

A don Eduardo García-Triviño, pionero de la moderna Ginecología de Jaén, ejemplo de profesional, tristemente desaparecido, pero siempre presente entre nosotros.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA PROVINCIA DE JAÉN

(Algunas consideraciones estadísticas sobre 600 casos revisados)

*Mateas Ruiz, F.****

*Pérez Bañasco, V.**

*Liébana Cañada, A.**

*Hernández Burruezo, J. J.***

Servicio de Medicina Interna. Sección de Nefrología.
Residencia Sanitaria «Capitán Cortés» de la S. S.

JAÉN

RESUMEN

Los estudios estadísticos realizados en proporciones significativamente numerosas, pueden confirmar un supuesto teórico, sirviendo, por tanto, para encaminar adecuadamente actitudes posteriores.

En nuestra casuística hipertensiva encontramos una alta significación en la catalogación etiológica de hipertensos, en tanto en cuanto resaltamos una mayor frecuencia de casos de hipertensión por nefritis intersticial, cuya evolución clínica, según el tratamiento, parece confirmar su dependencia renínica y, por tanto, su correcta catalogación, como causa de hipertensión.

Globalmente considerados, nuestros resultados terapéuticos confirman los conceptos actuales de encuadramientos de hipertensos en Renino-Dependientes y Volumen-Dependientes. Lo que sin duda debe obligarnos a variar los antiguos planteamientos terapéuticos farmacológicos en favor de una actitud más lógica, según la dependencia hipertensiva.

* Sección de Nefrología.

** Servicio de Medicina Interna.

*** Jefe del Servicio de Medicina Interna.

■ INTRODUCCIÓN

Mediante la adquisición de información, bien sea acumulada conscientemente o absorbida inconscientemente, mejoramos la eficacia de nuestra actuación. La estadística¹, a la que Lancelot Hogben llamó «aritmética del bienestar humano», añade precisión a los resultados de los experimentos, a la valoración de las observaciones y al significado de las interrelaciones.

El presente trabajo sólo pretende que, estadísticamente, destaquemos algunos aspectos interesantes de una de las alteraciones clínicas más relacionadas con las proporciones numéricas: la Hipertensión Arterial (H.T.A.).

Ya por definición, la H.T.A. engloba una terminología aritmética al definirse como una situación clínica en la que se encuentran valores elevados de presión arterial, medida bajo ciertas condiciones. Su incidencia² es asimismo muy elevada, afectando según la O.M.S. a un 7 % de la población general, con un porcentaje que se eleva al 15-25 %, en los mayores de 40 años. A partir de esa edad es más frecuente en el sexo femenino, asociándose a la obesidad en mayor porcentaje que cualquier otro proceso morboso. Su patogenia vascular es tan elevada que está presente entre un 60-80 % de pacientes con accidente cerebro-vascular y entre un 40-60 % de aquellos con cardiopatía isquémica. Finalmente es la causa más frecuente de todas aquellas que conducen a la insuficiencia renal crónica.

Tan nefastas proporciones, no suponen una impotencia ante la situación hipertensiva. En general, los resultados terapéuticos son en conjunto positivos, pero aún no responden a la exigencia de plenamente satisfactorios. Los motivos de esta situación son:

— La diversidad etiológica de la H.T.A., los diagnósticos tardíos —demasiado frecuentes, incluso hoy en día— de la misma H.T.A. o incluso de la insuficiencia renal crónica resultante; o bien, la presentación imprevisible de apoplejía, infarto de miocardio o aneurisma aórtico.

— Pero, sobre todo, no se conoce de modo general la importancia que reviste por su alcance un tratamiento precoz, prolongado y sistemático, según la catalogación hipertensiva; así como la colaboración disciplinada del enfermo, obtenida gracias a las explicaciones y consejos del médico.

■ CONCEPTOS ACTUALES

La H.T.A. ha sido incesantemente catalogada como enfermedad del progreso³. La sobrealimentación y el sedentarismo, que acompañan como premio a dicho progreso, son dos circunstancias ampliamente asociadas al síndrome hipertensivo.

