

Pediatría práctica

Síndrome de Munchausen por poder y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza a la vida

Munchausen syndrome by proxy and presumed apparent life-threatening event manifestations

Dr. Norberto Garrote*, Dr. Javier Indart de Arza*, Lic. Ana Puentes*, Lic. Mercedes Smith*, Dra. Patricia del Bagge* y Dra. Mónica Pérez Coulembier*

INTRODUCCIÓN

Este aporte intenta poner de relieve las características de un trastorno que hasta hace poco no era advertido e incorporado como un diagnóstico diferencial en la búsqueda etiológica de patologías raras o poco claras en niños.

Richard Asher describió por primera vez en 1951, bajo el título de síndrome de Munchausen, un cuadro caracterizado por el abuso de consultas hospitalarias a raíz de falsos y significativos padecimientos, que por sus características promovían estudios en ocasiones cruentos y tratamientos médicos innecesarios.¹ La presentación se basó sobre las manifestaciones constitutivas de cuadros clínicos raros que ocurrían en dos mujeres y un varón, todos adultos.

El aporte de Asher permitió catalogar como enfermo a la persona que "aparentaba burlar" las destrezas diagnósticas del médico.

La denominación del síndrome fue motivada por los antecedentes históricos de Karl Friedrich Hieronymus Baron von Munchausen, conocido como el "barón de las mentiras" y nacido en 1720, en Bodenwerder. Se desempeñó como capitán de caballería para un regimiento ruso en dos guerras contra los turcos y era un conocido narrador de anécdotas sobre cacerías, viajes y batallas.

La presente comunicación se refiere a los cuadros clínicos supuestos que padecen los niños según las referencias de las madres que consultan por ellos.

Varity denominó como "síndrome de Polle" a la presentación de este cuadro clínico en los niños, frente a los supues-

tos síntomas por los que reclamaban sus padres. Lo denominó síndrome de Polle en memoria del nombre del hijo de Munchausen, de quien se dice, sin precisiones exactas, que padeció una enfermedad ficticia a la edad de un año, provocada por su padre.

En 1976, Rogers publica 6 casos en niños y los incluye como una forma atípica de malos tratos.

Un año después, Roy Meadow² denominó y definió a este síndrome como síndrome de Munchausen por poder o por delegación (*Munchausen syndrome by proxy*). Lo describe como aquel en que la persona fabrica o inventa síntomas para otro, (generalmente la madre y lo padece el hijo) y así queda registrado en las publicaciones de pediatría.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Meadow propuso la denominación a propósito de dos casos clínicos en los que las madres simulaban enfermedades en sus hijos.

La primera refería que su hijo presentaba hematuria, pero luego se constató que la orina del niño contenía el agregado de la orina menstrual de su madre.

El segundo fue el caso de un niño que padecía las consecuencias de la intoxicación con cloruro de sodio por parte de su progenitora.

En ambas situaciones, los pequeños pacientes habían ingresado a diferentes hospitales en los que no se logró llegar a una valoración diagnóstica de enfermedad conocida.

Ambos pacientes habían sido expuestos a innumerables estudios complemen-

* Unidad de Violencia Familiar.
Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correspondencia:
Dr. Javier Indart de Arza
mindart@intramed.net.ar

Recibido: 28-11-2007
Aceptado: 3-12-2007

tarios y métodos cruentos sin arrojar resultados que pudieran esclarecer patología alguna.

La importancia del diagnóstico precoz es trascendente, ya que si no se descubre la etiología, la sintomatología puede ser más variada e incluso mortal.

Además, a medida que los niños crecen en esa mentira, tienden a participar de esa modalidad de expresión y pasan a ser adolescentes y adultos portadores del síndrome de Munchausen.³

En algunos casos se descubre en los exámenes de sangre o fluidos corporales, productos químicos o fármacos no prescritos y supuestamente no recibidos por el niño, según los aportes de la madre a la hora de la anamnesis.

Estos hallazgos son orientadores para arribar al diagnóstico presuntivo.

Es importante reseñar que cuando los profesionales consultan con otros colegas sobre los presuntos síntomas del paciente, arriban a la conclusión de que son sumamente raros y los tratamientos instituidos resultan ineficaces y mal tolerados.

Habitualmente es la madre la que los provoca y la signosintomatología no ocurre en su ausencia. Siempre permanece muy atenta al cuidado del niño y rehuye dejarlo solo. Esta característica contrasta con la escasa preocupación por la enfermedad de su hijo, al par que busca establecer más estrechas relaciones con el personal médico y de enfermería.

