

Maltrato médico infantil

J. I. Pérez Candás

Pediatra. CS de Sabugo. Avilés. Principado de Asturias. España. Comité de Pediatría Social y Comunitaria de la AEPap.

“La violencia no es solo matar a otro. Hay violencia cuando usamos una palabra denigrante, cuando hacemos gestos para despreciar a otra persona, cuando obedecemos porque hay miedo. La violencia es mucho más sutil, mucho más profunda”.

Jiddu Krishnamurti

“El manejo adecuado de la incertidumbre diagnóstica y la comunicación en el ámbito de la medicina, y aún más en la pediátrica, es en sí misma un arte”.

José Ignacio Pérez Candás

PUNTOS CLAVE

- El maltrato infantil es una importante causa de morbilidad en la edad adulta.
- El maltrato médico infantil consiste en los efectos lesivos causados a un menor cuando el cuidador exagera, se inventa, o induce síntomas de una enfermedad en el mismo, con la particularidad de ser producidos en el ámbito médico.
- Los médicos y el sistema de salud son parte del problema al poder servir involuntariamente como agentes perpetradores.
- Los médicos deben estar alerta sobre estas situaciones para su reconocimiento precoz y evitar la realización de pruebas o procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios y potencialmente peligrosos, más si cabe con los sistemas de salud actuales que pueden facilitar la sobremedicalización.
- Formar a los profesionales sanitarios sobre el maltrato médico infantil pudiera ayudar a reducir la morbimortalidad derivada del mismo.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil como ha sido corroborado en el estudio de la cohorte británica de 1958 es una importante causa de morbilidad en el ser humano adulto¹.

En 1992, D. M. Eminson y R. J. Postlethwaite² publicaron un artículo en el que describían la variedad de comportamientos de los padres al interactuar con el sistema sanitario. En un extremo del espectro de interacción se encuentra el maltrato médico infantil (MMI). En el otro estaría la negligencia médica, en la que los padres no buscan el cuidado médico necesario para sus hijos o no siguen las instrucciones y no administran las medicaciones necesarias que los médicos les prescriben para tratar las enfermedades de sus hijos, poniendo en riesgo la salud de estos. En el medio del espectro, estarían los padres que responden adecuadamente a los síntomas de sus hijos y buscan atención médica de manera oportuna. También incluían en el rango normal del espectro a los padres que buscan cuidados pero que son bastante indiferentes acerca de los síntomas o tratamientos y a padres que podrían estar demasiado ansiosos por síntomas triviales.

HISTORIA

El síndrome de Munchausen por poderes (SMPP) fue descrito por primera vez en 1977 por Meadow³. Hoy día, sigue siendo un diagnóstico complicado, controvertido y confuso⁴. Richard Asher (1951)⁵ describió unos “pacientes adultos que presentan unas historias clínicas espectaculares, llenas de mentiras e invenciones, en un presumible intento de conseguir seguridad hospitalaria y atención médica”. Le dio el nombre del barón von

Cómo citar este artículo: Pérez Candás JI. Maltrato médico infantil. Form Act Pediatr Aten Prim. 2021;14(1):31-8.

Munchausen, alemán del siglo XVI, que relataba extraordinarias historias sobre sus proezas como soldado y deportista. Meadow³ utiliza el término Munchausen por poderes para describir aquellas circunstancias en que un cuidador subrepticamente fabrica síntomas sobre el niño llevándole a procedimientos o tratamientos médicos innecesarios y potencialmente dañinos.

En el año 2000 Meadow⁶ añadió: “Los padres, más frecuentemente la madre, inventan, falsifican o producen de manera voluntaria síntomas en el niño, con la finalidad de gratificar las necesidades psicológicas de atención y dependencia de ellos mismos”.