La morbilidad de la H.T.A. tiene una relación directa con dos hechos cuantitativos: la elevada incidencia de casos de hipertensión y la numerosa diversidad de factores culpables de elevación tensional. Estas circunstancias, alta frecuencia y diversidad etiológica, complican frecuentemente la actitud del médico práctico ante el paciente hipertenso, dada la diversidad de procedimientos exploratorios especiales necesarios para encuadrar etiológicamente a dichos pacientes. Circunstancia, por otro lado, necesaria para aplicación de medidas terapéuticas eficaces, en ocasiones definitivamente curativas.

Los progresivos avances en un mejor conocimiento de la fisiopatología hipertensiva, obligan hoy a reconsiderar la irregular eficacia de planings terapéuticos anteriores. Dicha actitud está basada en aceptar dos grandes grupos de hipertensos: los que muestran una actividad de renina plasmática elevada (hipertensos renino-dependientes) y los que opuestamente presentan un volumen circulatorio aumentado, con una actividad de renina plasmática baja (hipertensos volumen-dependiente) (Laragh y col.)⁴.

Dichos grupos suelen presentar algunas diferencias Clinicoterapéuticas; así los primeros (renino-dependientes) muestran elevación tensional preferentemente diastólica o sisto-diastólica, generalmente con peor pronóstico y mejor efecto terapéutico con los betabloqueantes; el segundo grupo (volumen-dependiente) tiene elevación tensional preferentemente sistólica, muy asociado a obesidad y mejores resultados con el empleo de diuréticos. Entre ambos grupos, hay una numerosa incidencia de hipertensos mixtos cuyo planteamiento terapéutico obliga al empleo de diuréticos-hipotensores.

Nuestro presente trabajo intenta destacar algunos aspectos epidemiológicos de los hipertensos, estudiados en nuestro Servicio (consulta de Nefrología), y sus posibles correlaciones con las actuales catalogaciones de hipertensos.

■ MATERIAL Y MÉTODO

— De una totalidad ligeramente superior, hemos seleccionado 600 casos de H.T.A.

— La consideración de hipertensos se ha realizado teniendo en cuenta las recomendaciones de la O.M.S.⁵: tres tomas de T.A. (ambos brazos y piernas) en tres actitudes diferentes (acostado, en pie y tras ejercicio). Valores tensionales por encima de 160/95 para los mayores de 50 años y de 140/90 para los menores de dicha edad.

— La catalogación etiológica se ha llevado a cabo, según medios diagnósticos habituales, menos la medida de renina y aldosterona, no disponibles en nuestro Hospital.

— La distribución geográfica se ha realizado según población de residencia, así como si el hábitat fuese rural o no. Esto se ha hecho así para intentar diferenciar el posible efecto «stress» que pudieran tener las poblaciones grandes.

— La catalogación profesional se ha realizado según actividad habitual o más frecuentemente practicada por el paciente.

— La consideración de nefritis intersticial la hemos llevado a cabo según la asociación positiva de lesiones radiológicas y recuento de Addis, orientativas de daño intersticial.

— Los estados de sobrepeso se han considerado teniendo en cuenta la relación talla-edad y su equivalente en peso, según tablas Geigy.

— Los planteamientos terapéuticos se iniciaron según la consideración etiológica de la H.T.A. o bien siguiendo los planes de tratamientos «de moda» en la época, en que se estudió dicha hipertensión. Se han utilizado fármacos solos o asociados; así, los diuréticos se daban solos cuando se sospechaba un caso claro de sobrepeso; mientras que los betabloqueantes se utilizaban solos, cuando se sospechaba una hipertensión de posible origen renal. La asociación de diuréticos + hipotensor se utilizaba cuando no había una orientación etiológica concreta. Los hipotensores utilizados han sido variablemente sustancias originales de metildopa, hidralazina, betabloqueantes y clonidina.