Es común que ellas mismas padezcan este síndrome y, en general, poseen antecedentes psiquiátricos.

También es frecuente que la madre tome decisiones terapéuticas sin comunicarlas al profesional (administrar antipiréticos en caso de fiebre) o que por el contrario no cumpla con una indicación precisa del médico (boicotear la toma de orina para realizar un estudio).

Según Meadow, las señales para advertir su ocurrencia son:

- Persistencia o recurrencia inexplicada de enfermedades.
- Las investigaciones no se corresponden con el aspecto sano del niño.
- Los médicos con experiencia indican "no haber visto nunca un caso semejante".
- Los signos o los síntomas no se presentan cuando la madre está ausente.
- Madre excesivamente atenta que no quiere alejarse de su hijo.
- Tratamientos ineficaces.
- Tratamientos no tolerados.
- Trastorno muy raro como diagnóstico primario.

- La reacción de la madre frente a la enfermedad es desmedida y no se corresponde con la realidad. Además se queja de la poca dedicación profesional para arribar a un diagnóstico cierto de la enfermedad del niño.
- Convulsiones que no mejoran con los anticonvulsivantes usuales.
- Madres con historias personales de síndrome de Munchausen.
- Madre con un fondo paramédico.
- Ausencia de padre.
- Los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.
- Hermanos con enfermedad rara o muerte súbita.

Se pueden presentar con signos o síntomas:⁴

- Genitourinarios (dolor, sangrados, infecciones).
- Digestivos (dolor, vómitos, diarrea, sangrados).
- Neurológicos (convulsiones, trastornos del sensorio y comportamiento).

Estas madres se caracterizan por:

- Gran destreza para manipular al personal (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales). Algunos jueces se han manifestado incrédulos a que el síndrome exista como tal.
- Madres con edad promedio de 30 años.
- Sobreprotectoras con el hijo.
- Relación simbiótica con el hijo.
- Con trastornos disociativos atípicos.
- Depresivas, ansiosas.
- Con gran capacidad de invención.
- Agresividad.
- Con trastorno límite de la personalidad.

El DSM-IV propone los siguientes criterios de investigación para el trastorno ficticio por poderes:⁵

- a. Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se encuentra bajo el cuidado del perpetrador.
- b. La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- c. No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (por ejemplo, una compensación económica).
- d. El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Está descripto que quien genera un trastorno ficticio por poderes no responde a un cuadro psicótico ni alucina mientras enferma a su/s hijo/s.

“Los padres y sobre todo la madre, inventan, falsifican o producen de manera voluntaria síntomas al niño, con la finalidad de gratificar las necesidades psicológicas de atención y dependencia de ellos mismos”. (Meadow)

Los síntomas son provocados por el adulto con intencionalidad, voluntariedad y la ausencia de un beneficio consciente (a diferencia del enfermo simulador) y la falta de control sobre su conducta (sus actos son compulsivos, sus manipulaciones son conscientes, no así sus motivaciones).

Se trató de estudiar esos impulsos y saber a qué se debían. Se detectó necesidad de sufrir e incluso morir, deseo de ser el centro de atención, deseos eróticos, amor u odio al personal médico o sanitario, deseo de amparo y refugio. Otras veces, existe un trasfondo simbólico de recuerdos o vivencias infantiles vinculadas a la figura materna o paterna.

A todas luces se trata de una modalidad de maltrato al niño, en la medida en que las acciones del adulto le provocan un daño real o potencial, con alteración de su desarrollo integral.

Los conceptos hasta aquí presentados nos colocan ante la necesidad de contemplar el complejo diagnóstico que involucra a dos protagonistas: quien aduce o produce los síntomas y quien supuesta o realmente los padece.

PRESUNTO EVENTO DE APARENTE AMENAZA A LA VIDA COMO MANIFESTACIÓN SINTOMÁTICA

Se comunica la ocurrencia del síndrome de Munchausen por poder en relación a las características de un presunto ALTE como forma de presentación en dos niños de corta edad.

El ALTE (*apparent life-threatening event*) es un evento de aparente amenaza a la vida, anteriormente denominado muerte súbita frustra, que se caracteriza por alguna combinación de pausa respiratoria, cambio de coloración de la piel, modificación del tono muscular, ahogos o arcadas.

Este evento puede revertir espontáneamente, requerir estimulación vigorosa o resucitación cardiopulmonar.

El cuadro clínico referido puede ser producido por diversas causas y existe una normativa y recomendaciones específicas para su estudio sistemático.

