía, por no ser mayores de edad o haber alcanzado la mayoría de edad, están sujetos a la heteronomía, que es el poder que se da a otros para tomar decisiones sobre su vida. Cuando un niño se niega a cooperar con el tratamiento odontológico, el

principio de beneficencia debe guiar la decisión sobre si se deben utilizar o no técnicas aversivas para manejar la conducta del niño. En este caso, los odontólogos y tutores deben tomar la decisión tratando de proteger al niño y deben evaluar también los posibles riesgos sistémicos que se le pueden presentar al paciente, además de considerar el beneficio odontológico.³² Por su parte, Chavis S y colaboradores a través de su publicación en 2021 afirman que, es necesario realizar una reflexión cuidadosa antes de implementar la técnica de estabilización protectora, los riesgos y beneficios deben evaluarse críticamente en comparación con la estabilización pasiva. La técnica de estabilización protectora solo debe usarse para citas/evaluaciones de corta duración o urgentes, deben limitar los movimientos adversos de la cabeza, el cuerpo y las extremidades durante el procedimiento para permitir la finalización del tratamiento.³³ Marty M y colaboradores en 2024 afirman que, los problemas de conducta durante la

atención odontológica están relacionados con el miedo, la ansiedad, las experiencias dentales pasadas, las características intelectuales y emocionales del niño y los factores parentales, como la relación padre-hijo y la ansiedad de los padres. Es por esto que, mencionan que antes de utilizar la técnica de estabilización protectora, es necesaria aplicar técnicas menos invasivas como decir, mostrar y hacer, con la finalidad de encontrar la cooperación del paciente sin la restricción física.³⁴ Por su parte, García L en el mismo año menciona que, los procedimientos dentales provocan miedo y ansiedad en pacientes de todas las edades en todo el mundo. Las características de los instrumentos dentales afilados y el sonido de la pieza de mano pueden resultar intimidantes. Por lo tanto, recomiendan estabilizar al paciente de forma pasiva indicando que los tratamientos dentales no presentan un riesgo a su integridad. De no poder controlar al paciente recomiendan utilizar la técnica de estabilización protectora restringiendo los movimientos

físicos del paciente mediante la fuerza humana o dispositivos mecánicos.³⁵

CONCLUSIONES

La técnica de estabilización protectora se debe utilizar en pacientes poco colaboradores, en pacientes que no cooperan debido a niveles de desarrollo emocional y cognitivo, cuando la sedación o la anestesia general puede no ser una opción porque el paciente no cumple con los criterios de sedación, consideraciones financieras y/o preferencias de los padres, cuando el paciente presenta movimientos incontrolados que interfieran significativamente con la calidad de la atención. La finalidad de esta técnica es evitar accidentes durante el procedimiento tanto del profesional como del paciente. Para una mayor aceptación se debe informar detalladamente a los padres y fomentar su participación durante el tratamiento.

Para el uso de la técnica de estabilización protectora, se recomienda a los padres llevar al niño con una ropa cómoda y adicionar una muda extra para después del

tratamiento debido a que en el procedimiento el paciente puede sudar, así, evitaríamos un futuro resfriado por parte del paciente. Además, se recomienda a los padres agendar la cita en horarios que no

interfieran con la hora de la siesta de los niños, debido a que, si se aplica la técnica antes o después de la siesta, puede el paciente presentar mayor irritación e inestabilidad durante el procedimiento.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Basso, M. L. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. Revista de La Asociación Odontológica Argentina. 2021. <https://www.scielo.org.ar/pdf/raoa/v109n2/2683-7226-raoa-109-2-124.pdf>
2. Casamassimo P. Meyer B. Townsend J. Pain, Psyche and Protective Stabilization. Journal of the California Dental Association. 2022: 50(8), 465–471. <https://doi.org/10.1080/19424396.2022.12224327>
3. Composición del Equipo Interdisciplinario COVID-19 de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. (n.d.).
4. Cuya R, Campos K. Técnicas de distracción utilizadas en Odontopediatría para la atención de niños de 5 a 10 años. Revisión de la literatura. Sociedad Peruana de Odontopediatría. 2023: 23(1), 48–57. file:///C:/Users/dell/Downloads/Tecnicas_de_distraccion_utilizadas_en_Odontopediat.pdf
5. da Silva G. Anabuki A. Viana K. Corrêa-Faria P. Moterane, M. Tedesco T. Costa P. Hosey M. Raggio D. Costa L. Sedation versus protective stabilization for dental treatment of children with caries and challenging behavior at the dentist (CHOOSE): a study protocol for a non-randomized clinical trial. BMC Oral Health. 2021: 21(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33980232/>
6. Dai L. Wu T. Hu Y. Li S. Liu W. Does the Efficacy of Behavior Management Techniques Differ Between Children From Single-Child and Multi-Child Families?: A Quasi-Experimental Study. Frontiers in Public Health. 2022:10. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8936677/>

