

11237
201
1441



**Universidad Nacional Autónoma
de México**

**Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Instituto Nacional de Pediatría S. S.**

**“Púrpura en el Desnutrido: Revisión de 42 casos
en el Servicio de Nutrición del Instituto Nacional
de Pediatría”**

TESIS DE POSTGRADO
que para obtener el título de especialista en
P E D I A T R I A
p r e s e n t a

Dra. Sandra Nohemy Tovar Calderón



INP

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

	PAG.
I.- INTRODUCCION	1
II.- MATERIAL Y METODOS	3
III.- RESULTADOS	3
IV.- DISCUSION	9
V.- CONCLUSIONES	17
VI.- BIBLIOGRAFIA	19
VII.- ANEXOS	21

INTRODUCCION

La púrpura del desnutrido se ha considerado como una entidad nosológica específica, caracterizada por procesos de carácter multifactorial y que aparece durante la evolución de la desnutrición proteico calórica grave (1).

En un estudio realizado por el Dr. Ramos Galván (1945-1962) se observó el trastorno en el 22% de los niños con desnutrición de tercer grado con un aumento de la frecuencia a medida que aumentaba la edad, de tal manera que un 6% fueron menores de 12 meses y un 40% se encontraba en el quinto año de edad (2).

La púrpura del desnutrido es un dato de alarma que ensombrece grandemente el pronóstico (1,2,3) de modo que la mortalidad en niños severamente desnutridos sin púrpura es del 25% y de un 36% en los que la presentan. (3).

Se han relacionado muchos factores con la presencia de púrpura, entre ellos destaca la presencia de edema, observándose una mayor frecuencia en los niños edematosos (2).

Las infecciones parenterales suelen ser más frecuentes entre los niños púrpuricos que en los no púrpuricos (2), en este aspecto se conoce el papel que juega el proceso inflamatorio en

La patogénesis de la anemia y el efecto de las infecciones sobre el metabolismo del hierro (4); de hecho, hay una mayor incidencia de infecciones relacionadas con la presencia de anemia (3,5), que desde el punto de vista morfológico, es normocítica y normocrómica y es debida al fenómeno de dilución que se presenta en el desnutrido (4,6), pero en ocasiones,, puede ser de tipo megaloblástico ya sea por déficit de ácido fólico ó de vitamina B12, también puede ser microcítica por deficiencia de hierro (7,8).

Es admitido que la deficiencia de los factores de la coagulación no determina la presencia de la púrpura y los eventos hemorrágicos secundarios también son independientes de ella (3), no habiendo activación de los mecanismos de coagulación y coagulación intravascular diseminada, a menos que los niños tengan un proceso infeccioso u otra patología agregada (9).

En algunos niños se han demostrado alteraciones cuantitativas ó cualitativas de las plaquetas relacionandose con metamorfosis viscosa anormal (10).

En esta revisión se pretende conocer las características de la púrpura en los niños que ingresaron al Servicio de Nutrición - en los últimos cuatro años (1985-1988), analizando algunos de los factores relacionados y la evolución de los niños que la presentaron.

MATERIAL Y METODO.

Se revisaron los expedientes clínicos de 333 niños desnutridos que ingresaron al Servicio de Nutrición del Instituto Nacional de Pediatría desde enero de 1985 hasta Diciembre de 1988, de estos, se encontraron 42 niños que presentaban manifestaciones de púrpura, ya sea a su ingreso o posteriormente durante su estancia hospitalaria, en estos 42 niños, se hizo una revisión retrospectiva, investigando la incidencia, las características generales, el estado nutricional, el tipo de desnutrición que presentaban, las manifestaciones clínicas y las alteraciones asociadas, además la evolución que tuvieron durante su estancia hospitalaria.

RESULTADOS:

Desde 1985 a 1988 hubo 333 ingresos de niños severamente desnutridos al Servicio de Nutrición del Instituto Nacional de Pediatría. De estos niños que ingresaron, 42 presentaron púrpura del desnutrido que representó un 12.6%. El menor número de casos se observó en 1985 (7 niños) y el mayor número se presentó en 1987 (14 niños). (Ver cuadro No.1).

En cuanto a la edad, 38 (90.4%) eran menores de 2 años de edad, el 64.2% tenfa menos de 12 meses, aproximadamente la mitad de estos, eran menores de 4 meses. Solamente el 91% de los niños tenfan más de 2 años de edad. (Ver figura No.1).

No se observaron diferencias en cuanto al sexo, el 50% fueron varones y el otro 50% fueron niñas. (Cuadro No.2).

Con respecto a la distribución de acuerdo al déficit del peso para la edad a su ingreso, según la clasificación de Gómez para la valoración del grado de desnutrición, se observó que el 69% de los niños con púrpura tenfan un déficit mayor del 40%, en un 19% tenfan un déficit de 25-40% y en un 11.9%, el déficit de peso para la edad era menor del 25%, sin embargo, aquellos con déficit menor del 40% presentaban edema. (Cuadro No.3).

En la valoración de acuerdo al déficit de la talla para la edad, se observó que casi la mitad de ellos (42.8%), tenfan un déficit menor del 10%, en un 38% el déficit era del 10-19% y sólo en un 11% el déficit era mayor del 20%, en 3 niños del estudio no se consignó la talla en los expedientes clínicos al momento de su ingreso. (Cuadro No. 4).