Entre las posibles causas se menciona el Síndrome de Munchausen por poderes, en el cual la madre, mediante el mecanismo de sofocación, produce este trastorno en el niño.⁶

En relación a las causas desencadenantes de ALTE nos encontramos con el siguiente cuadro descriptivo y la representación porcentual en relación a la casuística.^{7,8}

- *Digestivas: 47%*
 Reflujo gastroesofágico
 Infección
 Aspiración
 Malformaciones
 Síndrome del vaciamiento gástrico rápido (*dumping*)
- *Neurológicas: 27%*
 Síndrome vasovagal
 Epilepsia
 Infección
 Hematoma subdural
 Malformación
- *Respiratorias: 15%*
 Infección
 Anormalidad de la vía aérea
 Hipoventilación alveolar
- *Cardiovasculares: 3,5%*
 Infección
 Cardiomiopatía
 Arritmia
 Malformaciones congénitas
- *Metabólicas y endócrinas: 2,5%*
 Hipoglucemia
 Hipocalcemia
 Intolerancia a la comida
 Síndrome de Reye
 Hipotiroidismo
 Deficiencia de ácidos grasos no esterificados
 Síndrome de Leigh
 Déficit de carnitina
 Síndrome de Menkes
 Fructosemia
- *Misceláneas: 3%*
 Accidentes
 Sepsis
 Síndrome de Munchausen por poder
 Error nutricional
 Efecto adverso de drogas

Como se puede apreciar, este trabajo se ha centrado en las misceláneas, que apenas alcanzan el 3% de la casuística. Pero se lo ha hecho por la significación y el riesgo que representa para el niño, la falta de su sospecha por parte del profesional que conduce el estudio y tratamiento.

CASO CLÍNICO 1

Beba de 11 meses de edad, que ingresa al Hospital de Niños “Dr. Pedro de Elizalde” el día 10/2/02 por un episodio de ALTE (evento de aparente amenaza a la vida).

La madre relata que estando en la casa, la niña presenta un episodio de hipotonía, cianosis y pau-

sa respiratoria, por lo cual es traída a la consulta, decidiéndose su internación.

Refiere un episodio similar un mes atrás, con internación en otro centro asistencial, donde le realizan examen neurológico (incluso EEG) y cardiológico (ECG) con resultados normales.

Durante la internación presenta episodios de similares características al que motivó su ingreso (hipotonía, cianosis, sudoración y frialdad de extremidades) y un episodio convulsivo medicado con difenilhidantoína (dosis de impregnación 7 mg/kg/dosis y luego se pasó a 5 mg/kg/día, como dosis de mantenimiento).

Antecedentes familiares: madre de 19 años con padecimientos psiquiátricos, tratada en el hospital Tobar García por anorexia nerviosa. Presenta antecedentes de drogadicción e intentos de suicidio, dos internaciones por episodios depresivos y otra por ingesta medicamentosa al 2° mes de embarazo.

Estudios realizados al paciente:

- Cardiológicos: examen clínico, ECG, TILT Test normales
- Neurológicos: examen clínico, EEG, polisomnográfico, ecografía cerebral. Todos, con resultados normales.
- Gastroenterológicos: examen clínico, anticuerpos antigliadina, endomisio y pHmetría, ecografía abdominal. Todos normales.
- Endocrinológico: sugieren descartar disautonomía familiar mediante EEG y examen oftalmológico.
- Examen oftalmológico: fondo de ojo normal.

Se le realizaron los siguientes exámenes de laboratorio:

Hemograma, orina completa, glucemia, hepatograma, enzimas musculares, calcio, fósforo y magnesio en sangre, coagulograma, hormonas tiroideas, dosaje de amonio y urocultivo.

Todos los resultados arrojaron valores normales.

Se realizó dosaje de drogas de abuso en la madre: no dosable.

En la niña: resultado positivo para benzodiazepinas, que se interpretó como secundaria a la medicación anticonvulsiva.

Debido a que todas las evaluaciones y los valores de laboratorio fueron normales, que los episodios de apnea se producían exclusivamente en presencia de la madre y ante la sospecha de que los episodios fueran provocados, se solicitó la interconsulta a la Unidad de Violencia Familiar.

Dicha Unidad asistencial, constituida por profesionales médicos, psicólogos, asistente social y abogado, se dedica al diagnóstico y abordaje inte-

gral con carácter interdisciplinario de las diferentes manifestaciones del maltrato infantojuvenil.

