

Síndrome de Munchausen por Poderes

Donna Andrea Rosenberg

Departamento de Pediatría, Centro Médico de la Universidad de Colorado, Denver, Colorado

El Síndrome de Munchausen por Poderes (SMPP) es una forma extraña de abuso que implica la fabricación reiterada de enfermedades en un niño por parte de un adulto. Meadow, pediatra inglés, la describió por primera vez en el año 1977 (38). El nombre deriva del Síndrome Munchausen, un trastorno en el que un adulto se provoca enfermedades a sí mismo. Durante las décadas posteriores a su descripción inicial, y comparada con otras formas del abuso infantil, se ha probado que el SMPP es una forma de maltrato infantil cargada de elementos bastante diferentes, como el diagnóstico y los problemas legales. El perpetrador del SMPP, con frecuencia la madre del niño, generalmente evade una detección inicial, ya que describe síntomas y signos que podrían ser posibles, y porque se la observa atenta y preocupada. La historia relatada por el perpetrador suena coherente al médico, al que le indica acerca de una enfermedad grave. A pesar de que los médicos están instruidos para evaluar en forma crítica la veracidad de una historia; los pediatras no esperan que dicha historia sea una mentira elaborada. Cuando se ha considerado el diagnóstico, la inclusión o exclusión definitiva puede resultar técnicamente problemática. En consecuencia, asegurar la protección de los tribunales civiles para la víctima y sus hermanos puede ser también difícil, y difiere según la ubicación. La evaluación de la familia, cuya información tiene como objetivo moldear la terapia y que sólo es útil cuando el perpetrador es alguien próximo, se ve obstaculizada por la resistencia de la madre a participar, al negar indignada el posible engaño, sin importar la fuerza vinculante de la evidencia (21). El conocimiento del SMPP también varía en forma significativa entre los psiquiatras (41), y la madre puede ser muy persuasiva, aún con aquellas personas con amplia experiencia (57). Son extremadamente inusuales los procedimientos de los tribunales penales contra el perpetrador, aún en casos de homicidio por SMPP. Los profesionales médicos continúan luchando contra esta forma de abuso infantil.

DEFINICIÓN

En el SMPP, la enfermedad de un niño se simula en forma persistente y secreta (se miente o se engaña acerca de ella), o es producida por alguno de los padres o persona muy próxima. El niño es llevado en forma reiterada para recibir ayuda y cuidado médico. El resultado de lo anterior es una cantidad de procedimientos médicos, tanto de diagnóstico como terapéuticos. La definición excluye al abuso físico en forma individual, y los problemas no orgánicos del desarrollo que sólo son el resultado de privaciones emocionales y alimenticias.

Cuando se utiliza el término “simulada”, nos referimos a que la madre miente acerca de los síntomas del niño. Por ejemplo, la madre informó en varias ocasiones acerca de episodios de rigidez, temblores o un nivel de pérdidas del conocimiento en su hijo, cuando en realidad nunca ocurrieron. También puede relatar al pediatra que su hijo tiene hematuria, y presentar para el análisis de sangre una muestra que ella misma contaminó con su propia sangre menstrual. Cuando se utiliza el término “producida” nos referimos a que la madre en forma secreta interfiere en el organismo del niño con el objetivo de producir síntomas o signos, por ejemplo, a través de una sofocación subrepticia, o de la administración de medicamentos o sustancias no recetadas e innecesarias, cuya cantidad no está determinada.

DATOS DEMOGRAFICOS

Se han registrado cientos de casos de SMPP en todo el mundo, aunque lo usual es que la mayoría de los casos no queden registrados en la literatura. La mayor parte de la literatura relativa a esta forma de maltrato se publica en idioma inglés y se origina en el Reino Unido o en los Estados Unidos de América. También se ha informado de casos de SMPP en Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Europa Central, Occidental y Oriental; Medio Oriente, América del Sur, el sub-continente Indio; América Central, Africa, Ceilán, , Japón, Singapur. Es evidente que el SMPP no es un trastorno específico de una cultura, y tampoco se restringe a un sistema médico público o privado. También se descubrió que el SMPP no

es tan inusual como se pensaba en un primer momento (52). Una investigación realizada en el Reino Unido calculó la incidencia anual combinada del SMPP, el envenenamiento intencional y la sofocación intencional en al menos 2,8/100000 en niños menores al año de edad (29).

Actualmente, las estadísticas correspondientes al SMPP dependen de una colección de datos de origen único o en forma de meta análisis. Meta análisis es la puesta en común de datos en forma cuantitativa; datos que han sido obtenidos a través de búsqueda bibliográfica, con el objetivo de sintetizar resultados. Como ocurre con todos los métodos estadísticos, el meta análisis tiene limitaciones, y ninguna estadística basada en investigaciones de población modelo se puede aplicar en su totalidad a un paciente individual.

En una mayoría abrumadora de casos, el perpetrador del SMPP es la madre, aunque también se encontraron implicados ocasionalmente los padres (27,33), otros familiares (2), niñeras (45) y enfermeras (12).

Niños y niñas son víctimas por igual, y no se ha identificado ninguna tendencia relacionada con el orden de nacimiento (48). Sin embargo, curiosamente, a pesar de que varios hijos pueden ser víctima en forma secuencial, es inusual que más de un niño sea víctima en un período determinado (1), excepto durante períodos breves de transición. En forma típica, si sobrevive la víctima original, sus problemas médicos desaparecen cuando llega otro niño y desarrolla enfermedades inusuales e inexplicables.

La mayoría de las víctimas del SMPP son lactantes y niños que empiezan a caminar (29,48). Se presume que estos niños resultan más afectados porque aún no se pueden expresar oralmente y porque son físicamente más indefensos. Por esa razón se los puede manipular y atacar con más facilidad. Aunque estos niños comienzan a ser víctimas durante la lactancia y la edad en que comienzan a caminar, el diagnóstico correcto se demora más. En un artículo, el tiempo promedio desde el inicio de los síntomas y los signos hasta el diagnóstico fue de 15 meses, pero pudo haber alcanzado los 20 años (48) o no haber llegado nunca (31). Los niños mayores víctimas del SMPP, cuyo abuso comienza generalmente varios años antes, pueden adaptar los síntomas y signos ficticios como

propios (16,23). Existe evidencia que sugiere que estos niños pueden desarrollar luego el Síndrome de Munchausen (13) u otro tipo de trastorno de la personalidad (44,49). Un informe revela que la madre de una víctima en edad escolar desistió de un abuso prolongado, doloroso y deformante luego de que su hijo amenazara con denunciarla (10). En un grupo de datos, un 25% de SMPP correspondió sólo a casos de simulación, un 25% a casos de producción y un 50% a simulación y producción de enfermedades. En un 95% de los casos, el perpetrador continúa atacando a la víctima en el hospital (48), a menudo en las formas más atroces (55).

La mortalidad a corto plazo de los niños, por definición, es del 100%, en la mayoría de los casos como consecuencia del diagnóstico y los procedimientos terapéuticos indicados por el médico. Es más difícil obtener estadísticas de la mortalidad a largo plazo, definida como dolor y / o enfermedad causante de una deformación permanente o un deterioro. Al menos 8% de las víctimas sobrevivientes del SMPP tienen algún tipo de mortalidad a largo plazo como resultado de las complicaciones del ataque o, en forma excepcional, de las complicaciones de los procedimientos médicos (35,48). Sin embargo, esta cifra posiblemente no representa a la real, y no incluye la mortalidad psicológica a largo plazo, que puede ser considerable (30, 48).

A pesar de que es actualmente imposible, por razones metodológicas, evaluar el índice de mortalidad del SMPP, es importante señalar que algunos niños mueren como consecuencia de un ataque final fatal. Quizá el perpetrador se excedió, y su intención era enfermar al niño pero no matarlo. Quizá sea un acto final de hostilidad desenfrenada hacia el niño. Cualquiera sea la intención, los niños expuestos al síndrome corren riesgo de muerte. En una serie de datos, el 33% de los niños murieron (35). En otra murió el 9% (48). Todos eran lactantes y niños que comenzaban a caminar, y las causas de muerte señalaron sofocación y envenenamiento. Se describieron otras causas de muerte (48), y hasta son posibles otras no descritas. Más aún, el número de muertes de hermanos de víctimas es alarmante, a menudo bajo el diagnóstico equivocado de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Existen razones para creer que fallecen a causa de un homicidio (4,9,35,36). Están apareciendo en todo el país grupos de investigación de la fatalidad entre los niños. Al

acceder a registros y experiencia multidisciplinaria, están descubriendo casos de SMPP que habían sido erróneamente clasificados como muerte accidental, natural o no determinada. También se han registrado algunos casos de víctimas adultas del SMPP (5,53,54). La forma de ataque puede ser la inyección reiterada de gasolina, trementina o insulina debajo de la piel.

DESCUBRIMIENTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO

Los signos y los síntomas, así como los descubrimientos de laboratorio, cubren un enorme espectro en el SMPP, pero la presentación más común es el apnea. También son frecuentes los ataques, las hemorragias, la depresión del sistema nervioso central, la diarrea, los vómitos, la fiebre (con sepsis u otras infecciones localizadas o sin ellas), y el sarpullido (48). Sin embargo, no existe una lista completa, ya que continuamente ampliamos nuestros conocimientos acerca de las formas de presentación del síndrome. El gráfico 14.1 enumera algunas de las formas de presentación del SMPP.

Las funduplicaturas de Nissen se realizan innecesariamente y con una frecuencia extenuante en las víctimas del SMPP, así como las intervenciones para instalar un catéter venoso central. Ambos procedimientos abren la posibilidad a un acceso por línea directa al niño y, por consiguiente, a la posibilidad de un ataque intraluminal por medio de heces, saliva, agua contaminada, drogas, sal y muchas otras sustancias (19). Algunos niños víctimas del SMPP presentan un retraso en el desarrollo como resultado del daño causado por la enfermedad provocada, la hospitalización crónica o la falta de estimulación. La malnutrición puede derivar de la negación encubierta de los alimentos, de la administración de drogas eméticas o laxantes, o por otras causas. El SMPP también puede presentarse en el contexto de una enfermedad crónica de buena fe, cuando la persona a cargo del cuidado del niño suspende el tratamiento en forma solapada e intencional con el objetivo de agravar la enfermedad del niño en forma significativa (28,34).

La acción final del perpetrador del SMPP puede ser el homicidio del niño. Probablemente la causa de muerte más frecuente en el SMPP homicida sea la sofocación, pero existen otras causas, entre las cuales se puede mencionar el envenenamiento con varias drogas, la sepsis

fúngica o bacteriana provocada, la hipoglucemia, y el envenenamiento con sal o potasio. Con frecuencia, se califican en forma incorrecta las causas y forma de muerte de la sofocación u otro tipo de homicidio. A menudo no se descubre o se ignora una historia clínica significativa, se demora o se realiza en forma incorrecta la investigación de la escena, o la autopsia no incluye todas las disecciones o exámenes necesarios.

Una historia clínica significativa puede enumerar uno o más puntos del gráfico 14.2. Si algunos de esos factores aparecen en la historia clínica, debe posarse entonces la sospecha del SMPP en el diagnóstico diferencial, así como posibles causas de muerte genéticas, metabólicas, toxicológicas o ambientales. Los anteriores factores no constituyen criterios de diagnóstico para el SMPP. Son marcadores históricos que deben estimular una investigación mayor, y una autopsia exhaustiva en particular.

GRAFICO 14.1. Algunas formas de presentación clínica del Síndrome de Munchausen por Poderes

	<u>Síntomas, signos o hallazgos de laboratorio</u>
Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta, boca	Hemorragia desde oídos, nariz, garganta Epistaxis Otitis externa Deterioro auditivo Excoriación nasal Nistagmo Otorrea Pérdida de dientes
Respiratorio	Apnea Asma Hemorragia desde el conducto respiratorio superior Cianosis (y otros cambios de color, entre ellos la palidez) Fibrosis quística Hemoptisis Detención de la respiración Apnea del sueño
Cardiovascular	Bradicardia Miocardiopatía Detención cardiopulmonar

Hipertensión
Anormalidades del ritmo (entre ellas bradicardia, taquicardia, taquicardia ventricular, y otras)
Shock

Gastrointestinal

Dolor abdominal
Anorexia
Hemorragia desde el tubo nasogástrico /
Ileostomía
Enfermedad de Crohn
Diarrea
Quemadura del esófago
Perforación del esófago
Vómito feculento
Problemas de alimentación
Ulceración gastrointestinal
Hematémesis
Hematoquecia o melena
Colitis hemorrágica
Pseudo-obstrucción intestinal
Síndrome de malabsorción
Polifagia
Pseudomelanosis coli
Intususcepción retrógrada
Vómitos (cíclicos o de otro tipo)

Genitourinario

Bacteriuria
Hematuria
Menorragia
Nocturia
Polidipsia
Poliuria y deterioro de la capacidad de concentrar orina
Piuria
Insuficiencia renal
Urinación desde el micropene umbilical
Cálculos en la uretra
Presencia de arenilla en la orina

Neurológico, musculoesquelético, del desarrollo y psiquiátrico

Artralgia
Artritis
Ataxia
Cambios en el comportamiento y en la perso-

	<p>nalidad (entre ellos ansiedad, reacciones de pánico, ira, desorientación, y otras)</p> <p>Retraso en el desarrollo (incapacidad de alcanzar niveles significativos)</p> <p>Cefalea</p> <p>Hiperactividad</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Letargo</p> <p>Rigidez matinal</p> <p>Síntomas sicóticos</p> <p>Alteraciones del sueño: sueño prolongado/otras</p> <p>Ataques</p> <p>Abuso sexual</p> <p>Síncope</p> <p>Inconciencia</p> <p>Debilidad</p>
Piel	<p>Abscesos</p> <p>Quemaduras</p> <p>Eccemas</p> <p>Excoriación</p> <p>Sarpullidos</p>
Infecciones, Inmunología, Alergias	<p>Alergias (a los alimentos y otras)</p> <p>Bacteremia (uni y / o polimicrobial)</p> <p>Fiebre</p> <p>Inmunodeficiencia</p> <p>Osteomielitis</p> <p>Artritis Séptica</p> <p>Infección del tracto urinario</p>
Anormalidades del crecimiento	<p>Incapacidad de aumentar de peso o pérdida de peso</p>
Hematología	<p>Anemia</p> <p>Diátesis hemorrágica</p> <p>Hemorragia desde lugares específicos (ver sistema)</p> <p>Aparición frecuente de contusiones</p> <p>Leucopenia</p>
Metabólico, endócrino, líquidos y electrolito	<p>Acidosis</p> <p>Alcalosis</p> <p>Caos bioquímico</p>

Aumento de la quinasa ATP y de la aldolasa
Deshidratación
Diabetes
Glicosuria
Hiperglucemia
Hipercaliemia
Hipernatremia
Hipocloremia
Hipoglucemia
Hipocaliemia
Hiponatremia

Otras

Abuso (sexual, físico y otros)
Diaforesis
Ingestión de cuerpos extraños
Hipotermia
Edema periférico
Envenenamiento
Nacimiento prematuro

Se incluyen aquellos puntos que la madre informó haber observado o realmente observados por el personal médico

Cuadro 14.2. Análisis de la historia clínica de un niño fallecido: circunstancias sugestivas del Síndrome de Munchausen por Poderes

Una historia de visitas reiteradas al médico por enfermedades no predecibles, inusuales y de las que no hay respuesta, en especial apneas y ataques, y que nunca han sido confirmadas por testigos que las hubieran observado en su etapa inicial además de la madre; así como la evaluación completa del niño que no revela una anomalía orgánica que pudiera explicar la enfermedad que se le atribuye; o una evaluación parcial del niño que excluya causas principales de la enfermedad atribuida, o cualquier evaluación médica que haya determinado el diagnóstico del niño, pero cuya veracidad, en el momento del análisis, es fuertemente cuestionada; o...// un hermano del niño fallecido, en especial si padece de una enfermedad crónica, problema médico no del todo definido; o...// la muerte de un hermano de un niño fallecido, o la muerte de un niño sin lazos familiares pero que falleció en el mismo hogar que otro niño fallecido; en especial si se descubre cualquiera de los puntos a continuación: (a) si la muerte de otro niño fue clasificada como SMSL; (b) si la muerte fue posterior a una enfermedad mal definida y crónica; (c) si la causa de la muerte es una enfermedad que sorprendentemente no es fatal durante la infancia, (d) si se alegó que la causa de la muerte fue el resultado de un envenenamiento / intoxicación; (e) si la causa de la muerte fue resultado de un accidente inusual; (f) si la muerte fue la consecuencia de una enfermedad presunta no confirmada en la autopsia o

excluida de la misma, o (g) si la explicación de la muerte fue inadecuada, o...// si la madre padece de problemas médicos mal definidos o crónicos.