En cuanto al tipo de desnutrición, el cuadro clínico del marasmo fue el más frecuente, representando un 38.1%, siguiéndo

le en frecuencia la forma mixta (Kwashiorkor-marasmática) -- en un 30%, quedando hasta en un tercer lugar la expresión -- clínica del Kwashiorkor, en un 23.8%. El tipo de desnutrición menos frecuente fue el Sugar baby, en un 7.1% (Figura No.2).

Se investigaron los antecedentes de la alimentación que habían recibido estos niños antes de su ingreso: en un 69% no solían comer carne, un 78% no comían huevo, en un 54% no comían frutas y en un 76% no comían verduras. El 45% no tomaba leche. Menos del 7% ingería estos alimentos diariamente y el resto solamente los ingería una o dos veces por semana u ocasionalmente. Un 11-19% ingería estos alimentos pero no se especifica la frecuencia. (Cuadro No.5).

En cuanto a la localización, las lesiones se observaron más frecuentemente en el tronco anterior, ya sea en tórax y/o abdomen, en un 92%, siguiéndole en frecuencia las lesiones en los miembros inferiores (30%), en un menor porcentaje las presentaron en la espalda, en el cuello y en los miembros superiores, en un niño no se describe donde tenía localizadas las lesiones (Cuadro No.6).

Con respecto a las manifestaciones clínicas asociadas las manchas pelagroides se presentaron con mayor frecuencia 83%, si-

guiendole la presencia de anorexia en un 59%, y la irritabilidad en un 57%, más de la mitad (54%) presentó hipotermia y en un 21% se encontraron datos clínicos de deshidratación al momento de descubrir la púrpura. En cuanto a los signos clínicos de anemia, solamente en un 50% se consigna la presencia de palidez, en el 14% se describe la presencia de lengua lisa, el mismo porcentaje cursó con disnea y en un 4% se palpó el polo esplénico. (Cuadro No. 6).

Se hicieron determinaciones de hemoglobina, en el 61% de los niños se presentó anemia de diverso grado, de tal manera que el 45% cursaba con hemoglobina de 7-9g% y el 16.6% tenía una hemoglobina de 4-6%, no observándose ningún niño con hemoglobina menor de 4g%. (Figura No. 3).

A 17 pacientes se les hizo frotis de sangre periférica, observándose la presencia de macrocitosis en 4 niños, en uno se reportó microcitosis y en 6 hipocromia, en el resto no se especificaron anomalías de los glóbulos rojos en el frotis de sangre periférica. (Ver cuadro No. 8).

En 26 niños del estudio, se tomó muestra de sangre para la determinación de niveles de vitamina B12 y folatos, los cuales fueron hechos por el Servicio de Medicina Nuclear por medio -

de la técnica de radioinmunoensayo, en cuanto a la vitamina B12, en la mayoría se reportaron niveles normales (18 niños), y en 8 pacientes estuvieron aumentados, en ningún paciente se encontraron niveles disminuidos. (Cuadro No.9). El comportamiento se mostró diferente en los resultados de los niveles de folatos, ya que en 10 niños se reportaron niveles más bajos de lo normal y en el resto fueron normales, no hubo ningún caso con niveles aumentados. (Cuadro No. 10).

En cuanto a los resultados de la cuantificación de las plaquetas, se reportaron normales en más de la mitad de los casos (57%), sin embargo 38% de los pacientes cursó con trombocitopenia, pero en ninguno de ellos fue menor de 20,000 plaquetas (Cuadro No.11).

Sólo en 26 niños se investigó el tiempo de protombina resultando prolongado en el 70% y reportándose normal en el 30% (Figura No.4).

Con respecto a la presencia de manifestaciones de un proceso infeccioso, la mayor frecuencia se observó a nivel del tracto gastrointestinal bajo (30 niños que representaron un 71%) manifestado por la presencia de diarrea que en 5 niños se com-

plicó con enfermedad isquémica intestinal. Siguieron en frecuencia las infecciones respiratorias bajas, observándose en 11 niños, (44%), complicándose uno de ellos con p^{neumotórax}. La conjuntivitis se presentó en 6 niños y otros 4 presentaron datos clínicos de infección de vías urinarias. Se observó r^{ing} faringitis y estomatitis en 4%. A nivel dermatológico se observó infección en 4, uno presentó datos de artritis séptica y solamente dos pacientes no presentaron foco infeccioso evidente. (Figura No.5).

Se tuvo por lo menos un cultivo positivo en 22 niños con los siguientes resultados:

- 1.- Hemocultivo: Se les practicó a 27, resultando positivo en 7 niños, aislandose gérmenes principalmente gram negativos: (Salmonella, E.coli y Klebsiella, sólo en uno se aisló estafilococo coagulasa positivo.
- 2.- Urocultivo: Resultó positivo en 8, aislandose gérmenes como E. coli, Klebsiella, Margagnela y en dos casos se aisló Candida.
- 3.- Coprocultivo de 18 practicados, resultó positivo en 7, de los cuales en 5 se reportó Salmonella de tipo B, en uno se reportó Pseudomona y en otro se reportó E.coli 0128.
- 4.- Exudado faríngeo: Se hizo cultivo en 11 pacientes, fue positivo en 8, aislandose Klebsiella en 4, E.coli en 1 y estafilococo

co en 3.