Dentro de ese marco referencial se procedió a realizar:

Entrevista de admisión con la abuela materna, entrevistas con la madre, entrevistas con el padre, entrevistas con la abuela materna, entrevista con la abuela paterna, evaluación pediátrica de la hermana y seguimiento clínico en la internación.

Durante la internación, los padres protagonizaron episodios de violencia conyugal cruzada, que motivaron la suspensión y el reinicio de la convivencia de manera recurrente tal como había sucedido con anterioridad.

La madre mostró una actitud desafiante, poco colaboradora, sin poder acercarse a la descripción clara de los acontecimientos que desembocaban en la sintomatología referida; además, negó toda posibilidad de estar involucrada en los episodios vividos por su hija. Sin embargo, se pudo inferir el temor de que su hija no continuara a su cuidado.

En las entrevistas con la abuela materna se apreció una evidente preocupación por cuestiones laborales, ya que de ella dependía todo el grupo familiar. Tampoco mostró un compromiso empático con la nieta y rechazó la posibilidad de hacerse cargo del cuidado de la niña.

El padre manifestó dificultades para hablar espontáneamente y se mostró resistente a brindar información. Negó toda posibilidad de que la madre hubiese participado provocando los cuadros padecidos por su hija.

El abuelo paterno consideró que ni su hijo ni la madre de la niña podían continuar a cargo de la criatura. Sin embargo, su propia situación personal y familiar lo imposibilitaban para aportar el resguardo que la niña merecía.

Ante la posibilidad de que los episodios fueran provocados por la madre y en ausencia de familiares confiables, se requirieron los servicios de una cuidadora hospitalaria las 24 h del día. Tenía como finalidad supervisar de manera permanente todo procedimiento protagonizado por la progenitora que pudiera poner en riesgo la salud de su hija.

A partir de su incorporación, la paciente no volvió a repetir el cuadro clínico descripto.

Cabe señalar que, en países desarrollados, existen cámaras de video en las salas de internación que permiten la observación y filmación de los procedimientos que pudieran protagonizar las personas que permanecen al cuidado del paciente, lo cual permite validar o descartar la sospecha de Munchausen por poder.

Dada la delicada situación de la paciente, se

requirió el resguardo de su integridad como sujeto de derechos al Defensor de Menores y luego se sugirió al Juzgado que intervino:

- Permanencia de la niña a resguardo en un recurso de amas externas.
- Régimen de visitas para la madre y familiares supervisado por profesionales conocedores de la problemática.
- Garantizar tratamiento psiquiátrico para la madre.
- Evaluación psicológica al padre y eventual tratamiento.
- El 22/05/02 egresa la paciente con un "ama externa".

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo femenino de 4 meses de edad que ingresa al Hospital de Niños "Dr. Pedro de Elizalde" el 16 de mayo del 2005 derivada del Hospital Santojani, en el que se encontraba internada desde el 13-5-05 con diagnóstico de bronquiolititis de 24 h de evolución. Durante su permanencia en la guardia de ese centro asistencial presentó un episodio de apnea que cedió con estimulación manual.

La evolución fue favorable hasta que a las 48 h presentó dos episodios de apnea, con 5 minutos de diferencia entre sí, que se repitieron en sala de recuperación y requirieron intubación y respirador.

No se pudo constatar si estos episodios fueron en compañía exclusiva de la madre o en presencia de algún profesional. En los controles de enfermería consta que, ese mismo día por la mañana, la madre le retiró el oxígeno a la niña sin indicación médica.

Se pudo constatar que en febrero de 2005 había sido asistida en el Hospital Gandulfo por un cuadro de llanto constante, rechazo del alimento y sudoración de 1 hora de evolución. Posteriormente, episodio de pausa respiratoria con cambio de coloración de la cara y extremidades distales, acompañado de hipertonía. En esa oportunidad, se le realizó estudio polisomnográfico en el que se constataron "apneas con índices dentro de parámetros normales", y pHmetría con reflujo gastroesofágico patológico.

El diagnóstico al egreso fue "Reflujo gastroesofágico"; se le indicó tratamiento antirreflujo y, a la madre, la participación en un curso de reanimación cardiopulmonar.

Con la derivación del Hospital Santojani ingresa a Unidad de Terapia Intensiva del Elizalde y se decide la extubación con buena tolerancia; luego pasa a sala pediátrica.

Dos días después presenta episodio de apnea sin bradicardia que cede con ventilación con bolsa y máscara. Seguidamente se desencadena una convulsión tonicoclónica inicialmente focal y luego generalizada que supera con diazepam; se deriva a UTI.