SMSL, Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

La utilidad de la autopsia es actuar como herramienta de la investigación para determinar las causas y modos de la muerte, y se ve ampliada cuando es realizada en forma detallada. Se debe buscar específicamente evidencia de envenenamiento en todos los estudios toxicológicos de fuentes como el humor vítreo, la sangre, la orina, los contenidos gástricos, los tejidos. Un “estudio toxicológico de rutina” puede ser inadecuado y en cualquiera de los casos incluye estudios diferentes que dependen del laboratorio. Deben realizarse solicitudes específicas necesarias para que se realicen análisis determinados. Es útil la consulta con el director del laboratorio. Si la cromatografía de capa delgada resulta positiva, la naturaleza de la sustancia debe delinearse más específicamente con cromatografía de gas / espectrofotometría de masa. Se debe solicitar al laboratorio que conserve las muestras en un lugar seguro, ya que pueden necesitarse posteriormente para estudios repetidos u otros estudios que no se consideraron originalmente. Si el sodio en suero y el sodio en orina son elevados y el niño no está deshidratado, debe sospecharse un envenenamiento con sal. Es de utilidad el sodio en sangre pre-mortem y el sodio en humor vítreo post-mortem. Es un estudio confiable el de la relación entre urea y nitrógeno en humor vítreo post-mortem, y puede servir como reflejo del estado de hidratación. Se interpreta en el contexto de otros estudios de funciones renales, del mismo modo que la relación entre urea y nitrógeno en la sangre. Como en todos los casos en que se sospecha que un niño ha sido maltratado, debe realizarse un estudio del esqueleto para verificar la existencia de fracturas. Son fundamentales los estudios microbiológicos para determinar si el niño fue víctima de un ataque a través de microbios. Cuando las muestras de sangre post-mortem resultan positivas, debe discernirse entre aquellas que reflejan una infección en el niño y aquellas que son el resultado de una contaminación post-mortem de la sangre por los organismos del intestino. La condición y el contenido de cualquier línea de acceso al niño (catéter venoso central, gastrostomía, tubo endotraqueal, bypass, marcapasos, etc) deben examinarse con cuidado y es prudente conservarlos. Como en cualquier situación

clínica, debe prestarse una cuidadosa atención a la cadena de evidencia de las muestras de laboratorio y aparatos biomédicos.

El homicidio por sofocación (32) merece mayores comentarios porque aún se confunde con frecuencia su diagnóstico con el de SMSL. Se enfatiza en el presente análisis en que si existe cualquier historia significativa anterior al fallecimiento, entonces el SMSL, por definición, debe excluirse. La definición actual del SMSL es “la muerte inesperada de un lactante menor al año de edad, que no puede ser explicada a través de un análisis completo de la historia clínica, la investigación de la escena de la muerte, y la autopsia”. Esto significa realmente que luego de una evaluación detallada, a pesar de haberse excluido definitivamente ciertas causas y modos de muerte, las anteriores son aún indeterminadas.

A pesar de lo anterior, y por razones en las que la prioridad son las buenas intenciones y el politiquero por sobre la solidez científica, todavía se acepta la utilización del término SMSL como causa de muerte en los certificados de fallecimiento. Las muertes por SMSL son consideradas muertes por causas naturales. Pero debe prestarse atención cuando la muerte súbita ocurre en un niño que sufrió una apnea antes de la muerte, en especial aquella que se inicia sólo en presencia de la madre, y cuando la madre llamó a alguna persona para observar al niño y éste estaba hipóxico (por ejemplo, cianótico, gris, jadeando, y extenuado) (46). Los hallazgos físicos de sofocación que se encuentran con frecuencia en los adultos víctimas (petequia de cabeza y cuello y / o golpes, marcas de defensa, etc) casi siempre están ausentes en los niños pequeños (15). La hemosiderina intra-alveolar puede señalar una asfixia pasada (39).

PERPETRADORES

¿Cuáles son las características del perpetrador del SMPP? y ¿por qué lo hace?. En primer lugar, es importante mencionar que no existe evaluación psicológica que incluya o excluya un posible SMPP. En segundo lugar, no existe un perfil clásico del perpetrador, lo que significa que el hecho de poseer determinadas características no define en forma directa a un sospechoso, y la falta de determinadas características tampoco lo excluye completamente.

El perpetrador del SMPP es a menudo la madre. Algunas de ellas con cierto entrenamiento médico, paramédico o de enfermería, quizás incompleto. Puede ser casada, soltera o divorciada, pero en caso de estar casada, la relación con su marido es con frecuencia superficial, a pesar de tener una apariencia satisfactoria. A pesar de que su personalidad parece amable con el personal médico y las enfermeras, una experiencia mayor indica que en realidad puede ser hostil, difícil y demandante. Algunas, en su rol de campeonas de sus hijos enfermos, han gozado de una gran admiración en su comunidad, y en lograr contactos útiles, poderosos y lucrativos. También han obtenido beneficios a causa de la enfermedad de su hijo, como por ejemplo viajes.

Suele ser común entre las características de la madre una historia de Síndrome Munchausen así como problemas del sistema reproductivo (como abortos espontáneos durante accidentes automotrices), los cuales no fueron corroborados en los informes médicos. Tampoco puede hallarse una historia psiquiátrica documentada, o quizás no esté disponible (es muy difícil verificar la existencia de un informe psiquiátrico, y más aún su contenido). El 41% de los pacientes adultos con Síndrome de Munchausen desarrollan síntomas a los 18 años y tienen una historia personal de abuso y negligencia asociada con una enfermedad (44).

El diagnóstico de la madre ha sido variable, desde normal, depresiva, hasta trastorno no determinado de la personalidad, trastorno histérico de personalidad, trastorno narcisista de la personalidad o trastorno no específico de la personalidad (8). No debe pensarse que la madre padece algún tipo de enfermedad que le impide discernir entre lo bueno y lo malo, y que realiza actos en forma compulsiva e inconsciente, o que es presa consciente o inconsciente de un impulso irrefrenable. Sólo en muy raras ocasiones la madre tiene un diagnóstico de psicosis (48). Algunos informes de estas madres describen una historia de maltrato significativo durante su infancia (26), entre ellos abuso sexual y físico (30), con el legado generacional de abuso “de medicamentos”, debido a la exposición de la madre al campo médico, ya sea como paciente o como familiar de una persona enferma. La madre puede tener tendencia suicida cuando su duplicidad es descubierta o cuando comprende que existe una sospecha entre los médicos. Debe ofrecerse una ayuda psiquiátrica. No está claro

porqué el SMPP es una forma de abuso infantil perpetrado sorprendentemente por las mujeres, aunque se han delineado modelos femeninos de comportamiento y expresiones de hostilidad. Presenta un gran contraste con otras formas de abuso infantil y negligencia (excepto el abuso sexual), en los que perpetradores de sexo femenino y masculino figuran en números iguales.

No existe evidencia que sugiera que el perpetrador del SMPP sea inconsciente de sus actos. Por el contrario, la planificación y la organización implican hasta la más mínima atención y secreto. El hecho de que los ataques ocurren sin presencia de testigos, y la trama de mentiras fabricada al médico sugieren un accionar consciente. La perpetración del SMPP es voluntaria y además violenta. El hecho de que la violencia está encuadrada en la duplicidad oculta, pero no disminuye, su violencia.

La mayoría de las madres no poseen una historia criminal, sólo alguna en forma excepcional. Pueden irrumpir en su propio hogar con el objetivo de montar un robo, originar un incendio, y a veces recibir el pago del seguro. Pueden ser peligrosas con otras personas, y matar a un familiar o niño a su cargo, por ejemplo, cuando se ha probado su culpa o cuando son sospechosas.

Además, los perpetradores pueden ser peligrosos para el personal médico. Han realizado acciones criminales como merodear, irrumpir en la propiedad, robar, actuar en forma fraudulenta, destruir la propiedad y amenazar de muerte. También es común que presenten alegatos falsos de mala praxis al colegio profesional de médicos, así como demandar al médico o al hospital sobre la base de los siguientes pretextos: difamación, informe malicioso, mala praxis, detención ilícita del niño, homicidio culposo.

ESTRATEGIAS DE DIAGNOSTICO

Cuando no se diagnostica el SMPP un niño esencialmente sano y sus hermanos pueden ser asesinados o dañados en forma irreversible. Por el contrario, al no lograr excluir el SMPP se corre el riesgo de que un tratamiento necesario sea negado a un niño, de que no se ofrezca información de pronosis a la familia o consejos acerca de temas genéticos. El mayor impedimento al diagnóstico del SMPP es la incapacidad de incluirlo en un

diagnóstico diferencial. Cuando el diagnóstico es aceptado y la estrategia de diagnóstico diseñada, entonces, el diagnóstico a menudo es incluido o excluido con rapidez.

Una vez que se ha considerado la posibilidad de SMPP, las dificultades de proseguir con el diagnóstico giran alrededor del dilema de no exponer al niño a un riesgo potencialmente mayor y a su vez en la necesidad razonable de una prueba definitiva. Este juicio clínico es más contundente si se pide la ayuda del asistente del director del servicio médico, el jefe de enfermeros, el enfermero de cuidados primarios, el equipo de protección infantil del hospital, y si fuera necesario, el abogado del hospital. En este momento debe notificarse al servicio social y a su abogado representante de un posible caso de abuso infantil. La estrategia de diagnóstico (o a menudo estrategias) debe maximizar la capacidad de diagnóstico y al mismo tiempo minimizar el riesgo del niño, y debe tener en cuenta el acceso al niño y el estado del mismo.