5.- LCR: Se realizó en 3, reportándose en todos negativos.

6.- Secreción articular: Se hizo cultivo en un paciente reportándose estreptococo alfa hemolítico. (Cuadro No.12).

En cuanto a la evolución durante su estancia hospitalaria, en un 69% (25 niños) se observó mejoría, de estos, el 9% presentó reactivación de las lesiones pero al final evolucionaron satisfactoriamente, siendo dados de alta con un déficit de peso/talla menor del 23%. Fallecieron 12, que representaron un 28%. (Figura No.6).

Se revisaron las complicaciones que llevaron en forma directa o indirecta a la muerte, el factor más frecuente que se observó fue la coagulación intravascular diseminada, presente en 4 niños, - el choque séptico se presentó en 2, otros dos presentaron insuficiencia respiratoria, dos fallecieron por complicaciones secundarias a insuficiencia renal, uno presentó falla orgánica múltiple y otro hemorragia intracraneana. (Cuadro No. 13).

DISCUSION:

Se revisaron los expedientes de 333 niños desnutridos desde -- 1985-1988, que ingresaron al Servicio de Nutrición del Instituto Nacional de Pediatría, observándose el fenómeno de púrpura en un

12.6% en años anteriores el Dr. Ramos Galván, hizo una revisión en 17 años en el Hospital Infantil de México encontrando que la púrpura se había presentado en el 22% de los niños desnutridos (2), esta disminución en la incidencia probablemente radica en el hecho que los niños en la actualidad presentan menos factores relacionados con la desnutrición y que desencadenan en mayor ó menor grado la aparición de la púrpura.

En cuanto a la edad de presentación el Dr. R. Galván reportó un incremento de la frecuencia de la púrpura a medida que aumentaba la edad de los niños, de acuerdo a esta revisión el mayor porcentaje de niños con púrpura se presentó en los menores de 2 años, esto pudo ser debido a que el mayor número de niños que ingresaron al Servicio, eran menores de 2 años, presentandose muy pocos casos de niños mayores, otra razón fue probablemente el hecho que por su corta edad presentaron mayores complicaciones que condicionaron la púrpura.

No se encontró ninguna relación de la púrpura con el sexo de los niños, ya que no hubo ninguna predominancia por uno de ellos, encontrándose en una misma proporción de niños y niñas, con una relación 1:1.

Analizando el estado nutricional al momento de su ingreso, los resultados fueron similares a los de otros autores (1,2,3), ya

que todos presentaban desnutrición de tercer grado, si bien un 69% presentaba un déficit de peso/edad mayor del 40%, los que tenían menor déficit eran niños que presentaban edema con manifestaciones características del Kwashiorkor ó tenían el cuadro del Sugar baby. Podemos suponer que la mayoría de estos niños tenían una desnutrición aguda más que de evolución crónica, -- porque la mayor parte de ellos no tenían déficit de la talla - de acuerdo a la edad ó era menor del 20%, es decir que sólo en un menor número de casos, la desnutrición fue tan prolongada - que repercutió sobre la talla, aunque hay que recordar que la mayor parte de los niños eran lactantes menores de 1 año de edad.

Algunos autores (1), refieren que hay una predominancia significativa de la presencia de la púrpura en los desnutridos con edema, en esta revisión se encontró que la mitad de los pacientes presentaban Kwashiorkor , sin embargo un 38% presentaba marasmo. Ésto probablemente se debió a que hubo una predominancia de la presencia de la púrpura en niños muy pequeños, de hecho el 100% de los niños con marasmo tenían menos de un año de edad y como es bien sabido el cuadro clínico de desnutrición más frecuente en los lactantes menores es el tipo marasmático. (4).

En cuanto a la dieta que habían recibido estos pacientes antes

de su ingreso, como era de esperarse por su estado nutricional, habfa sido deficiente en calidad y cantidad, más del 50% no ingerfa ninguno de los alimentos básicos, un bajo porcentaje ingerfa algunos de los alimentos con poca frecuencia y en un 30% las madres les acostumbraban a dar atóles ó "sopas de pastas", probablemente esto fue condicionada al bajo nivel socioeconómico de las familias de donde procedfan estos niños y a la presencia de procesos infecciosos que llevaban a los padres, por iniciativa propia ó recomendación médica, a decidir la suspensión de los alimentos en forma temporal, ó los sustitufan por otros alimentos de menor calidad.

En cuanto a las características de la púrpura, las lesiones se localizaron más frecuentemente en el tronco anterior (92%), ya sea en tórax y/ó abdomen, siguiéndole en frecuencia las lesiones en los miembros inferiores (30.9%), y en menor porcentaje se localizaron en la espalda, cuello y miembros superiores.

También se revisaron las manifestaciones clínicas acompañantes de la desnutrición de estos niños, las manchas pelagroides se presentaron con más frecuencia (83%) y el edema, como se comentó anteriormente, se presentó en la mitad de los niños, el cual se produce por una baja ingesta de proteínas de alto valor biológico. Datos clínicos de deshidratación se observaron en el 21% de los niños, según el Dr. R. Galván el 60% de los desnutridos

son hospitalizados por deshidratación, por lo que concuerda con lo anteriormente dicho (2) de que no hay diferencias significativas entre la frecuencia de la púrpura y la presencia ó ausencia de la deshidratación. En 23 pacientes se observó hipotermia que probablemente se relacionó con la presencia de infecciones, trastornos metabólicos ó a su misma desnutrición.