Es conveniente precisar que si bien en la conceptualización de Asher, se diferencian dos “actores”; de una parte, el “paciente”, con sus fábulas tendentes a engañar, y el médico con su potencial clínico, al añadir Meadow “por poder”, damos paso a un tercer “actor”. Esta tercera persona, provoca e inventa síntomas sobre el menor del que es responsable, de manera que se crea una situación que admite diversas interpretaciones siendo necesario crear una nueva categoría diagnóstica, Falsificación de un proceso pediátrico (FPP), en el que se engloban muchas formas de exagerar o elaborar enfermedades con motivaciones distintas al síndrome de Munchausen por poderes. Pueden darse diversos casos de falsificación, como el denominado síndrome de la mascarada, cuando el propósito de la simulación por el cuidador es mantener al niño en casa, o el buscador de ayuda, como ocurre en algunas situaciones ligadas a la dependencia de las ayudas sociales. Otro buen ejemplo es el denominado síndrome de Munchausen tipo doctor *shopping* –de compra al médico– en el que debido a la “honestá” creencia por parte de los cuidadores de que no se está atendiendo/examinando correctamente al niño, se exageran los síntomas por parte de aquellos para continuar con pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos⁷.

Todas estas simulaciones se acaban al terminar la circunstancia motivadora, pero pueden extenderse en el tiempo si la circunstancia permanece.

Los médicos han usado frecuentemente el término para describir los casos en los que los síntomas clínicos se enfatizan y, o, exageran por un cuidador insatisfecho, de forma que pueda meter al niño en un circuito que aumenta las pruebas médicas e intervenciones. En algún momento del proceso y generalmente en una visión retrospectiva, los profesionales se dan cuenta de la falta de justificación de las intervenciones y del daño real o potencial que se ha causado o se pudo causar⁸.

Todas estas circunstancias alrededor de la falsificación de la enfermedad hicieron necesario que en 2002 la American Professional Society on the Abuse of Children⁹, hiciera un requerimien-

to para unificar los criterios, arrojar luz y evitar catalogaciones erróneas: el diagnóstico de SMPP propiamente dicho, se debe aplicar al trastorno que comporte dos elementos básicos: un diagnóstico en el niño y un diagnóstico en el cuidador. Solamente cuando la motivación sea la autosatisfacción por el cuidador de sus necesidades psicológicas debe usarse el término SMPP. Esta diferenciación terminológica aportada por la American Professional Society on the Abuse of Children representa una ayuda de especial importancia, a la hora de establecer qué tipo de medidas son precisas para garantizar la protección del niño.

La Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) -5 utiliza el término “Trastorno facticio impuesto a otro”, (FDIOA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, este término no es específico para los niños, y puede incluir la enfermedad fabricada o inducida en un adulto o mascota¹⁰⁻¹².

Se ha producido un cambio radical en la interpretación de estas situaciones cuando el informe clínico del American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect¹³ llamó a esta forma de maltrato “maltrato infantil en un entorno médico”, señalando que puede incluir maltrato, negligencia médica y malos tratos psicológicos. Este término se utilizó para centrar la atención en el daño causado al niño independientemente de la situación clínica del cuidador.

DEFINICIÓN

Roesler y Jenny¹⁴ coincidieron en que los pediatras deben centrarse en el maltrato que está sufriendo el menor en lugar de en la motivación del infractor y acuñaron el término maltrato médico infantil (MMI), que definieron como aquellas situaciones en que “un niño recibe un tratamiento innecesario o una atención médica potencialmente nociva a instancias de un cuidador”, incluyendo la exageración de los síntomas, la mentira en la anamnesis clínica, la simulación de hallazgos físicos o la inducción intencional de la enfermedad en su hijo¹⁵.

Los perpetradores quieren convencer a los pediatras de que se requiere atención médica. En estos casos la anamnesis detallada de los padres, que es una herramienta muy valiosa para el diagnóstico, se vuelve ineficaz e incluso contraproducente¹⁶.

Algunos cuidadores pueden fabricar enfermedades en sus hijos exclusivamente para obtener beneficio financiero¹⁷. En otros casos, aunque los autores del MMI “generalmente no tienen intención de matar o mutilar al niño”, sus acciones pueden poner a los niños en riesgo de muerte o discapacidad a largo plazo¹⁸.