Estudios realizados a la paciente:

- Cardiológicos: exámen clínico, ECG y Holter normales.
- Neurológicos: examen clínico, EEG y ecografía cerebral normales. Polisomnografía: apnea de 140 seg mixta, con bradicardia asociada, posterior a un episodio de llanto que cede con estimulación leve. Cabe señalar que durante el registro polisomnográfico, la técnica se ausenta por unos minutos para solicitar una mamadera para el bebé; cuando regresa, encuentra a la madre sobre la cabeza de la niña diciendo: "esta morada". Las manos de la madre se hallaban sobre la cara de la niña, sin intentar estimularla. Luego, la asiste una médica de UTI que constata su recuperación. Durante este episodio se registra la pausa respiratoria descrita anteriormente.
- Gastroenterológicos: seriada gastroduodenal: sin alteraciones anatómicas, con reflujo gastroesofágico III, cámara gamma: reflujo sin microaspiraciones.
- Examen oftalmológico: fondo de ojo normal. Se le realizaron los siguientes exámenes de laboratorio:

Hemograma, eritrosedimentación, glucemia, uremia, creatinina, hepatograma, enzimas musculares, calcio, fósforo y magnesio en sangre, coagulograma, hormonas tiroideas, dosaje de amonio y ácido láctico, orina completa y urocultivo.

Todos los resultados fueron normales.

Se constató a posteriori en la sala de UTI un episodio de desaturación que coincidió con el momento en que la niña se encontraba en los brazos de la madre y ésta la abrazaba intensamente.

En vista de las actitudes riesgosas observadas en la madre sobre la modalidad de cuidados que prodigaba a su hija, su actitud opositora, la persistente hostilidad demostrada y con exámenes complementarios cuyos resultados no justificaban los episodios presentados por la paciente, se decide la interconsulta del Servicio de Violencia Familiar.

Producto de esta intervención se decidió convocar inmediatamente a cuidadoras hospitalarias del CONNAF para establecer el acompañamiento, control y resguardo de la paciente durante la internación, para evitar que la madre se manejara de manera discrecional con la hija.

El grupo familiar conviviente con la niña está constituido por la madre, de 29 años, argentina, oriunda de una provincia sureña, con escolaridad secundaria incompleta y el padre, de 39 años, uruguayo, que trabaja de vendedor ambulante.

Ambos dan cuenta del fallecimiento de otro hijo de la señora con una pareja anterior en 1999; vinculan el desenlace fatal a un cuadro clínico semejante al de la paciente.

Los antecedentes médicos del hermano fallecido, según los registros del hospital Militar Central, ponen de manifiesto dos internaciones; la primera, en agosto de 1999, a los 45 días de vida, por bronquiolitis y apneas; todos los estudios realizados fueron normales incluido un estudio polisomnográfico.

La segunda, un mes después, por un cuadro de vómitos y diarrea, con dos episodios de apneas ese mismo día, el último de mayor duración. Pasa a UTI donde se consigna que el episodio no fue posterior a ingesta o llanto.

Posteriormente, registró un nuevo episodio de apnea prolongada que requirió asistencia respiratoria mecánica, donde se le aspira gran cantidad de leche del tubo endotraqueal. Continúa conectado al respirador 5 días. Luego se traslada a sala de internación pediátrica con tratamiento antibiótico. Pocos días después, presentó paro cardiorrespiratorio con nueva aspiración de leche por tubo endotraqueal; como consecuencia, sufre un cuadro de encefalopatía hipóxico isquémica que lo lleva al óbito el 30/10/99. Los diagnósticos de muerte fueron: paro cardiorrespiratorio con muerte cerebral y shock séptico.

Se realizaron entrevistas con la madre y luego con el padre. La mamá hizo referencia a su pasado signado por abandonos de la familia nuclear; permaneció institucionalizada por años. Como no soportaba ese modo de vida decidió retirarse por sus propios medios y pasó a vivir en un hogar de puertas abiertas; estudiaba y trabajaba hasta que quedó embarazada de su primer hijo.

Se presentó demandante, querellante y poco colaboradora; atribuyó a los profesionales que asistían a su hija, los malos tratos que apreciaba le dispensaban al criticar su función materna.

Permanecía orientada en tiempo y espacio, sin conciencia de enfermedad y con conciencia de situación. No se detectaron alteraciones cualitativas en la sensorialidad al momento de las entrevistas.

Requería de forma constante el alta de la niña, sin capacidad de aceptar la gravedad de los episodios sufridos por la niña.