De acuerdo a los resultados, aproximadamente la mitad de los niños, presentaron uno ó varios datos clínicos de anemia, que se confirmó por medio de las determinaciones de hemoglobina - en el 61%, aunque en ninguno de ellos la hemoglobina fue menor de 4g%; la etiología probablemente puede ser la deficiencia de nutrientes como el hierro, vitamina B12 ó ácido fólico. En 6 niños se reportó ya sea microcitosis e hipocromía, indicativo de deficiencia de hierro. En otros 4 pacientes se reportó en el FSP la presencia de macrocitosis que puede ser indicativo de la presencia de anemia megaloblástica. De 26 niños a quienes se les hizo determinaciones de vitamina B12 y foláto, se observó deficiencia de foláto en 10 casos, con estos resultados no podemos concluir (ya que no se hicieron determinaciones de foláto en 16 pacientes) que relación existe entre la púrpura del desnutrido y la presencia de anemia megaloblástica, - la cual, en una u otra forma influye en la patogenia de la púrpura.

pura que ya sabemos produce no sólo una eritropoyé^sis inefectiva sino también alteraciones en todas las series de la sangre, como son una inadecuada producción de la protección inmunológica y -- una trombopoyé^sis inefectiva con producción disminuida de plaquetas ó funcionalmente anormales que se traduce en trastornos de la coagulación (11). En esta revisión se reportó trombocitopenia en 38% de los pacientes, pero no podemos definir en cuales influyó la presencia de cuadros infecciosos, que tambien pueden condicionar la disminución de las plaquetas.

En ninguno de los pacientes sin complicaciones, se reportó la -- presencia de sangrados, lo que concuerda con el hecho de que ninguno de ellos presentó una cuantificación de plaquetas menor de 20,000 que es el rango en donde se observan sangrados, aunque no se hicieron determinaciones del tiempo de sangrado para valorar la funcionalidad de las plaquetas.

En cuanto a otros trastornos de la coagulación, en el 70% se reportó el tiempo de protombina prolongado, que probablemente se debió a la ingesta deficiente de alimentos que contienen vitamina K, ó trastornos de la absorción condicionados por los cuadros diarréicos crónicos, aunque hay que recordar que otros autores (3) han mencionado que la deficiencia de los factores de la coagulación no determina la presencia de púrpura.

Con respecto a la presencia de infecciones, se podría decir que existe una relación con la púrpura, ya que el 95% de los pacientes presentaba clínicamente uno ó varios focos infecciosos, observándose más frecuentemente en el tracto gastrointestinal (71%) y en el tracto respiratorio (44%). Se practicaron cultivos, resultando positivos en 22 niños, aislándose gérmenes especialmente gram negativos y estafilococo.

En 20 pacientes no se encontró reporte de cultivos, por lo que podemos sospechar que probablemente el número de niños con cultivos positivos se hubiera incrementado, si se les hubiera practicado.

En la mayor parte de los niños la evolución fue hacia la mejoría (69%) y aunque 4 presentaron recaída probablemente por la presencia de nuevas infecciones de carácter intrahospitalario ó trastornos metabólicos condicionados por su misma desnutrición, al final todos se recuperaron, siendo dados de alta sin datos clínicos de púrpura, incluso sin déficit nutricional. La mortalidad en general en el Servicio de Nutrición fue de 16.5% y específicamente en los niños con púrpura del desnutrido fue de 28%, -- sin embargo a pesar de que la mortalidad se incrementó, sigue -- siendo baja en relación a lo observado por otros autores quienes la reportaron de un 36% que podría explicarse por el hecho de -

que en la actualidad se tiene más conocimiento sobre el com
portamiento de la entidad sobre los factores desencadenantes
y las medidas terapéuticas para su resolución.

CONCLUSIONES :

- 1.- La púrpura se presentó en un 12.6% de los niños desnutridos hospitalizados, sin relación con el sexo, manifestándose -- con mayor frecuencia en los niños muy pequeños.
- 2.- Todos los niños con púrpura tenían desnutrición de tercer grado, observándose su presencia en todos los tipos clínicos de desnutrición, pero hubo una predominancia de los niños con marásmo ó la forma mixta Kwashiorkor-marasmática.
- 3.- Las lesiones se observaron más frecuentemente en tórax y/ó abdomen en un 92%.
- 4.- La mitad de los niños presentaron datos clínicos de anemia confirmándose que el 61% presentaba valores de hemoglobina por debajo de lo normal, encontrándose deficiencia de folátos en 10 a 26 a quienes se les hizo esa determinación, por lo que se puede pensar que la anemia megaloblástica probablemente se relacione con la púrpura del desnutrido y posiblemente tenga que ver en mayor ó menor grado en su patogenia.
- 5.- En cuanto a trastornos de la coagulación se observó trombo

citopenia en 38% y en tiempo de protombina prolongado en el 70%, sin embargo, no se encontraron evidencias clínicas de sangrado en los pacientes no complicados.