EPIDEMIOLOGÍA

Sheridan (2003)¹⁹ revisó 451 publicaciones de MMI, señalando un resultado fatal en 27 casos (6%) y discapacidad prolongada o permanente en 33 (7,3%). Algunos defienden la hipótesis de que el 10% de las muertes infantiles súbitas se deben a la asfixia deliberada provocada por un cuidador (Craft, Hall, 2004)²⁰, que puede ser una manifestación de MMI (Bass, Acosta, Adshead, Byrne, 2014)²¹. Se han informado problemas emocionales del tipo de los síntomas de estrés postraumático en sobrevivientes²². Pruebas diagnósticas y tratamientos injustificados pueden dar lugar a complicaciones iatrogénicas en estos casos¹⁰, también a intervenciones “heroicas”: los cirujanos han realizado pancreatoclectomía (Giurgea *et al.*, 2005)²³, hemicoleclectomía (Malatack, Wiener, Gartner, Zitelli y Brunetti, 1985)²⁴, y amputación de miembros (Dershewitz, Vestal, Maclaren, y Cornblath, 1976)²⁵ bajo presión de los cuidadores.

Hay poca evidencia con respecto a la incidencia o prevalencia del MMI y la existente se centra principalmente en casos graves. Sobre la base de estudios observacionales basados en los casos notificados a las agencias de protección infantil, la incidencia anual estimada es de aproximadamente 0,4 a 1,2 por 100 000 en niños menores de 16 años de edad^{26,27}. Sin embargo, estas estimaciones no tienen en cuenta los casos menos graves de MMI que no se informan a las autoridades de protección de menores y por lo tanto, probablemente reflejen una subestimación significativa de la frecuencia.

Los estudios realizados en entornos especializados o en entornos interdisciplinarios recogen las estimaciones más altas: 0,53-1,8%^{28,29} MMI parece ser diagnosticado con más frecuencia por los médicos que se especializan en enfermedades pediátricas que son difíciles de descartar objetivamente, como la alergia alimentaria³⁰ o el asma³¹.

La tasa de mortalidad de las víctimas de MMI es de entre el 6 y el 10 por ciento, lo que lo convierte en la forma más letal de maltrato infantil³².

En una amplia revisión de casos se encontró que casi todas las maltratadoras eran mujeres (97,6%) y madres de las víctimas (95,6%). La mayoría estaba casada (75,8%). La media de edad de los perpetradores en el inicio de los síntomas era de 27,6 años. Hasta un 45,6% de los mismos tenían profesiones relacionadas con el sector sanitario. Un 23,5% de las perpetradoras habían tenido problemas de salud obstétrica. Un 30% antecedentes de maltrato infantil. Los diagnósticos psiquiátricos más comunes fueron: trastorno facticio impuesto a sí mismo (30,9%), trastornos de la personalidad (18,6%) y depresión (14,2%)³³.

Otras características asociadas con MMI incluyen:

- El menor comúnmente tiene menos de 5 años.
- En muchas ocasiones suele tener una enfermedad o discapacidad médica verdadera.
- La complejidad de la presentación clínica suele ser notable. Casi el 75 por ciento de los niños tenían múltiples síntomas informados por el cuidador^{26,27}.

Aunque se ha intentado hacer perfiles de perpetradores hoy sabemos que es poco útil por su escaso valor predictivo, por ello el médico debe permanecer centrado en la experiencia sufrida por el niño en lugar de en la personalidad del perpetrador³⁴.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

No hay una presentación clínica típica para el MMI (Tabla 1). Debido a que la historia recogida de un cuidador es el punto de partida para la atención médica, las constelaciones de síntomas como dependen del informe del cuidador son de lo más variadas (por ejemplo, dolencias gastrointestinales como vómitos o diarrea, síntomas neurológicos como coma, ataxia, convulsiones o apnea o respuestas alérgicas)³⁴.

DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico, el médico debe plantearse tres preguntas:

1. ¿La historia clínica y los signos y síntomas de la enfermedad son creíbles?
2. ¿Está recibiendo el niño una asistencia médica innecesaria y perjudicial o potencialmente perjudicial?

En caso afirmativo.

3. ¿Quién instiga las evaluaciones y tratamientos?