7. Dhar, V., Randall, C. L., Marghalani, A. A., Jayaraman, J., Chen, C.-Y., Wells, M., Law, C., Gosnell, E., Majstorović, M., Townsend, J., & Wedeward, R. Nonpharmacological Behavior Guidance for Children During Preventive Dental Visits: A Systematic Review-Part 1. In *Pediatr Dent*. 2023: 45(3).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37381126/>
8. Guinot, F., Virolés, M., Lluch, C., Costa, A. L., & Veloso, A. Spanish and portuguese parental acceptance of behavior management techniques in pediatric dentistry. In *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*.2021: 45(4); 247-252.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34534303/>
9. Ilha, M. C., Feldens, C. A., Razera, J., Vivian, A. G., de Rosa Barros Coelho, E. M., & Kramer, P. F. Protective stabilization in pediatric dentistry: A qualitative study on the perceptions of mothers, psychologists, and pediatric dentists. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2021: 31(5), 647–656.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33220112/>
10. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. 2024:358-78. Available from: https://www.aapd.org/research_resources/reference-manual/Lin, B. P., & Lin, M. I. Clinical Behavior Guidance for Children in Dentistry. *Journal of the California Dental Association*. 2020: 48(5–6), 271–276.
<https://utsouthwestern.elsevierpure.com/en/publications/clinical-behavior-guidance-for-children-in-dentistry>
11. Loaiza Merino, M. B., & Alvear Córdova, M. C. Evaluación y selección preoperatoria de niños bajo sedación en odontopediatría. Artículo de revisión. *Odontología*.2023: 25(1), 74–84.
<https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/4197>

12. Malik P. Ferraz dos Santos, B., Girard, F., Hovey, R., & Bedos, C. Physical Constraint in Pediatric Dentistry: The Lived Experience of Parents. *JDR Clinical and Translational Research*. 2022: 7(4), 371–378. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34628965/>
13. Martins, B. M. de M., Marques, L. M. da S., & Massignan, C. Percepção dos alunos de graduação em Odontologia da Universidade de Brasília acerca da escolha de técnicas de manejo comportamental em Odontopediatria. *Revista Da ABENO*. 2023: 23(1), 2059. <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/2059>
14. Marty, M., Marquet, A., & Valéra, M. C. Perception of Protective Stabilization by Pediatric Dentists: A Qualitative Study. *JDR Clinical and Translational Research*. 2021: 6(4), 402–408. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33023364/>
15. Mcbeain, M., Malone, S., & Jones, R. S. CROSS-SECTIONAL STUDY Weighted Blanket Use as an Alternative to Protective Stabilization During Moderate Sedation. *Pediatric Dentistry*. 2022:44(5), 340–344. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36309778/>
16. Nutter, D. P. How Do We Protect a Child's Psychological Health During Procedures That Use Protective Stabilization? *Journal of the California Dental Association*. 2022: 50(8), 453–463. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19424396.2022.12224326>
17. Ritwik, P., Scruggs, R., Allen, J., & LaCombe, A. (2021). Peer-led immersive learning experience in protective stabilization for third-year dental students. *Journal of Dental Education*, 85(S1), 1120–1122. <https://doi.org/10.1002/jdd.12417>