6.- La púrpura se relaciona con la presencia de infecciones, ya que el 95% de los pacientes se encontraban clínicamente infectados, confirmandose por medio de cultivos en 22 niños, en quienes se aislaron más frecuentemente gérmenes gram negativos y estafilococos, por lo que podría ser motivo de estudio investigar que importancia tienen los procesos infecciosos en la patogenia de la púrpura.

7.- La mortalidad en el Servicio fue de 16.5% y de 28% en los desnutridos con púrpura, sin embargo esta es menor a la observada por otros autores. Las complicaciones asociadas con la muerte fueron: CID, shock séptico, e insuficiencia de uno o varios órganos vitales.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gómez F: Púrpura caquética. Bol Med Hosp Infant 1:5, 1944.
- 2.- Ramos Galván R, López S: Púrpura en el desnutrido. Bol Med Hosp Infant 21:29, 1964.
- 3.- Dorantes S, Barrón I: Pathogenesis of purpura in the child with severe malnutrition. Tropical Pediatrics 65:438, 1964.
- 4.- Dorantes S: Púrpura. Desnutrición en el niño Ed. Ramos Galván R. y cols Editorial Ediciones Modernas. México, 1969.
- 5.- Gómez F, Vasquez J, et al: Estudios sobre el niño desnutrido. La anemia del desnutrido. Bol Med Hosp Infant 10:3, México, 1953.
- 6.- Gómez F, Galván R, Cravioto M, et al: Estudios sobre el niño desnutrido. British Medical Journal 1:1403, 1972.
- 7.- Bello A, Dorantes S, Soto R y otros : Anemias megaloblásticas. Bol Med Hosp Infant. 22:4, 1965.
- 8.- Vasquez J, Dorantes S, et al: Estudio hematológico de -- los niños con desnutrición severa. Bol Med Hosp Infant - 20:143, 1963.
- 9.- Mazzei C: Prueba de dilución seriada de sulfato de protamina, gelación del plasma por etanol y criofibrinógeno - en desnutridos con púrpura. Tesis. México, 1977.

- 10.- Dorantes S, Bello AJ, et al: Metamorfosis viscosa y adhesividad de las plaquetas en niños con desnutrición severa. Gaceta Médica Mexicana. 97:1554, 1967.
- 11.- Williams S: Anemia Megaloblástica. Hematología Clínica Ed. William J. William. Editorial Mac Graw-Hill Book Company. Nueva York. 1983.

A N E X O S

CUADRO No.1.

Distribución por año de los niños desnutridos que ingresaron al Servicio de Nutrición desde 1985-1988 y su relación porcentual con los que presentaron púrpura.

Año	Ingresos	%	Niños c/ Púrpura	%
1985	78	23.42	7	8.97
1986	72	21.62	8	11.11
1987	98	29.42	14	14.28
1988	85	25.52	13	13.46
TOTAL	333	100.00	42	12.61

CUADRO No.2.

Distribución por sexo de los desnutridos que presentaron púrpura. Servicio de Nutrición. INP. 1985-1988.

Sexo	No. de Pacientes	%
Femenino	21	50
Masculino	21	50
T O T A L	42	100

CUADRO No.3

Distribución de los niños con púrpura de acuerdo al grado de déficit de Peso/edad. Según Clasificación de Gómez) Servicio de Nutrición. INP. 1985-1988

Déficit del Peso/edad.	Número de Pacientes	%
Menos de 25%	5	11.90
25 - 40%	8	19.05
Más de 40%	29	69.05
T O T A L	42	100.00

CUADRO No.4

Distribución de los niños con púrpura de acuerdo al grado de déficit de talla/edad. Servicio de Nutrición INP, 1985-1988.

Déficit de talla/edad	Número de Pacientes	%
Menos de 10%	18	42.86
10 - 19%	16	38.10
20 - 29%	4	9.52
30 - 40%	1	2.38
No se midieron	3	7.14
T O T A L	42	100.00

CUADRO No.5.

Frecuencia con que fueron ingeridos los alimentos por los niños desnutridos con púrpura antes de su ingreso (Según la historia clínica.). Servicio de Nutrición.

I.N.P. 1985-1988.

Dieta	Diario		Una ó dos veces/sem.		Ocasional		Nunca		No se especifica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Carne	2	4.76	4	9.52	2	4.76	29	69.0	5	11.91
Leche	18	42.86	0	0	0	0	19	45.24	5	11.90
Huevo	3	7.14	0	0	1	2.38	33	78.57	5	11.91
Frutas	3	7.14	0	0	8	19.05	23	57.76	8	19.05
Verduras	1	2.38	1	2.38	2	4.76	32	76.19	6	14.29

CUADRO No. 6.

Distribución de los niños desnutridos de acuerdo a la localización de las lesiones purpúricas. Servicio de Nutrición. INP. 1985-1988.

Localización	No. de Pacientes	%
Tronco anterior	39	92.86
Miembros inferiores	13	30.95
Tronco posterior	8	19.05
Cuello	8	19.05
Miembros superiores	7	16.67
No se especifica	1	2.38

CUADRO No.7.

Frecuencia de las manifestaciones clínicas observadas en los niños con púrpura del desnutrido. Servicio de Nutrición. INP. 1985-1988.