Para establecer el diagnóstico de esta forma de malos tratos (Tabla 2) son necesarias dos circunstancias:

- 3.1. Los efectos perjudiciales o potenciales efectos perjudiciales en el niño relacionados con la asistencia médica,
- 3.2. La existencia de un cuidador que instiga los hechos³⁵.

Cuando hay sospecha fundada de MMI la separación del niño del cuidador es una prueba muy adecuada para descartar el proceso¹⁹. También se ha usado la videovigilancia, en casos seleccionados, con excelentes resultados³⁶.

Tabla 1. **Síntomas y signos**³².

Alérgicos	Alergias alimentarias, erupciones
Dermatológicos	Eritema, vesiculaciones por quemaduras, laceraciones, rasguños, heridas incisas, eccema
Del desarrollo	Alteraciones del aprendizaje, enfermedades por déficit de atención e hiperactividad, disfunciones neuromotoras, retraso generalizado del desarrollo, psicosis
Endocrinos:	Polidipsia, poliuria, hipoglucemia, diabetes, glicosuria
Intestinales:	Dolor abdominal, anorexia, diarrea, deshidratación Quemaduras esofágicas Vómitos, pérdida de peso, obstrucción intestinal, disquinesias intestinales Sangrado, incluyendo hematemesis y hematoquecia o melena, sangrado de la sonda nasogástrica, sangrado por ileostomía Trastornos conducentes a una necesidad de nutrición parenteral
Hematológicos	Hemorragia, moratones, anemia
Infección	Fiebre, leucopenia, sepsis, artritis séptica, osteomielitis Falta de resolución de infecciones con antibióticos a los que las bacterias son susceptibles Inicio de una nueva infección mientras el niño está recibiendo antibióticos a los que las bacterias son susceptibles Bacterias inusuales del sitio de infección o infección con múltiples organismos simultáneos de baja patogenicidad
Metabólicos	Trastornos mitocondriales sin pruebas positivas
Neurológicos	Convulsiones, dolores de cabeza, debilidad, trastorno de la conciencia
Oncológicos	Leucemia u otros cánceres
Oftalmológicos	Conjuntivitis hemorrágica recurrente, queratitis, inflamación de párpados, pupilas desiguales, nistagmo, celulitis periorbitaria
Ortopédicos	Cojero
Óticos	Otorrea, infecciones recurrentes
Renales	Hematuria, proteinuria, cálculos renales, bacteriuria, insuficiencia renal, hipertensión, nicturia, hipernatremia, hiponatremia, hipopotasemia, piuria, insuficiencia renal
Reumatológicos	Artritis, artralgia, rigidez matinal

Tabla 2. **Factores de sospecha de maltrato médico infantil**^{32,33}.

Incongruencia entre la anamnesis y los hallazgos objetivos
Los síntomas del niño, su evolución o la respuesta al tratamiento son incompatibles con ninguna enfermedad conocida
El cuidador no expresa alivio o satisfacción cuando se le dice que el niño está mejorando o que no tiene una enfermedad en particular
Presencia de historias inconsistentes expresadas por diferentes observadores
El cuidador insiste en procedimientos invasivos o dolorosos y hospitalizaciones
El comportamiento del cuidador no coincide con la angustia expresada. Puede mostrarse relativamente distante a nivel emocional
Los signos y síntomas solo se producen en presencia de un cuidador
Se notifican nuevos síntomas tan pronto como los anteriores se han resuelto
Hay una historia de eventos que es biológicamente improbable (por ejemplo, los niños con una historia de pérdidas de sangre muy grandes que no se enferman o anemizan)
Algún hermano tiene o tuvo una enfermedad o muerte inusual o inexplicable
Sensibilidad a múltiples sustancias ambientales o medicamentos
Mala respuesta del niño a tratamientos que comúnmente funcionan o intolerancia inusual a aquellos
El cuidador solicita públicamente donaciones o quiere obtener algún tipo de gratificación debido a la enfermedad rara del niño
Historia abigarrada de enfermedades inusuales en la familia del cuidador o en el propio cuidador, o historia de somatización del cuidador
Hay discrepancias entre la historia, el estado físico, examen y estado de salud del niño

TRATAMIENTO

Cuando se considera el tratamiento de los malos tratos infantiles que tienen lugar en un ámbito médico, deben aplicarse los principios básicos usados en cualquier otra forma de maltrato infantil (Tabla 3)¹³.