Cuando se sospecha de SMPP, la confirmación o la eliminación del diagnóstico debe realizarse siguiendo una o varias de las siguientes estrategias: búsqueda de evidencia de la fabricación de enfermedades, búsqueda de evidencia que explique lo que no es SMPP, la separación del niño del perpetrador sospechoso y el análisis de los registros.

La primera estrategia de diagnóstico, es decir la búsqueda de evidencia de la fabricación de enfermedades, incluye análisis toxicológicos si se sospecha de un envenenamiento, del tipo o subtipo de grupo sanguíneo si se sospecha una contaminación con sangre exógena, o la utilización de video grabaciones ocultas si se sospecha de sofocación. La literatura médica contiene algunos relatos fascinantes en los que se capturó la evidencia de un accionar: por ejemplo, se descubrió el envenenamiento con ipeca al encontrar las botellas en la sala del hospital donde el niño estaba internado, o al resultar la muestra de sangre positiva en el alcaloide de ipeca (51); y a través de estudios toxicológicos realizados a un niño con vida (20). La hemorragia ficticia es desenmascarada por medio de un análisis de grupo de sangre menor de los eritrocitos en orina (42), y al inyectar eritrocitos radiomarcados para comparados con los “lugares hemorrágicos” del niño (25); la diabetes mellitus ficticia es confirmada utilizando ácido ascórbico como marcador para la propia orina del niño (40);

también se realizaron grabaciones encubiertas de la madre cuando intentaba sofocar al niño que ella misma afirmaba padecía de apneas intratables (47, 55, 56).

En gran parte, se debe elegir o hasta diseñar el análisis que depende de la fabricación que se sospecha. La búsqueda de evidencia de fabricación de enfermedad debe ser planeada y realizada cuidadosamente. Se requiere de una cadena adecuada de evidencia que depende de la situación, así como la conservación de las muestras de laboratorio, el continuo monitoreo y grabado de videos con vistas a una rápida intervención si se observa el ataque, así como una coordinación precisa con los servicios judiciales y sociales. La ventaja de esta estrategia de diagnóstico es que si se encuentra evidencia positiva y confiable, es más probable que ésta sea aceptada como definitiva, tanto médica como legalmente. La desventaja es que el niño queda expuesto a por lo menos un ataque más. Si la evaluación resulta negativa, entonces no es posible distinguir entre ausencia de ataque, incapacidad de detectarlo o evaluación negativa falsa.

Las video grabaciones encubiertas constituyen otro tipo de estrategia de diagnóstico cuyo objetivo es buscar evidencias de fabricación de enfermedades. Es una estrategia muy útil pero controvertida. Por ejemplo, una cámara de video con su lente (que se parece a una boquilla de regadera o a una alarma de incendio) puede comprarse y conectarse a una unidad de monitoreo y grabado en una habitación cercana. Cuando se escribió el presente artículo, el costo de dicha operación era de 10000 U\$, que en esa situación constituye una inversión bastante menor. Los hospitales de cuidados terciarios deberían considerar seriamente los beneficios de diagnóstico de ese sistema, en especial cuando se realizan remodelaciones. Obviamente, el sistema debe estar instalado antes de la internación del niño. Si la habitación del hospital posee baño privado, es prudente cerrarlo para evitar un ataque al niño fuera del alcance del video.

Las video grabaciones pueden acumular datos clínicos de utilidad (11, 17, 47, 55, 56, 58).

Un investigador que había grabado a madres asfixiando a sus hijos declaró:

“La sofocación ha sido catalogada como maltrato gentil. Lo negamos. Los videos y las grabaciones fisiológicas demuestran que los niños lucharon en forma violenta hasta perder el conocimiento. Se utilizó una fuerza considerable para obstruir la vía aérea, durante al

menos 70 segundos, antes de los cambios electroencefalográficos, probablemente cuando ocurrió la pérdida del conocimiento. En forma interesante, en ambos casos se utilizó una prenda de vestir blanda para sofocar al niño y que no quedaran marcas en los labios y alrededor de la nariz”.

Los autores delinearon las características de las grabaciones de multi-canal, “una combinación que en el futuro puede ser prueba patognomónica de este tipo de apnea (sofocación)...” Las características incluyen el inicio súbito de grandes movimientos corporales durante un modelo de respiración relativamente regular (como consecuencia de la lucha causada por la obstrucción de la vía aérea); una serie de respiraciones prolongadas aproximadamente a un minuto luego del inicio del episodio, con una fase de expiración característicamente prolongada, a una frecuencia relativamente lenta (en respuesta a una hipoxia arterial grave); un nivel grave de taquicardia del seno; y al menos a un minuto de haber comenzado el episodio, ondas lentas prolongadas y las subsiguientes líneas de base isoelectricas en el electroencefalograma típicas de la hipoxia (56).

Si se planifica una video grabación, el grupo multidisciplinario quizás desee consultar al abogado del hospital. Es esencial la observación continua de las cintas de video por medio de circuito cerrado de televisión, y también es importante notificar a la seguridad del hospital y al departamento de policía local , ya que puede ser necesaria su participación.

El tema del diagnóstico a través de video grabaciones encubiertas en el hospital ha generado un acalorado debate, y algunos autores se refirieron a los aspectos legales, éticos y logísticos de la video grabación (18, 22, 24, 37, 50, 59, 60). Otros se preocupan por el derecho a la privacidad de los padres en el hospital. Otros autores señalan que el derecho de los padres a la privacidad queda anulado cuando el mismo es el agente de la posible destrucción de su hijo. En opinión de los pediatras, la video grabación debe considerarse equivalente a otros exámenes realizados durante el proceso normal de diagnóstico que no requieren un consentimiento en forma individual. El formulario de consentimiento médico general firmado en nombre del niño cuando ingresa al hospital abarca la mayoría de los procedimientos. Más aún, la legislación acerca del abuso infantil de todos los estados permite fotografiar sin el consentimiento de los padres si se sospecha de abuso infantil.

Hasta la fecha, no se ha enjuiciado con éxito a ningún médico o institución por utilizar video grabaciones como estrategia de diagnóstico. En el momento de redactar el presente artículo, el Departamento de Salud del Reino Unido, al saber que “existían pocas dudas de que los niños podían enfermarse con gravedad y quedar a veces discapacitados o aún morir como consecuencia del accionar de sus cuidadores, ya sea induciendo o fabricando enfermedades”, convocó a un panel multidisciplinario con el objetivo de “examinar la identificación de situaciones en las que los niños hubieran padecido enfermedades inducidas o fabricadas por sus cuidadores...y emitieron pautas que deberían incluir la utilización de vigilancia encubierta a través de video grabaciones “ (14).

La segunda estrategia de diagnóstico, que consiste en la búsqueda de una explicación que excluya al SMPP, es extensiva al momento en que se sospecha del SMPP, pero no necesariamente exhaustiva. Existen ciertas situaciones en que una búsqueda exhaustiva de una explicación que excluya al SMPP es la mejor estrategia de diagnóstico: cuando no existen oportunidades o evaluaciones de diagnóstico que puedan capturar evidencia del accionar; o cuando la búsqueda de evidencia de fabricación de enfermedades pueda exponer al niño a un grave riesgo. El diagnóstico diferencial debe ser aquel sujeto a inclusión o exclusión definitiva. Por ejemplo, si un niño es presentado en forma reiterada en el hospital con apnea que comienza sólo en presencia de la madre; entonces el trastorno que podría causar la apnea en el niño (por ejemplo, aunque puede ser poco común, una lesión que ocupa un espacio cerebral o el reflujo gastroesofágico), debe buscarse, y por consiguiente incluirse o excluirse. Deben analizarse con cuidado los resultados positivos para verificar que no sean el resultado de una contaminación por parte de la madre, o que han sido “aumentados” (por ejemplo, cuando el nivel normal de un análisis no está delimitado en forma confiable). Algunos análisis gastrointestinales parecen ser especialmente vulnerables a este problema, en particular los estudios de motilidad gastrointestinal (3) y los análisis de sonda del pH del esófago. La ventaja de esta estrategia de diagnóstico es que la acumulación de evidencia no implica la exposición del niño a la posibilidad de otro ataque. La desventaja es que lleva mucho tiempo y es costosa, y puede

existir un riesgo de varios procedimientos de diagnóstico o la hospitalización prolongada del paciente.