MANIFESTACIONES CLINICAS	NUMERO DE PACIENTES	%
Manchas pelagroides	35	83.33
Anorexia	25	59.52
Irritabilidad	24	57.14
Hipotermia	23	54.76
Palidez	21	50.00
Edema	21	50.00
Queilosis	14	33.33
Deshidratación	9	21.42
Lengua lisa	6	14.29
Disnea	6	14.29
Esplenomegalia	2	4.76
Fiebre	1	2.38

CUADRO No.8

Resultados de los frotis de sangre periférica de los niños con púrpura del desnutrido. Servicio de Nutrición I.N.P. 1985-1988.

FROTIS DE SANGRE PERIFERICA	NUMERO DE PACIENTES	%
MACROCITOSIS	4	9.52
MICROCITOSIS O HIPOCROMIA	6	14.29
NO SE ESPECIFICA	7	16.67
NO SE HIZO	25	59.52
T O T A L	42	100.00

CUADRO No.9.

**Niveles de vitamina B12 en niños con púrpura del desnutrido
Servicio de Nutrición. INP. 1985-1988.**

NIVELES DE VITAMINA B12 EN MCG%	NUMERO DE PACIENTES	%
Menos de 200	0	0
200 - 950	18	42.86
Más de 950	8	19.05
No se hizo	16	38.09
T O T A L	42	100.00

CUADRO No.10

**Niveles de ácido fólico en niños con púrpura del des-
nutrido. Servicio de Nutrición. INP. 1985-1988.**

NIVELES DE ACIDO FOLICO EN MCG/%	NUMERO DE PACIENTES	%
Menos de 3	10	23.81
3 - 17	16	38.09
Más de 17	0	0
No se hizo	16	38.09
T O T A L	42	100.0

CUADRO No. 11.

**Cantidad de plaquetas en los niños desnutridos con
Púrpura. Servicio de Nutrición. INP. 1985-1988.**

PLAQUETAS	NÚMERO DE PACIENTES	%
Menos de 20,000	0	0
20 - 150,000	12	28.57
Más de 150,000	13	30.95
Normales	11	26.19
Disminuidas 2-3 +	4	9.52
No se hizo	2	4.76
T O T A L	42	100.0

CUADRO No. 12.

Distribución de los pacientes con púrpura del desnutrido de acuerdo a los resultados de los cultivos que se les practicaron durante su estancia hospitalaria. Servicio de Nutrición. INP. 1985-1988.

CULTIVOS	Positivo	Negativo	No se hizo	Total
	No %	No %	No %	No %
Hemocultivo	7 16.67	20 47.62	15 35.71	42 100.0
Urocultivo	8 19.05	5 11.90	29 69.05	42 100.0
Exudado faringeo	8 19.05	3 7.14	31 73.81	42 100.0
Coprocultivo	7 16.67	11 26.19	24 57.14	42 100.0
Secreción articular	1 2.38	0 0	41 97.62	42 100.0

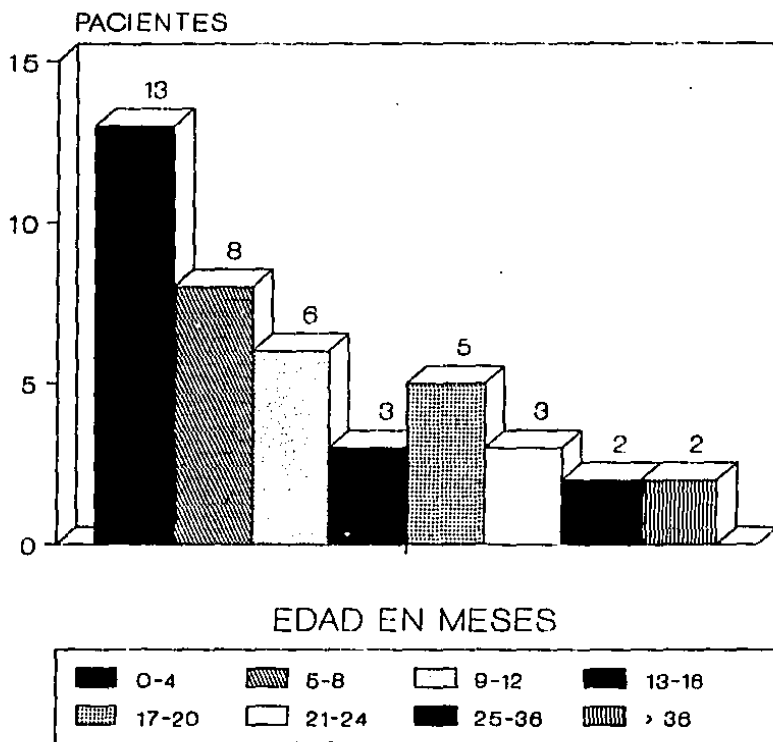
CUADRO No. 13

**Causa de muerte de los niños con púrpura del desnutrido.
Servicio de Nutrición. IHP. 1985-1988.**

CAUSA DE MUERTE	NUMERO DE PACIENTES	%
Coagulación intravascular diseminada	4	33.33
Shock séptico	2	16.67
Insuficiencia respiratoria	2	16.67
Insuficiencia renal aguda	2	16.67
Falla orgánica múltiple	1	8.33
Hemorragia intracraneana	1	8.33
T O T A L	12	100.00