NOTIFICACIÓN A LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE MENORES

Pueden darse diversas situaciones y habrá que actuar de acuerdo con ellas. Por ejemplo, si un padre sobreprotector que ha insistido en una atención médica excesiva para su hijo está dispuesto a cooperar con el médico y aprender cuándo es apropiado solicitar asistencia, el niño puede recibir tratamiento sin riesgos en el seno de la familia. En comparación, si un padre ha intentado repetidas veces asfixiar al niño, es probable que el “ámbito menos restrictivo” que garantizara la seguridad del niño fuera su acogida permanente en un centro o familia. Si la solicitud de asistencia del padre está perjudicando al niño, pero aquel se niega a cooperar con el médico para limitar el grado de asistencia médica hasta un nivel apropiado, es preciso informar a los servicios de protección de la infancia. Si el padre persiste en sus acciones perjudiciales en el niño, se declararán malos tratos infantiles en un ámbito médico de la misma forma que se declaran los malos tratos físicos y los abusos sexuales infantiles. Siempre que la acción de un adulto perjudique o provoque lesiones a un niño a su cargo, deben intervenir los servicios protectores de infancia¹³.

PRONÓSTICO

Es poco alentador para los perpetradores aunque han habido excepciones ocasionales (Tabla 4).

Schreier³⁴ afirma que las personas del entorno de los cuidadores- maltratadores deben participar en el tratamiento, porque con frecuencia han colaborado en el maltrato del niño.

Tabla 3. Manejo de la situación¹³.

1. Garantizar la seguridad del menor
2. Garantizar que en el futuro no corra riesgos
3. Procurar que el tratamiento tenga lugar en el ámbito menos restrictivo posible
4. Establecer un plan de tratamiento psiquiátrico para el progenitor implicado y para los niños afectados

Tabla 4. Éxito del tratamiento³⁴.

El maltratador ha admitido los hechos y ha sido capaz de describir y reconocer específicamente en que consistió el proceso
El maltratador ha experimentado una respuesta emocional adecuada por su comportamiento y el daño que ha causado al niño
El maltratador ha desarrollado estrategias para identificar y gestionar mejor sus necesidades para evitar volver a maltratar al niño en el futuro
El maltratador ha demostrado estas habilidades, con monitoreo durante un periodo de tiempo

IMPLICACIONES PARA EL DESEMPEÑO PROFESIONAL

- En el aforismo tantas veces citado de Hipócrates se amonesta al médico para que ante todo, no perjudique y, con toda la razón. Aun cuando sean necesarios, en el mejor de los casos, los exámenes diagnósticos son molestos e incómodos y, con frecuencia, cruentos o dolorosos. El tratamiento entraña riesgos, porque en ocasiones incluye el ingreso hospitalario, la administración de fármacos o cirugía. Cuando el diagnóstico es difícil de establecer y los esfuerzos diagnósticos se vuelven más agresivos, el médico siempre debe sopesar los riesgos para el paciente frente a los beneficios de un diagnóstico preciso. Este cálculo es más importante que nunca en las raras circunstancias en las que el cuidador del paciente se inventa los signos o síntomas de la enfermedad en cuestión³⁵.
- Los profesionales sanitarios están formados para hacer una anamnesis y una exploración clínica, y guiar su evaluación y gestión. En el MMI, la anamnesis puede estar realizándose al autor del maltrato que ha diseñado una estrategia para engañar a los profesionales³. Los médicos deben estar alerta sobre estas situaciones para su reconocimiento temprano e impedir pruebas innecesarias porque de no ser así los comportamientos familiares y profesionales pueden abocar a una situación cada vez más peligrosa para el menor, más si cabe con los sistemas de salud actuales que pueden facilitar la sobremedicalización.
- Al igual que con otras formas de maltrato infantil, el diagnóstico preciso del MMI requiere que el pediatra mantenga un escepticismo saludable cuando se dan ciertas circunstancias³⁵.
- Los niños mayores pueden haber sido convencidos por sus padres de que tienen una enfermedad y pueden simular síntomas.