18. Rueda G, Velarde M. Pediatric dentistry management of patients with down syndrome: case report. Revista Oactiva UC Cuenca.2018 3(1), 21–28.
<https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/152/183>
19. Santiago C, Valenzuela M, Jerez E. Técnicas alternativas para el manejo del paciente en odontopediatría. 2023
<https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/293>
20. Segarra O, Ribelles L, Borrell G, Marqués L, Leyda A.. Relaciones entre los estilos de crianza actuales, el empleo de las técnicas de orientación del comportamiento y su enseñanza en Odontopediatría. Revisión bibliográfica. Revista de Odontopediatría Latinoamericana.2022: 12(1).
<https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/301>
21. Lorbert K. Parent Demographics and the Acceptance of the Protective Stabilization Board. 2024
https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Protective.pdf
22. Swarna K, Suganya M, Sanguida A, Selvabalaji A.. Recent Advances in Non-Pharmacological Behaviour Management Techniques in Children-An Overview. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences.2019: 18, 18–21.
<https://www.iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol18-issue5/Series-10/C1805101821.pdf>
23. Villar, B., Rodríguez, V., & Moreta, T. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. In Cient. Dent.2020: 17(1).
https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol17num1/conducta_odontopediatrico.pdf
24. Yulany Suleiman SY, Caleza Jiménez C, Ribas Pérez D, & Mendoza Mendoza A. Efectividad de las técnicas para el abordaje clínico odontológico del niño con

- trastorno del espectro autista: revisión sistemática. Revista de Odontología
Pediátrica.2021 29(1), 44–60. [file:///C:/Users/dell/Downloads/5_RV371-
Odontologia-Pediatrica-V29N1-V3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/dell/Downloads/5_RV371-Odontologia-Pediatrica-V29N1-V3%20(1).pdf)
25. American Academy of Pediatric Dentistry. Use of protective stabilization for
pediatric dental patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago,
Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:379-85.
[https://www.aapd.org/shopaap?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIitWVzIH3i
wMVj7FaBR2e1QCxEAAAYASAAEgKvxfD_BwE](https://www.aapd.org/shopaap?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMIitWVzIH3iwMVj7FaBR2e1QCxEAAAYASAAEgKvxfD_BwE)
 26. American Academy of Pediatric Dentistry. Protective Stabilization for Pediatric
Dental Patients. 2017; 40(6); 18-19
https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Protective.pdf
 27. Basso Martha Lourdes. Sobre técnicas y estrategias para el manejo y guía de la
conducta en odontología pediátrica. Análisis de la literatura. Rev. Asoc. Odontol.
Argent. 2021;109(2): 124-136.
[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2683-
72262021000200124&lng=es.](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2683-72262021000200124&lng=es)
 28. Castro G, Mundim A, Machado M, Castro C, Rezende L. Does Protective
Stabilization of Children During Dental Treatment Break Ethical Boundaries? A
Narrative Literature Review. 2015; 14(4); 188-193
[https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/does-protective-stabilization-
of-children-during-dental-treatment-break-ethical-boundaries-a-narrative-
literature-review-2247-2452-1000806.pdf](https://www.walshmedicalmedia.com/open-access/does-protective-stabilization-of-children-during-dental-treatment-break-ethical-boundaries-a-narrative-literature-review-2247-2452-1000806.pdf)
 29. Zakirulla M, Altimni O, Alamri M, Albwahi N, Al Zaidi A, Alazmi M, et al.
Measuring Dentist's Awareness and Knowledge about the Use of Protective
Stabilization during Children's Dental Treatment. Pharmacophore. 2023;14(5):70-

5. <https://pharmacophorejournal.com/article/measuring-dentists-quos-awareness-and-knowledge-about-the-use-of-protective-stabilization-during-c-yguapxma0ev20ml>
30. Ramadevi R, Kandaswamy S, Hemamalini R, Raj S, Aravinth V, Vijila K, et al. To restrain or refrain: Determination of parental attitude towards the child's experience with protective stabilization. J Pharm Bioall Sci 2024;16:1512-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38882829/>
31. Nutter D. How Do We Protect a Child's Psychological Health During Procedures That Use Protective Stabilization?, Journal of the California Dental Association. 2022; 50:8, 453-463 <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19424396.2022.12224326>
32. Chavis S, Wu E, Munz S. Considerations for Protective Stabilization in Community General Dental Practice for Adult Patients With Special Healthcare Needs: A Scoping Review. Compend Contin Educ Dent. 2021; 42(3): 134–138. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34010574/>
33. Marty M, Carbillet M, Valéra M. Students' perception of protective stabilization of pediatric dental patients: a qualitative study. J Clin Pediatr Dent. 2024;48(1); 19-25 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38239152/>
34. Garcia L. Protective stabilization technique: effectiveness for dental procedures in children and adults with special healthcare needs. 2024; 42(3):134-138. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8281605/>