Otros procedimientos han sido: correcciones quirúrgicas: Nefrectomías, plastias, litotomías, etc. O bien terminación de parto, abandono de anovulatorios, etc.

— Los resultados al tratamiento se han referido al conseguido tras tres meses de tratamiento inicial, con dosis medias. Considerándose resultados buenos, cuando se producía una reducción de la tensión arterial media superior al 20 %; resultados medianos cuando dicho valor descendía menos del 20 % y resultados nulos cuando no se producía ninguna reducción tensional. También se consideraron en el último grupo, aquellos en los que hubo de suspenderse la medicación en el mismo período de tiempo por efectos secundarios incómodos o altamente desagradables.

■ RESULTADOS

— Repartición en edades y sexos (fig. 1): Los 600 casos estudiados se localizaron entre los 8 y 83 años. La mayor proporción se encontró en las hembras, con más del 60 % del total de los casos, mientras que los varones sólo estaban presentes en algo más del 39 %. La mayor concentración de casos se dio entre los 30 a 70 años; destacando las altas concentraciones para ambos sexos, entre los 40 a 60 años.

— Repartición geográfica (fig. 2): Solamente 80 pacientes (el 13 %) residía en poblaciones de más de 10.000 habitantes⁶; mientras que el 86 % residía en poblaciones menores de 10.000 habitantes. La actividad profesional de los pacientes del primer grupo se desarrollaba, en su mayoría, dentro del casco urbano (65 pacientes), mientras que en el segundo grupo, que al mismo tiempo es el más numeroso (520 pacientes), la mayor parte de ellos (el 96'74 %), desarrollaban su actividad en el medio rural.

— Causas de hipertensión (fig. 3): Dos grupos de hipertensos destacan claramente dentro de las diferentes causas etiológicas localizadas, los considerados como hipertensos esenciales y los portadores de nefritis intersticial como causa hipertensiva.

— Catalogación de nefritis intersticial (fig. 4): Dicha situación fue considerada, cuando existían signos de daño intersticial, sin que necesariamente fuese una pielonefritis activa, pudiendo tener otro origen, generalmente no bacteriano. La catalogación se llevó a cabo por la asociación de lesiones radiológicas orientativas, junto a lesiones en el sedimento urinario (medido por recuento de Addis) que indicarán daño intersticial. Es necesario destacar en este cuadro, que la mayor parte de los pacientes ignoraban a priori que pudieran tener un padecimiento orgánico renal.

— Repartición de nefritis intersticial (fig. 5): La localización fue significativamente mayor entre las hembras, tanto por la mayor presencia

en los primeros años como el rápido aumento de la misma en edades posteriores al inicio de la fertilidad y sus correspondientes embarazos. Mientras que en los varones se aprecia una ligera desviación hacia grupos de edades más elevadas.

— Sobrepeso (fig. 6): Más de la mitad de los pacientes (334) tenían sobrepeso significativo. La mayor proporción de los mismos se dieron en mujeres (234 casos). Todos estos pacientes superaban los 20 años, siendo la mayor incidencia para ambos sexos entre los 50 a 60 años.

— Sobrepeso y actividad ovárica (fig. 7): Significativamente se encuentra una alta relación entre la existencia de sobrepeso y mayor proporción de fase menopáusica, entre las mujeres estudiadas.

— Causa de hipertensión y sobrepeso (fig. 8): La mayor proporción de peso elevado se encontró entre los pacientes diagnosticados de hipertensión esencial. Contrariamente, la mayor porción de pacientes con nefritis intersticial tenían un peso normal.

— Resultados tratamiento nefritis intersticial (fig. 9): Un total de 183 casos de pacientes con nefritis intersticial, que recibieron diversos tratamientos, mostraron resultados concretos según el tratamiento recibido. En la totalidad de los resultados puede comprobarse cómo la mayor parte de los resultados fueron nulos (41 %); pero si analizamos los resultados según el tipo específico de tratamiento, vemos cómo los mejores resultados se encuentran, cuando utilizamos betabloqueantes (52 % de resultados buenos) o bien recurrimos al tratamiento quirúrgico (100 %). Mientras que la mayor parte de los resultados nulos se encuentran cuando utilizamos tratamientos mixtos con diuréticos + hipotensores.