- Siempre que sea posible es conveniente consultar el caso con un pediatra experto en malos tratos infantiles. Esto puede contribuir a reducir las posibilidades de un diagnóstico erróneo "falso positivo" y a identificar mejor los casos reales¹³.
- En estas situaciones, la revisión minuciosa de la historia clínica es muy importante (Tabla 5). En general los cuidadores implicados en casos de MMI solicitan asistencia médica de una diversidad de fuentes y pueden cambiar de médico con frecuencia. Es importante implicar a todos los médicos responsables en el proceso. Los médicos de Atención Primaria y los de subespecialidades pediátricas, así como los de los servicios de urgencia, pero también los del ámbito de la medicina privada, deben trabajar en equipo para identificar a los padres que solicitan una asistencia médica excesiva. Deben comunicarse con regularidad acerca del grado de utilización de esta y alcanzar un consenso sobre el tratamiento. La cooperación de todos los médicos implicados no solo es decisiva para la asistencia óptima del paciente, sino que también impide que el padre manifieste confusión o que se enfrente deliberadamente a los médicos¹³.
- Trabajar con un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de protección de la infancia es muy útil. Estos equipos aportan una diversidad de habilidades y puntos de vista al proceso de tratamiento y proporcionan un apoyo muy importante para el pediatra de Atención Primaria, que debe coordinar el proceso¹³.
- Se necesita implicar a toda la familia en el tratamiento para garantizar que en el futuro la víctima y cualquier otro niño en el hogar no corran riesgos¹³.
- Cuando sea apropiado, los terapeutas pueden usar técnicas eficaces de tratamiento conductual para modificar las conductas disfuncionales del niño.
- Los profesionales deben ser conscientes que los perpetradores pueden seguir infligiendo maltrato en las dependencias hospitalarias.
- Los profesionales deben asumir que no todos los casos de MMI tendrán "historias clínicas copiosas", es decir, una historia de uso abusivo de la atención de salud porque no siempre es así³¹.
- Hay que tener cuidado al confrontar a los perpetradores de MMI, ya que algunos pueden tener un historial de intentos de suicidio o de automutilación³¹.
- Cuando una evaluación diagnóstica razonable no produce los hallazgos esperados y acordes con la anamnesis clínica, los profesionales deberían hacer una pausa en las actividades diagnósticas y replantearse los hechos conocidos hasta ese momento, planteando en el diagnóstico diferencial la posibilidad de informaciones falsas o hechos clandestinos por parte del cuidador para provocar signos y síntomas³.
- El escepticismo reflexivo puede ser muy necesario si el historial médico no coincide con los resultados objetivos. Por ejemplo, varios pañales llenos de "sangre" debiera estar asociado con taquicardia o caída del hematocrito; si no es así los profesionales deben incluir la simulación dentro del diagnóstico diferencial.
- Los síntomas exagerados reportados por un cuidador no contrastable plantean un auténtico reto. La exageración de los síntomas depende del ojo del espectador y no es, por sí mismo, un método irracional que los padres usen cuando tratan de "asegurar" el bienestar de sus hijos¹⁰. Sucede con frecuencia que se puede visitar a un niño por un cuadro clínico determinado y se puede realizar un diagnóstico compatible con la situación clínica. Con el paso del tiempo puede haber síntomas que persistan pese a las diversas estrategias de tratamiento. El cuidador, y a veces también el médico, no se tranquilizan y se preocupan porque se pueda "escapar" algo. Cualquiera de los dos casos puede llevar a intervenciones más allá de aquellas justificadas por los hallazgos objetivos. Los médicos pueden quedar atrapados en un patrón de escalada de la atención médica, hasta el punto de causar un daño real¹⁶. La atención sanitaria proporcionada en los sistemas de salud actuales podría facilitar este tipo de eventos indeseables¹⁷.

Tabla 5. **Historia clínica**³².