La tercera estrategia de diagnóstico, la separación del niño del padre, puede ser muy útil, y en determinadas circunstancias, la de mayor peso diagnóstico y la menos maligna. Es importante tener una línea de base para poder comparar el desarrollo subsiguiente del niño durante la separación, ya sea en un hospital o en otro hogar. La línea de base está constituida por la historia de los síntomas y signos del niño relatados por la madre. Por lo tanto, el único cambio importante necesario en el cuidado del niño durante la separación es la presencia del cuidador. A veces la fabricación de enfermedades causa problemas médicos irreversibles, o se suma a enfermedades ya existentes. Sólo se espera mejorar aquellos trastornos del niño que pueden ser reversibles, y a un nivel coherente del trastorno en sí mismo. La ventaja de esta estrategia de diagnóstico es que puede tener un resultado definitivo sin exponer al niño a un riesgo mayor. La desventaja es que si se descubre que no se trataba de SMPP, entonces se ha separado innecesariamente a un niño de su madre, quizá con resultados nocivos; y además, se ha demorado el diagnóstico correcto. Una forma de minimizar las desventajas es que la madre pueda realizar visitas bajo supervisión. Dicha supervisión debe ser constante y escrupulosa, y no debe permitirse que traiga ningún alimento o golosina.

La cuarta estrategia de diagnóstico es el análisis de los informes. Dicha estrategia de diagnóstico implica la reformulación del diagnóstico diferencial –amplio pero no confuso–; y la evaluación crítica de ese diferencial. Esta estrategia, que se podría creer implícita en el cuidado médico ya realizado, es subsiguiente a la observación de que los hechos centrales (a pesar de estar presentes en los registros médicos), son con frecuencia confusos debido al enorme volumen de información. En otras palabras, los datos esenciales están allí, pero inaccesibles. Más aún, la importancia de una investigación amplia de la presentación médica del niño ha sido en reiteradas circunstancias oscurecida por la inmediatez de la crisis. Curiosamente, cuanto más crónico e intratable sea el problema del niño, menos probabilidad habrá de que se lo observe en forma original y amplia. Finalmente, un tipo de sistema colonial de cuidado médico a veces evoluciona, y diferentes fragmentos del

problema del niño son derivados a especialistas, cuyo campo de acción se extiende sólo a la frontera de interés de su sistema de órganos. Quizá quede sin explorar la enfermedad como un todo.

El análisis de los registros puede ser la estrategia de diagnóstico preferida, ya que tiene un bajo riesgo y con frecuencia es definitiva. Puede ser la única estrategia de diagnóstico cuando el niño está vivo pero por alguna razón no está disponible; o cuando los síntomas y señales de fabricación han desaparecido hace tiempo, o cuando el niño está muerto.

Para la mayoría de los pacientes de pediatría; un análisis detallado es el paso inicial: leemos, recordamos. Los registros son relativamente breves y provienen de pocas instituciones médicas. Se aplica un enfoque sustancialmente diferente del análisis de los registros ante un posible SMPP porque existen tres características típicas: los registros son enormes; los alcances legales son amplios, y los intereses son elevados. Con frecuencia los registros ocupan cientos de páginas, a veces provenientes de docenas de instituciones médicas. El médico puede ser citado a testificar en procedimientos civiles o penales, cuando los hechos médicos –quizá miles- sean rastreados y cuestionados minuto a minuto, así como el proceso por medio del cual el diagnóstico se desprendió de los hechos. Es indispensable un sistema computarizado de ingreso de datos, almacenamiento, organización y recuperación, y cualquiera de los sistemas comerciales de almacenamiento y gestión de datos puede adaptarse con ese objetivo.

Debido a que los registros médicos y de enfermería con frecuencia son complicados, lo mejor es que analicen los informes una o varias personas con experiencia en pediatría de pacientes internos y externos. Existen ventajas y desventajas al trabajar con informes médicos originales. Las ventajas son que no existe una mala calidad o falta de duplicados de los registros, y que la información en hojas de gran tamaño es accesible (por ejemplo, los registros de enfermería de la unidad pediátrica de cuidados intensivos). Las desventajas son considerables: las páginas no son numeradas y la accesibilidad, el espacio y la disposición simultánea de los informes, así como las computadoras necesarias son por lo general un tema problemático.

En general, es imposible analizar registros originales, debido a problemas geográficos y logísticos. En estas circunstancias, debe procurarse, en lo posible, que los informes fotocopiados o escaneados en CD-ROM estén completos. Durante el proceso de análisis de los informes, es útil compilar una lista acumulable de medicamentos recetados, operaciones, consultas, hospitalizaciones, diagnósticos explorados, evaluaciones de diagnóstico realizadas y sus resultados, intervenciones potenciales, días de escuela perdidos, y consultas externas.

Cuando los informes son voluminosos, es óptima la presencia de un equipo de personas que analicen los registros y tomen notas en forma similar. A veces, pueden designarse estudiantes de medicina o residentes. Se recomienda un sistema de tarjetas con un índice o la utilización de una base de datos de software por computadora. Las páginas de los registros deben ser numeradas inmediatamente, para que puedan anotarse datos con su correspondiente número de página para referencia futura.

Las estrategias de diagnóstico utilizadas para detectar SMPP en su presentación más usual se detallan en el gráfico 14.3. Obviamente, no todas las estrategias de diagnóstico encuadran en cada tipo de evento sospechoso, y se debe adaptar la estrategia de diagnóstico al tipo de perpetración que se sospeche. Este esfuerzo puede implicar la colaboración de colegas en áreas relacionadas.

Ocasionalmente, puede ser confusa la diferencia entre el SMPP y la búsqueda de médicos, o la magnificación de una enfermedad real pero insignificante del niño a causa de un deseo psicológico o económico del padre. En aquellos casos que limitan con la definición del SMPP, es importante recordar que el nombre aplicado a las circunstancias del niño no es tan importante como la cuidadosa evaluación del daño potencial al mismo.

Gráfico 14.3. Algunos métodos de fabricación de enfermedades y estrategias de diagnóstico correspondientes en el Síndrome de Munchausen por Poderes

Presentación	Método de simulación y/o producción	Método de diagnóstico
Apnea	Sofocación manual	Monitoreo por medio de video Grabador de ECG implantable Diagnóstico por exclusión Marcas de pellizcos en la nariz del paciente Madre descubierta
Ataques	Envenenamiento Antidepresivo tricíclico Hidrocarburo	Toxicología (gástrico/sangre) Toxicología de fluido i.v.
	Mentiras	Diagnóstico por exclusión
Diarrea	Envenenamiento Fenotiacina Hidrocarburos Sal Antidepresivos tricíclicos	Toxicología de sangre, orina, fluidos i.v.; leche Concentrac. de sodio en suero y sodio en orina
	Sofocación /presión de la cavidad de la carótida	Testigos Fotos forenses de puntos de presión
Diarrea	Envenenamiento con fenolftaleína y otros laxantes	Defecación/pañal positivo

	Envenenamiento con sal	Ensayo de fórmula/contenidos gástricos
Vómitos	Envenenamiento con eméticos	Ensayo para encontrar drogas
Depresión del SNC	Mentiras	Observación en el hospital
	Drogas	Análisis de sangre, contenidos gástricos; orina; fluidos i.v.; análisis de tipo de insulina
	Difenoxilate y atropine (Lomotil)	
	Insulina	
	Hidrato cloral	
	Barbitúricos/narcóticos	
	Aspirinas	
	Difenhidramina	
	Antidepresivos tricíclicos	
	Paracetamol	
	Hidrocarburos	
	Clordiazepoxide	
	Fenitoína	
Carbamacepina		
Hemorragia	Sofocación	Ver apnea y ataques
	Envenenam. con Rodenticide (Warfarina)	Toxicología
	Envenenam. con Fenolftaleína	Pañales positivos
	Aplicación de sangre exógena	Análisis de grupo de sangre (mayor y menor) Marcadores ⁵¹ Cr de eritrocitos
	Exsanguinación de un niño	Estudio en ciego simple Madre descubierta
Erupciones	Agregado de otras sustancias (pintura, cacao, tinturas)	Análisis; Lavado
	Envenenam.con drogas	Ensayo
	Rascado	Diagnóstico por exclusión
Fiebre	Aplicación de cáusticos/piel pintada	Ensayo/lavado
	Contaminac.con material infectado	Madre descubierta durante el hecho

Materiales:	Se descubre un drenaje inadecuado desde las líneas
Saliva	Tipo de organismo que se desarrolla en el sitio infectado
Heces	Separación de prueba
Suciedad	Epidemiología (evaluación de riesgo relativo)
Agua contaminada	Diagnóstico por exclusión
Granos de café	
Secreciones vaginales	
Otros	

Tejidos atacados:

Sangre
Piel
Huesos
Vejiga
Otros

Temperatura falsa	Cuidadosa representac. gráfica; Re-verificación (en especial orina para verif. la temp. central del cuerpo)
-------------------	---

Gráfico falso	Cuidadosa representac. gráfica; re-verificación Duplicación (registro fantasma) de la temperatura en la sala de nursery
---------------	--

SNC: Sistema Nervioso Central; ECG: Electrocardiográfico; Adaptado de Rosenberg DA; Web del fraude: Análisis de la literatura del Síndrome de Munchausen por Poderes, Child Abuse Negl. 1987; 11: 563, con autorización.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Cuando se sospecha de un posible Síndrome de Munchausen por Poderes, la fuerza de los hechos conocidos puede pasar de ser débil a definitiva. Por lo tanto pueden existir diferentes grados de convicción en el diagnóstico, no sólo con respecto a cada caso por separado, sino al mismo caso también, de acuerdo con la etapa de la evaluación. Aquí se explican, por lo tanto, los criterios de diagnóstico para obtener un diagnóstico definitivo, un

diagnóstico provisional, y un diagnóstico de posible SMPP. Debido a que la acumulación de evidencia de un caso puede, a último momento, disminuir la posibilidad del SMPP o excluirla definitivamente; también se enuncian los criterios de diagnóstico de un diagnóstico incierto y un diagnóstico de exclusión definitiva.