FIGURA No. 1

PURPURA DEL DESNUTRIDO DISTRIBUCION POR EDAD



NUTRICION-INP (1985-1988)

FIGURA No. 2

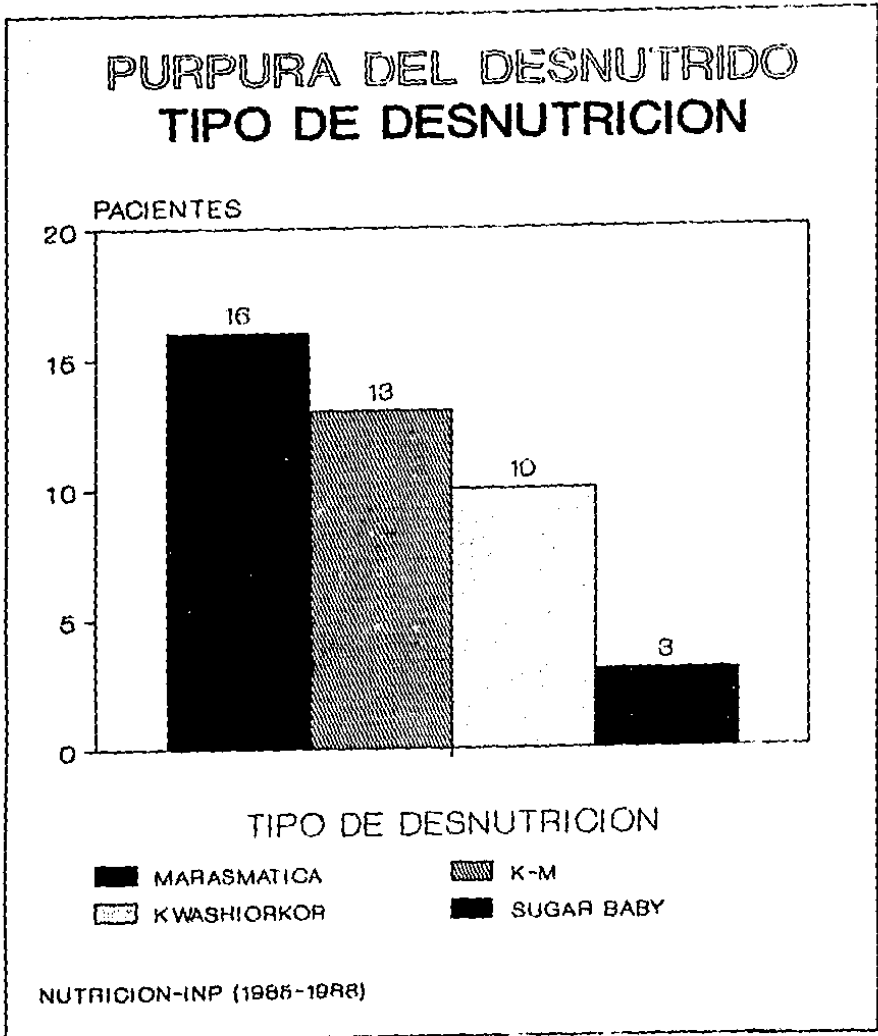
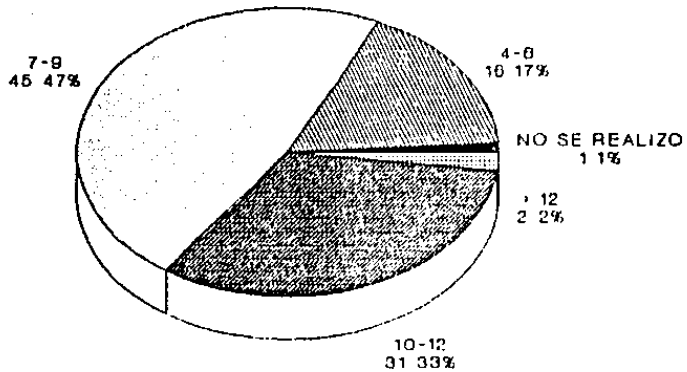


FIGURA No. 3

PURPURA DEL DESNUTRIDO NIVELES DE HEMOGLOBINA



HEMOGLOBINA (g%)

NUTRICION-INP (1985-1988)