Date	Location	Reason for contact	Reported signs/symptoms per caregiver	Objective Observations by physician	Conclusions/ Diagnosis made	Treatment Provided	Efficacy of treatments	Other observations

- La gran frecuentación de las consultas, el uso inadecuado de los recursos sanitarios, sobre todo en Atención Primaria, pero también en la hospitalaria y en los servicios de urgencias, el escaso tiempo disponible para los pacientes, la banalización de la atención sanitaria por parte de algunos cuidadores, la historia clínica electrónica a veces limitada en la capacidad de expresión y registro de los profesionales, la inadecuada codificación de los procesos mórbidos pediátricos, pueden ser condicionantes muy importantes de una atención sanitaria segura y de calidad y dificultar indirectamente la detección de este tipo de eventos perversos.
- La tecnificación masiva de la asistencia sanitaria y su despersonalización también podrían dificultar la detección de estos eventos.
- Debemos tener presente que los resultados de las pruebas bioquímicas y diagnósticas pueden ilustrar o engañar. Los riesgos asociados con el aumento de las pruebas incluyen:
 - Sobreinterpretación de datos incompletos.
 - Percepción temerosa de enfermedad significativa basada en valores anormales inespecíficos y retroalimentación de la ansiedad con resultados no concluyentes.
 - El aumento del número de pruebas incrementa el riesgo de resultados engañosos que lleven a procedimientos peligrosos o dañinos¹⁸.
- La plétora de pruebas de laboratorio y procedimientos de evaluación, junto con las expectativas de los padres para ensayos adicionales, probablemente aumentará la utilización de métodos bioquímicos y diagnósticos. Los resultados de las pruebas normales proporcionan seguridad, pero paradójicamente pueden incrementar la ansiedad porque una condición rara o no diagnosticada todavía se puede encontrar con la siguiente ronda de pruebas.
- La satisfacción del cuidador es importante. Las familias tienen preocupaciones y está bien tener planes de cuidados para abordar las mismas, pero la atención dirigida a esas metas también puede enfatizar la preocupación del adulto por la seguridad absoluta del menor. Por otra parte, las prestaciones sanitarias se han convertido en un bien de consumo, dentro de las sociedades occidentales. De esta forma un cuidador exigente e insatisfecho puede intentar encontrar el problema a través de múltiples consultas médicas, estudios diagnósticos adicionales e incluso procedimientos invasivos que pueden no estar médicamente indicados.
- Puede ocurrir que aceptar las demandas de los cuidadores sea lo preferido por los profesionales porque:
 - Tengan menos presión cuando los padres están satisfechos.
 - Estén menos ansiosos sobre posibles pleitos por “algo que faltó por hacer” o “el por si acaso” o tengan la creencia de que “nunca haces mal si haces algo”.
 - Existan incentivos financieros asociados con un aumento de las pruebas y consultas.
- Se necesita habilidad, experiencia y confianza del médico para hacer un razonamiento, médicamente sólido y, basado en la mejor evidencia para establecer el juicio de que otras pruebas o intervenciones no están indicadas porque pueden ser una fuente de daño innecesario a un niño.
- No hay duda de que Internet permite a los cuidadores realizar su propia investigación, y tener sus propias expectativas sobre que pruebas e intervenciones pueden estar indicadas. Esto es un desafío para el médico que debe equilibrar las necesidades del niño con las demandas parentales siempre con el objetivo de asegurar la calidad y la seguridad de la atención prestada al menor.

Una vez que se sospecha MMI, es importante la intervención multidisciplinaria, que incorpore aportes de varias fuentes: la Atención Primaria de salud, el hospital, la escuela, los servicios de protección infantil, y fuentes no tradicionales como las redes sociales³⁶ para llevar a buen puerto la investigación y proteger al menor si fuera necesario que siempre debe ser el principal objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Power C, Li L, Pinto Pereira SM. An overview of child maltreatment (neglect and abuse) associations with developmental trajectories and long-term outcomes in the 1958 British birth cohort. *Longit Life Course Stud.* 2020;11:431-58.
2. Eminson DM, Postlethwaite RJ. Factitious illness: recognition and management. *Arch Dis Child.* 1992;67:1510-6.
3. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet.* 1977;2:343-5.
4. Sigal M, Gelkopf M, Meadow R. Munchausen by proxy syndrome: the triad of abuse, self-abuse, and deception. *Compr Psychiatry.* 1989;30:527-33.
5. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet.* 1951;1:339-41.
6. Meadow R. The dangerousness of parents who have abnormal illness behaviour. *Child Abuse Rev.* 2000;9:62-7.
7. De la Cerda Ojeda F, Goñi González T, Gómez de Terreros I. Síndrome de Munchausen por poderes. *Cuad Med Forense.* 2006;12:43-44.