Se suministraron técnicas proyectivas y psicométricas (Bender, HTP integrado y MMPI) que arrojaron los siguientes resultados:

- Tendencia a experimentar gran tensión interna ante un gran número de conflictos.
- Reducción de la capacidad autocrítica, adjudica a los demás la responsabilidad sobre sus problemas.
- Actitud hostil, de resentimiento y pensamiento rígido.
- Labilidad emocional con tendencia a la impulsividad y al *acting*.
- Sentimientos de perjuicio con respecto a los demás.
- Escaso control de sus impulsos.
- Preocupaciones por cuestiones sexuales.
- Sentimiento de soledad.
- Manejos interpersonales con características psicopáticas.

El padre se presentó a las entrevistas con actitud colaboradora; manifestó su deseo de separarse de la mujer y comentó que se haría cargo tanto de la manutención como del cuidado de la niña en el caso de que la madre no estuviera en condiciones de cuidarla.

Con respecto a las características de personalidad de su pareja, la definió como una persona inestable, que lo culpabiliza por todo lo que sucede, que amenazó con matarlo y que, además, es cleptómana. Relató diversos episodios en los cuales la madre de la paciente robó diferentes objetos de casas ajenas e, incluso, dinero a él mismo.

En este caso también se priorizó valorar el riesgo de la niña afectado y validar la sospecha diagnóstica sobre la base de las características del paciente y las del sujeto que provoca la sintomatología.

Como consecuencia del alto riesgo apreciado, se decidió en esa oportunidad y según la legislación vigente entonces, la solicitud de protección de persona al defensor de menores de turno.

Finalmente, y en virtud de diagnóstico situacional, se sugirió:

- Ubicar a la niña en un recurso extrahospitalario que garantizara su resguardo integral, con visitas de su madre supervisadas por personal entrenado.
- Derivar a la madre para evaluación psicopatológica en un servicio de adultos y tratamiento acorde al resultado.
- Derivar al padre a un espacio terapéutico, a fin de revisar y reflexionar sobre su función paterna.

CONSIDERACIONES FINALES

Es importante reforzar la idea de considerar la sospecha de síndrome de Munchausen por poder ante la presencia de niños con supuestos síntomas que no permiten consolidar un diagnóstico clínico claro, la falta de respuesta a los tratamientos implementados y la reiterada demanda de asistencia en diferentes instituciones sanitarias.

Se pudo apreciar que la modalidad de intervención frente a la sospecha del síndrome de Munchausen por poder, tuvo un carácter eminentemente interdisciplinario.

Dicho equipo valora el riesgo en el que se encuentra el paciente y sólo con el niño a resguardo se prosigue con el diagnóstico.

En los casos presentados, el resguardo se basó en evitar la repetición de maniobras que pudieran desencadenar el supuesto evento de aparente amenaza a la vida durante la internación.

Esta situación se logró con la presencia permanente de personal que asumió el control y cuidado del niño.

El diagnóstico se denomina situacional ya que contempla los aspectos médicos, psicológicos, psiquiátricos, sociales y legales.

En los casos de referencia, las características de las madres involucradas en los episodios de su-

puesto ALTE y la clínica de los niños afectados permitieron validar la presunción diagnóstica.

Es imprescindible reparar y evitar la reiteración de los episodios.

El monitoreo y seguimiento de esta patología es esencial para evitar el desenlace fatal que algunos pacientes registran. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Escudero Fernandez B, Zapatero M, Arizmendi MC, et al. Síndrome Munchausen por poderes. *Actuación médica. Ac Ped Esp* 1993; 51:759-764.
2. Meadow R. Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child abuse & neglect* 2002; 26:501-508.
3. Davis P, Mc Clure RJ. Procedures, placement and risk of further abuse after Munchausen syndrome by proxy non accidental poisoning and non accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1998; 78:217-221.
4. Feldman M, Brown R. Munchausen by proxy in an international context. *Child abuse & neglect* 2002; 26:509-524.
5. American Psychiatric Association. DSM IV TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000: Pág. 513.
6. Stirling J, Jr and the Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 2007; 119:1026-1030.
7. Grupo de trabajo en Muerte Súbita del Lactante. Recomendación sobre eventos de aparente amenaza a la vida (ALTE) *Arch Argent Pediatr* 2001; 99(3):257-262.
8. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Child* 1999; 88:7-14.
9. Little G, Brooks J. Accepting the unthinkable. *Pediatrics* 1994; 94(n 5):748-749.