Los criterios de diagnóstico sirven para discriminar con eficacia entre un diagnóstico particular y otros. En forma colectiva, el criterio de diagnóstico de un trastorno está constituido por un pequeño conjunto de hallazgos que deben estar presentes para alcanzar un diagnóstico.

Cada criterio de diagnóstico debe estar presente para realizar un diagnóstico. Cada criterio debe ser esencial, lo cual significa que su presencia es necesaria para el diagnóstico, así como su ausencia lo excluye. Cada hallazgo debe ser observable y creíble a los sentidos humanos, lo que quiere decir que otro observador competente, que utiliza el mismo método, observaría el hecho del mismo modo. Por lo tanto la observación sería reproducida.

Para sintetizar, cada criterio es necesario, y en forma colectiva los criterios son suficientes para el diagnóstico.

Diagnóstico Definitivo

El diagnóstico evidente es el definitivo para el SMPP. Se puede llegar a un diagnóstico definitivo de cualquiera de las siguientes formas: por inclusión y por exclusión

Un diagnóstico por inclusión es el que está respaldado por evidencia irrefutable de un accionar. Por ejemplo, si una madre asfixia a un niño que con anterioridad había llevado en forma repetida al hospital por apneas, y si su accionar fue registrado por video grabaciones en el hospital, entonces el diagnóstico por inclusión definitivo será SMPP. El cuadro 14.4. enumera los criterios para un diagnóstico definitivo por inclusión del SMPP.

El diagnóstico por exclusión será aquel en el que todas las explicaciones posibles de la enfermedad del niño se han considerado y excluido. El diagnóstico por exclusión es el único que queda luego de una investigación exhaustiva. Por ejemplo, si un niño es presentado con apnea recurrente que sólo se produce en presencia de la persona y deriva en un compromiso clínico observable, si se concluye que el niño no exhibe apnea en otras

condiciones, y si todas las enfermedades médicas que podrían explicar la apnea fueron adecuadamente investigadas y excluidas, entonces el diagnóstico definitivo del SMPP será por exclusión. El cuadro 14. 5. enumera los criterios para llegar a un diagnóstico por exclusión definitivo del SMPP.

Cuadro 14. 4. Síndrome de Munchausen por Poderes: Criterios para un diagnóstico por inclusión definitivo

1. Resultado positivo en el análisis o el evento en el que se descubre una alteración de la salud del niño o de su situación médica, y...
2. El resultado positivo del análisis o el evento no deriva de una falta de comunicación, ni de un mal entendimiento o un error en el análisis, y...
3. No existe otra explicación médica posible del resultado positivo del análisis o evento.

Cuadro 14. 5. Síndrome de Munchausen por Poderes: Criterios para un diagnóstico por exclusión definitivo

1. Todos los diferentes diagnósticos se han eliminado; entonces...
 - A. Si el niño está vivo, los diferentes diagnósticos son aquellos que tienen en cuenta los mayores hallazgos médicos del niño y que explican la mayor parte de la presentación médica del mismo. (Un hallazgo médico mayor es aquel que se observa en forma objetiva y es lo suficientemente específico como para ayudar a formular el alcance del diagnóstico; y que es verificable en los informes), o...
 - B. Si el niño está vivo, la separación del niño del supuesto perpetrador deriva en la conclusión del problema médico reversible del mismo, de acuerdo con su velocidad y grado de reversibilidad. Ninguna otra variable además de la separación puede explicar completamente la mejora del niño, o...
 - C. Si el niño está muerto, y la autopsia no revela una causa creíble de muerte debida a accidente natural o suicida.
2. Ningún hallazgo excluye el diagnóstico del SMPP

Diagnóstico Provisional

El diagnóstico provisional del SMPP es aquel que entre otros diagnósticos enfrentados, posee mayor probabilidad. El Cuadro 14. 6. enumera el criterio para el diagnóstico provisional del SMPP.

Cuadro 14. 6. Síndrome de Munchausen por Poderes: Criterios para un diagnóstico provisional

1. Se presume el resultado positivo del análisis o evento de alteración del niño o de su situación médica. No existe otra explicación médica posible. No existe ningún hallazgo que excluya al SMPP, o...
2. El niño presenta un trastorno que no puede ser completamente explicado por los médicos, a pesar de una evaluación exhaustiva. La hipótesis coherente sugiere un trastorno médico falso. Ningún hallazgo excluye el diagnóstico del SMPP, o...
3. El niño posee o poseía un trastorno que no puede ser explicado por completo por los médicos. La evaluación ha sido amplia pero no exhaustiva. La hipótesis coherente sugiere que el trastorno médico es falso. Ya no pueden realizarse más análisis que incluyan un diagnóstico orgánico inusual o que lo excluyan (si, por ejemplo, el niño ha fallecido); o porque serían altamente agresivos, porque presentan un elevado riesgo para el niño, o porque es poco probable que produzcan una respuesta definitiva. Ningún hallazgo excluye el diagnóstico del SMPP.

Diagnósticos Posibles

El diagnóstico posible del SMPP es uno entre varios probables. El Cuadro 14. 7. enumera el criterio para un diagnóstico posible del SMPP. Los profesionales médicos poseen una atribución legal para informar de abuso infantil a las autoridades locales, cuando posean una sospecha razonable. La sospecha razonable no es un concepto amplio de la medicina, y se traduce como un conjunto de criterios de diagnóstico enumerados como posibles diagnósticos.

Cuadro 14. 7. Síndrome de Munchausen por Poderes: Criterios para un diagnóstico posible

1. Se presume el resultado positivo del análisis o evento de alteración del niño o de su situación médica. No existe otra explicación aparente. Ningún hallazgo excluye el diagnóstico del SMPP; o...

2.El niño presenta una enfermedad que no puede ser completamente explicada por los médicos, a pesar de una evaluación inicial respetable. La hipótesis coherente sugiere una enfermedad médica falsa. Ningún hallazgo excluye el diagnóstico del SMPP.

Determinación no concluyente: Cuando no se puede saber

Es obvio que, en lugar de aumentar el peso de la evidencia médica en apoyo de un diagnóstico de SMPP, la acumulación de datos puede disminuir sus posibilidades. El criterio médico para los hallazgos no concluyentes –que para el SMPP es el hecho de no poder determinarse – se articula en el presente análisis. Desconocer significa que a pesar de poseer un conjunto completo de datos, éstos son insuficientes para determinar el diagnóstico. No se puede ni eliminar en forma confidencial el diagnóstico de SMPP ni confirmarlo. El desconocimiento difiere del diagnóstico posible porque en una determinación de desconocimiento está implícita la afirmación de que se han analizado todos los informes relevantes y disponibles. Esto está en contraste con un diagnóstico posible, en el cual existe una expectativa de estrategia de diagnóstico mayor. El Cuadro 14. 8. enumera el criterio para la determinación no concluyente (cuando no se puede saber).

Cuadro 14. 8. Síndrome de Munchausen por Poderes: Criterios para la determinación no concluyente

1. Se ha analizado la información relevante y disponible, y...
2. Se podría llegar a pensar en un diagnóstico diferencial, no en un diagnóstico, y...
3. No es posible afirmar en forma concluyente un diagnóstico, y...
4. No es posible excluir todos los diagnósticos con excepción de uno en forma concluyente diferencial, y...
5. No es posible priorizar en forma confiable la posibilidad de diagnósticos contrapuestos que quedan en el diferencial.