8. Squires JE, Squires RH. A review of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatr Ann.* 2013;42:67-71.
9. Guidelines 2002. En. American Professional Society on the Abuse of Children [en línea] [consultado el 24/03/2021]. Disponible en: <https://www.apsac.org/9235f9n18>
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.ª edición. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. p. 324-26.
11. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373:68-81.
12. McCurdy K, Daro D. Current trends in child abuse reporting and fatalities. The National Center on Child Abuse Prevention and Research, Working Paper No. 808. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse; 1994.
13. Stirling J. Más allá del síndrome de Munchausen por poderes: identificación y tratamiento de los malos tratos infantiles en un ámbito médico. Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics.* 2007;63:321-5.
14. Roesler T, Jenny C. Medical Child Abuse. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy. *American Academy of Pediatrics*; 2009.
15. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet.* 2014;383:1422-32.
16. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagan S, Kenney RD, Johnson SC (2000). Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. *Pediatrics.* 2000;105:1305-12.
17. Anderson APA, Feldman MD, Bryce J. Munchausen by Proxy: A Qualitative Investigation into Online Perceptions of Medical Child Abuse. *J Forensic Sci.* 2018;63:771-5.
18. Sigal M, Gelpkopf M, Levertov G. Medical and legal aspects of the Munchausen by proxy perpetrator. *Med Law.* 1990;9:739-49.
19. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl.* 2003;27:431-51.
20. Craft AW, Hall DM. Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *BMJ.* 2004;328:1309-12.
21. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet.* 2014;383:1412-21.
22. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child.* 1993;69:625-30.
23. Giurgea I, Ulinski T, Touati G, Sempoux C, Mochel F, Brunelle F, et al. Factitious hyperinsulinism leading to pancreatectomy: severe forms of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics.* 2005;116:e145-8.
24. Malatack JJ, Wiener ES, Gartner JC Jr, Zitelli BJ, Brunetti E. Munchausen syndrome by proxy: a new complication of central venous catheterization. *Pediatrics.* 1985;75:523-5.
25. Dershwitz R, Vestal B, Maclaren NK, Cornblath M. Transient hepatomegaly and hypoglycemia. A consequence of malicious insulin administration. *Am J Dis Child.* 1976;130:998-9.
26. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996; 75:57.
27. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *J Paediatr Child Health.* 2001;37:240.
28. Truman TL, Ayoub CC. Considering suffocatory abuse and Munchausen by proxy in the evaluation of children experiencing apparent life-threatening events and sudden infant death syndrome. *Child Maltreat.* 2002;7:138-48.
29. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, Gatto A, Liberatore P, Binetti P, Stabile A. Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *J Child Health Care.* 2013;17:366-74.
30. Feldman MD. Munchausen by proxy and malingering by proxy. *Psychosomatics.* 2004;45:365-6.
31. Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - A systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl.* 2017; 72:45-53.
32. Flaherty EG, Macmillan HL; Committee On Child Abuse And Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics.* 2013;132:590-7.
33. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. En: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists [en línea] [consultado el 24/03/2021]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/when-to-suspect-child-maltreatment-nice-clinical-guideline-89/>
34. Schreier H. Munchausen by proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2004;34:126-43.
35. Southall DP, Plunkett MC, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP. Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics.* 1997;100:735-60.
36. Ali-Panzarella AZ, Bryant TJ, Marcovitch H, Lewis JD. Medical Child Abuse (Munchausen Syndrome by Proxy): Multidisciplinary Approach from a Pediatric Gastroenterology Perspective. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017;19:14.