FIGURA No. 4

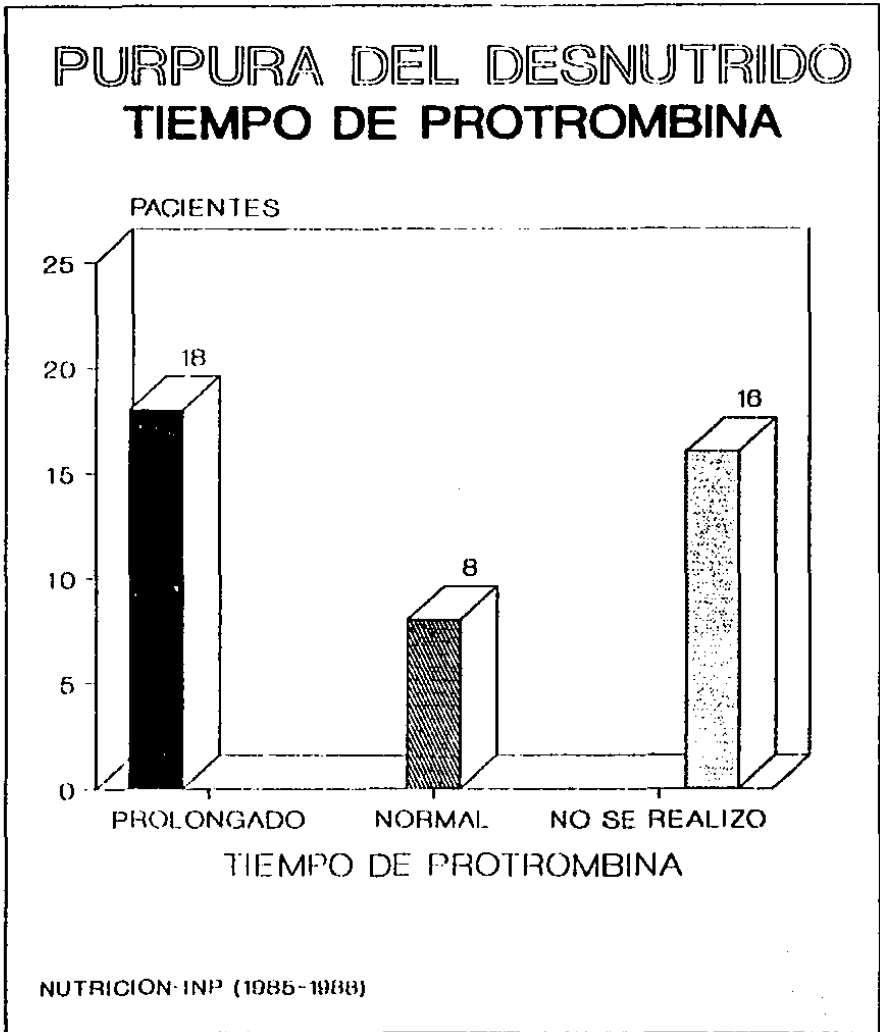
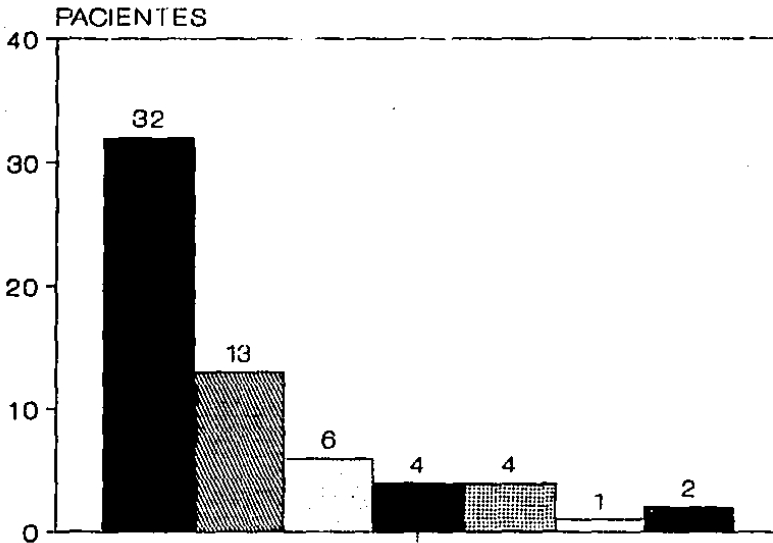
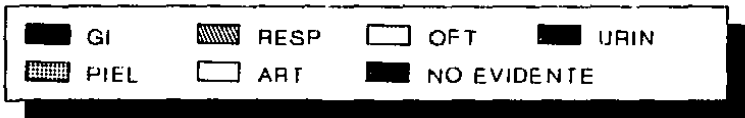


FIGURA No. 5

PURPURA DEL DESNUTRIDO INFECCIONES



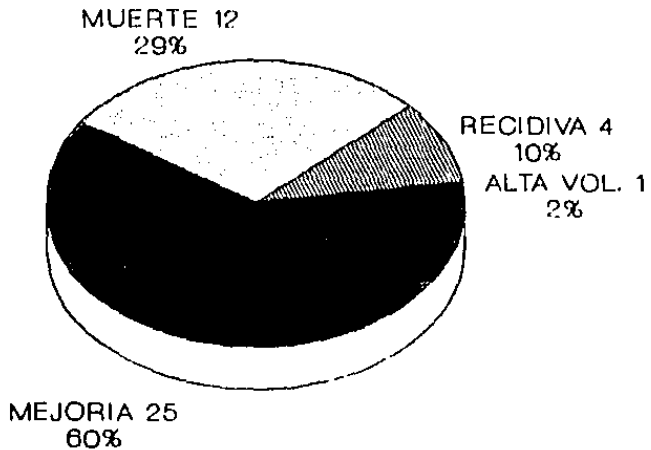
FOCO INFECCIOSO



NUTRICION-INP (1986-1988)

FIGURA No. 6

PURPURA DEL DESNUTRIDO EVOLUCION CLINICA



NUTRICION-INP (1985-1988)