“Definitivamente NO”

“Definitivamente No” significa que el diagnóstico del SMPP puede eliminarse completamente. Significa que existe una explicación alternativa creíble. Para permitir niveles de certeza en la opción del diagnóstico, el médico puede utilizar algún tipo de calificador, por ejemplo, “Probablemente no sea SMPP”. Probablemente no sea SMPP es casi igual que decir que en todas sus posibilidades, existe una explicación alternativa. Ya que el criterio de diagnóstico para la exclusión del SMPP reconoce que es algo inevitable, como otros trastornos pediátricos, entonces existirán más casos sospechosos que reales. Debe reconocerse lo anterior así como la necesidad de una evaluación de diagnóstico cambiante y decisiva, una evaluación en la que el riesgo del niño no sea excesivo. Debe tenerse cuidado extremo en no sobre-diagnosticar al SMPP, o en auto-convencerse del diagnóstico en ausencia de una evidencia suficiente, sólo porque uno lo ha considerado. Los casos de diagnóstico equivocado de SMPP constituyen una tragedia real para el niño y la familia (43). El cuadro 14. 9. enumera el criterio para excluir el diagnóstico del SMPP.

Cuadro 14. 9. Síndrome de Munchausen por Poderes: Criterios para excluir el diagnóstico

1. Un diagnóstico alternativo se ha probado con credibilidad, o...
2. Lo que parecía ser una posible falsificación de enfermedad se ha explicado completamente de otro modo.

INTERVENCIÓN

Sería insensato proporcionar una lista de directivas para todos los casos de sospecha de SMPP. Sin embargo, el lector puede encontrar de utilidad las siguientes consideraciones.

1. Lo óptimo sería proteger al niño y agrupar en forma simultánea los datos que incluyan o excluyan el diagnóstico definitivamente. Pero en la realidad no sucede siempre así. Los profesionales oscilan entre valorar la utilidad final de los datos o la posibilidad de que el niño sufra un contratiempo durante el proceso de agrupación de datos. Cuando los procedimientos mayores de diagnóstico colocan al niño en una situación de peligro insostenible, la protección del niño siempre es la consideración

más importante. Debido a que la protección infantil es una cuestión civil, el peso legal de la prueba es el predominio de la evidencia. Por lo tanto no es necesaria una prueba de diagnóstico absoluta, y en su ausencia, la evidencia epidemiológica relativa al caso puede ser suficientemente vinculante (ver debate posterior).

2. Comprometa con anticipación a un equipo multidisciplinario. No debe incluir sólo a los miembros usuales de los equipos existentes, sino además a algunas personas que no estén habituadas a un equipo de protección infantil del hospital. La trabajadora social del municipio en el que se ha denunciado el caso es una persona imprescindible. Mucho dependerá de la comunicación entre esta persona y el personal médico y la comprensión del caso. Dado el volumen y la complejidad de los datos que se deben asimilar, y el elevado índice de rotación de personal entre los trabajadores sociales de un municipio, es preferible que el trabajador social actúe en equipos de dos. Debe vigilarse cualquier forma de evitar la práctica difundida e ineficiente en la que un trabajador admite el caso y luego otro le da curso. El supervisor de los trabajadores sociales y el procurador del municipio deben participar en forma similar en el equipo multidisciplinario desde el comienzo.

También deben participar dos psiquiatras y/o dos psicólogos. Lo mejor es que se asigne uno a la familia y otro al personal médico. La familia necesita ser evaluada pero también necesita apoyo. Luego de haber confrontado a la familia con el diagnóstico sospechoso, la madre, quien es con frecuencia el perpetrador, así como el padre, están en una situación de elevado riesgo de suicidio. Se debe al menos evaluar el desarrollo del niño. También se lo debe evaluar psicológicamente si su edad lo permite. Puede resultar provechosa una evaluación de interacción realizada por un psicólogo con experiencia en el desarrollo.

No debe ser superflua la designación de un psiquiatra para el equipo médico y de enfermería. Los equipos multidisciplinarios se quiebran ante estos casos. Es evidente que ante casos de SMPP se origina una diversidad de opiniones y emociones entre el personal del hospital, quienes con frecuencia han trabajado con la familia durante años. Es enorme y doloroso el sentimiento de traición experimentado por algunos miembros

del personal. Una enfermera comentó: “A nivel intelectual, el diagnóstico era sensato, pero la sospecha era casi imposible de aceptar”(7). Otros simplemente no pueden aceptar que tal situación sea posible. Ocurren riesgos desafortunados e innecesarios entre los miembros del personal. Constituye un modo de prevención primaria anticipar la necesidad de la presencia de un psicólogo que ayude al personal a manejar sus sentimientos.

También deben participar desde el primer momento la policía y otros miembros de cumplimiento de la ley, en especial cuando se solicitan video grabaciones en el hospital. Si surge una situación de provocación de daño intencional durante las grabaciones, la policía generalmente prefiere tener un conocimiento previo del caso y estar preparados con una orden de arresto.

La enfermera de cuidados primarios y el jefe de enfermeros deben participar también en el equipo multidisciplinario de protección infantil. La enfermera de cuidados primarios con frecuencia ha pasado la mayor parte del tiempo con el niño y la familia durante períodos prolongados de reiteradas hospitalizaciones. Con frecuencia ella posee valiosa información acerca del caso que los demás integrantes del equipo deben conocer, y se la debe incluir en cualquier proyecto que implique procedimientos de diagnóstico del SMPP. La enfermera de cuidados primarios es con frecuencia responsable de temas tan importantes como la documentación y la cadena de evidencia de las muestras.

Finalmente, es aconsejable la presencia de un buen epidemiólogo clínico en el equipo multidisciplinario, ya que los datos acerca del accionar (por ejemplo, las grabaciones de video donde aparece la madre sofocando al bebé; o un análisis de sangre definitivo en el que se encuentre insulina exógena en el organismo del niño); son muy difíciles de obtener. La alternativa de diagnóstico para estos datos es el cálculo del riesgo relativo del niño al cuidado de la madre. Si el niño presenta una enfermedad no especificada que se caracteriza por vómitos, una incapacidad en el desarrollo, hospitalizaciones múltiples, un epidemiólogo puede analizar los informes del niño y calcular el riesgo relativo de pérdida de peso en el hogar y compararlo con el del hospital. En ausencia de datos de un accionar, los datos de riesgo relativo pueden ser la evidencia más vinculante

para presentar a los tribunales. Es importantes que el epidemiólogo o el clínico encargado expliquen estos datos en un lenguaje lego a los tribunales.

El equipo multidisciplinario de protección infantil no tiene obligación de incluir al abogado de la madre (si ésta ha contratado uno) o a otro profesional que pueda divulgar las estrategias de diagnóstico planificadas o el contenido de los procedimientos a la familia. Debe tenerse cuidado.

3. Debido a que los informes médicos son voluminosos en los casos de sospecha de SMPP, debe realizarse un análisis en perspectiva. De otro modo, el resultado del análisis de los informes es una masa de detalles de las cuales no puede señalarse un rumbo y por lo tanto no pueden extraerse conclusiones. Por lo tanto, al comenzar el análisis de los informes, se pueden reconocer ciertos modelos y luego formular las observaciones preliminares en preguntas que se desprenden de los datos: en el caso de un niño con un síntoma principal de vómitos incoercibles...¿han existido episodios de esta índole documentados en presencia del médico o la enfermera?. En el caso de un niño con episodios reiterados de apnea...¿cuántos episodios, si existió alguno, comenzaron realmente en presencia de otra persona además de la madre?. En un niño con un caso de fiebre reiterada en el hospital...¿quién se encargó de tomar y graficar la temperatura cuando el niño tenía fiebre?
4. Deben analizarse todos los informes médicos de todos los hermanos, incluyendo informes de autopsias y certificados de defunción. A veces es necesaria bastante decisión para poder obtener esos informes, pero son vitales. No son suficientes los informes policiales o los de los trabajadores sociales.
5. En la medida de lo posible, deben analizarse de los documentos la historia médica, educativa y laboral de los padres, en especial si el padre dice haber padecido varias enfermedades o dice haber recibido educación médica.
6. Pueden utilizarse varios métodos, en forma individual o combinada, para acceder a los informes. A veces es posible obtener un consentimiento firmado de los padres para obtenerlos. De otro modo, los abogados del equipo multidisciplinario pueden

aconsejar examinar el área con una orden judicial o solicitar una orden de los tribunales de descubrimiento de registros.

7. La presentación del análisis de los informes al equipo multidisciplinario debe incluir un breve análisis cronológico, seguido de un análisis de discrepancias, si existieran. ¿Cómo se relaciona la historia de la madre con los hallazgos clínicos observados en el niño?; ¿cómo se relacionan los resultados de los análisis de laboratorio con las historias relatadas (por ejemplo...los niveles de drogas ¿son sub-terapéuticos con una historia de absoluto acatamiento?). Es imposible enumerar todas las preguntas posibles, pero los datos le dirán al analizador cuáles son realmente importantes. Al analizar un caso en el que se sospecha SMPP, es esencial considerar y explorar todas las explicaciones orgánicas posibles.

Pueden coexistir el SMPP y una enfermedad genuina. El descubrimiento de una enfermedad real no excluye al SMPP, pero surge la pregunta: El tipo y gravedad de esta enfermedad...¿explica en forma razonable los síntomas y señales del niño?

8. Cuando se presenta un caso de SMPP ante los tribunales civiles o juveniles, algunas estrategias de presentación pueden ayudar al examen de los hechos para llegar a una conclusión.

A pesar de la cantidad de horas utilizadas en el análisis de los informes y en realizar una compilación cronológica extensiva de la historia médica del niño; la presentación de información a los tribunales de modo extenso y narrativo suele confundir y no iluminar el material. Con frecuencia es mejor una breve síntesis. Luego pueden formularse preguntas para aclarar o ampliar información acerca de algún evento particular.

Los gráficos y los cuadros de fácil lectura, que ilustran un único punto, exponen mejor un tema complejo que una narración verbal y extensa. Por ejemplo, un gráfico de crecimiento puede demostrar que el niño aumentó de peso en forma considerable en el hospital pero perdió peso en el hogar. Un histograma puede mostrar los episodios de apnea que se originaron en presencia de la madre y compararlos con aquellos originados en presencia del personal de enfermería o de un abuelo.

Estos casos con frecuencia derivan en opiniones médicas encontradas, y los padres utilizan peritos médicos que testifiquen en su beneficio. Estos peritos pueden ser colegas conocidos. Siempre es mejor una comprensión clara de la evidencia médica y epidemiológica y una actitud profesional, no competitiva.

Sólo excepcionalmente el perpetrador confiesa el SMPP; pero curiosamente, estará de acuerdo en realizar un servicio voluntario mientras no participen los tribunales y no se complete una petición de posesión. No se ha registrado ningún caso exitoso de este enfoque. La experiencia ha demostrado la necesidad de una intervención ordenada por la corte si desea protegerse al niño.

9. Es prudente recomendar una ubicación del niño fuera del hogar (30, 48). Esta medida asegura la protección del niño y un periodo de diagnóstico durante la separación para observar la evolución de la salud del mismo. El hecho de que la madre sólo haya simulado la enfermedad pero no la haya producido no garantiza que en el futuro su accionar será más nocivo para el niño. Los simuladores pueden pasar a ser productores de enfermedades. La confrontación del padre con la noticia del diagnóstico sospechoso no garantiza, por sí misma, la seguridad del niño (6,30,48).

En particular se alerta al lector acerca del peligro de alojar al niño con un familiar o un amigo. El perpetrador puede tener acceso al niño, a pesar de las promesas del familiar o el amigo que aseguren lo contrario. Ésto coloca al niño en un riesgo potencial extremo.

10. Si el niño debe permanecer en el hospital durante un tiempo, alguien con experiencia médica debe entonces supervisar todas las visitas de integrantes de la familia, para asegurar que nadie interfiera en el cuidado médico del niño. A veces lo mejor es pedir a los tribunales un período breve de hospitalización (por ej. 10 a 14 días) en el que sólo se permitan visitas de los padres supervisadas como método de diagnóstico para determinar si persisten los síntomas del niño. Si no persisten, debe preocupar la posibilidad del SMPP. Si persisten, se debe solicitar a los tribunales que revoquen la orden y se debe buscar otro diagnóstico orgánico. Este enfoque es

útil cuando los síntomas y señales del niño, si fueran provocados, se detuvieran con rapidez en ausencia de ataques presentes.

11. Es prudente recomendar la ubicación de los hermanos fuera del hogar, porque pueden convertirse en la víctima siguiente si continúan allí. Al menos todos los hermanos deben recibir una evaluación médica ordenada por los tribunales así como el análisis de los informes.
12. Cuando el niño se encuentra bajo cuidado externo, su estado de salud debe ser monitoreado y documentado de cerca por los mismos médicos. A pesar de que lo mejor es que sean los médicos originales quienes realizan el cuidado del niño, a veces lo anterior no puede llevarse a la práctica por razones de geografía o naturaleza.
13. Un tema problemático es el siguiente...¿en qué momento es seguro enviar al niño al hogar?. Si el diagnóstico es SMPP, parece sensato que se apliquen las mismas pautas del abuso infantil y la negligencia con respecto al momento en que debe enviarse al niño al hogar (por ejemplo, el perpetrador debe reconocer que cometió el acto, debe tener alguna explicación para su accionar, y debe asegurar en forma razonable que un cambio suficiente ha ocurrido, que garantiza la seguridad del niño). Existe poca información disponible acerca de la reunificación de la familia luego de la intervención psiquiátrica. En una investigación, la reunificación familiar parece posible en determinados casos, pero el autor alerta acerca de la necesidad de un seguimiento a largo plazo necesario para controlar la seguridad del niño y evaluar si el estado de salud mental del perpetrador se ha deteriorado (6). El terapeuta de la madre debatirá con el equipo de protección infantil y con los tribunales acerca de los temas relativos a la seguridad del niño. Si el psiquiatra y la madre insisten en que se trata de información confidencial, entonces los tribunales no tienen forma de determinar que los niños estarán a salvo en el hogar, y por lo tanto debe acordarse otro alojamiento permanente.
14. Aún en caso de que los niños sean alejados en forma permanente y se anulen los derechos de los padres, los hijos subsiguientes de la madre estarán en alto riesgo de

ser víctimas de SMPP. A veces, no existe un método formal disponible que permita seguir los rastros de la madre acerca de embarazos y mudanzas, pero debe realizarse un esfuerzo con el objetivo de proteger a futuros niños.

CONSIDERACIONES LEGALES

Debido a que el diagnóstico del SMPP puede derivar en varios procedimientos legales en los que el testimonio del médico sea requerido, es bueno tener en cuenta algunas indicaciones.

En los tribunales o fuera de ellos, no se le pedirá que traduzca su nivel de convicción en el diagnóstico a un equivalente legal. Conceptos tales como causa probable, sospecha razonable, preponderancia de la evidencia; evidencia concluyente y evidencia más allá de la duda razonable poseen un significado específico en el derecho. Si le preguntan si la evidencia corresponde a alguno de estos conceptos, o si usted tiene un grado razonable de certeza médica acerca del diagnóstico (pregunta usual) utilice un lenguaje médico que tenga sentido para usted y explíquelo en términos que puedan englobar mejor el significado. Debe tener cuidado de usar términos legales a menos que se los hayan explicado con precisión y figuren en los informes de los tribunales.

Esté alerta a la manipulación intencional de los abogados. En este aspecto, un abogado problemático es tan amenazante como un abogado amable y respetable. No se deje importunar. De igual modo, no se deje adular o alabar; no readapte su opinión, y no se deje persuadir de que usted es el estandarte de una noble causa. Recuerde al abogado que usted está en la corte sólo para dar, en la medida de sus posibilidades, una interpretación equilibrada, profunda y comprensible de los datos médicos. Recuerde: los abogados que ejercen su profesión realizan tareas diferentes a las de los médicos.

Un diagnóstico de SMPP debe basarse, al menos en parte, en la información que usted ha analizado. Le preguntarán si su opinión podría diferir, dados otros datos adicionales. En realidad, existen pocos casos en los que usted puede estar completamente seguro de haber analizado todos los informes existentes. Si le preguntan si usted cambiaría su diagnóstico,

o su grado de convicción acerca del mismo si le otorgaran mayor información; la respuesta más exacta es que sería posible pero que en ausencia de esa información y del tiempo necesario para analizarla, usted no tiene forma de medir esa posibilidad.

Es tarea de quien juzga respecto de cuestiones de hecho (por ejemplo, el juez o jurado), y no de usted como médico, determinar si su conclusión y las razones que la abalan contribuyen al hallazgo de que se ha alcanzado la carga de la prueba.

CONCLUSIÓN

Un niño víctima del SMPP se encuentra en riesgo elevado de sufrir un daño. El hecho de que el perpetrador haya desistido en forma abrupta de los ataques no asegura que la situación sea en algún modo adecuada para el niño. El ímpetu de atacar al niño en forma repetida; la habilidad de objetivar al niño en primer lugar y utilizarlo como herramienta, refleja generalmente una falta de empatía tan profunda que obstruye por completo la capacidad materna. Lamentablemente, los casos de SMPP son identificados en primer término por un grupo de análisis multidisciplinario de fatalidad infantil, pero a pesar de que es demasiado tarde para proteger al niño que ha fallecido, debe protegerse a los otros niños de la familia. Nunca debe subestimarse la peligrosidad del perpetrador del SMPP.