— Resultados tratamientos pacientes obesos (fig. 10): En este grupo destaca claramente cómo la mayor parte de los resultados buenos, se consiguen con el empleo de diuréticos + hipotensores o diuréticos solos.

— Resultados globales al tratamiento (fig. 11): Comparando globalmente los resultados al tratamiento, en la totalidad de los hipertensos, comprobamos que en los pacientes con peso alto, la mayor parte de los resultados buenos se consiguen, cuando utilizamos diuréticos + hipotensores; mientras que en los pacientes con peso normal (siempre considerados independientemente de la causa de hipertensión) la mayor proporción de resultados buenos los conseguimos con el uso de betabloqueantes. Por el contrario, en los pacientes con peso alto, pero que tienen asociada una nefritis intersticial como causa primaria de hipertensión, los peores resultados los conseguimos con el empleo de diuréticos + hipotensores, mientras que los mejores resultados de este mismo grupo se obtienen con el tratamiento a base de betabloqueantes.

■ COMENTARIO

A la vista del número de casos estudiados en nuestra consulta, es obvio que la hipertensión es un proceso frecuente. No respeta edades, aunque significativamente es mucho más frecuente a partir de los 40 años. Estando más presente en el sexo femenino, principalmente a partir de esta edad. Quisiéramos relacionar esta circunstancia con el hecho de una mayor predisposición de las hembras para lesiones renales, efectos morbosos de los embarazos y mayor frecuencia de obesidad.

El «stress» de la vida moderna, con su sedentarismo y sobrealimentación, no parece ser un factor exclusivo predisponente a la hipertensión. Los hombres de nuestros campos (que suponen la mayoría de nuestros hipertensos) no disfrutaban precisamente de este sedentarismo, aun cuando, eso sí, practican unas costumbres gastronómicas cualitativamente equívocas.

Las causas de hipertensión son proporcionalmente muy parecidas en casi todos los grandes grupos de hipertensos. En todas ellas destaca con mucho, un mayor porcentaje de hipertensión esencial; aun cuando es cierto que esta proporción va disminuyendo según las mejores condiciones diagnósticas de los hospitales. Nuestra proporción⁷ de hipertensos esenciales es similar a la de cualquier estadística presentada entre los años 70-75. No olvidemos que no disponemos aún de determinaciones de actividad de renina plasmática y aldosterona, tan necesarias en el estudio de hipertensos.

Es muy significativa en nuestra estadística la alta proporción de casos de nefritis intersticial. Dicho cuadro es un concepto más amplio que la simple Pielonefritis, al corresponderse con una serie de causas etiológicas diversas, no necesariamente infecciosas.

Su catalogación clínica está basada en una serie de alteraciones radiológicas circunscritas a cálices (la pielonefritis⁸ engloba disminución de tamaño renal, lesiones cicatriciales y alteraciones caliciliares generalmente de dilatación, con un componente infeccioso asociado), junto a alteraciones en el recuento de Addis donde dominan tanto los leucocitos como los hematíes, correspondiéndose entonces con daño perenquimatoso renal, cuya confirmación encontramos en los signos radiológicos, sospechosos de lesiones de la médula renal (mayor concentración de túbulos renales). Dichas lesiones se acompañan de escasa frecuencia de

bacteriuria y normalidad histológica de la corteza renal, dada la menor extensión lesional de este proceso.

Su mayor incidencia en hembras podría justificarse por una elevada frecuencia a la toma de analgésicos en el sexo femenino, así como los posibles aumentos de presión en vías urinarias, causados por los embarazos que, sin actuación infecciosa asociada, desencadenan lesiones destructivas a nivel de túbulo colectores.

El sobrepeso es el dato clínico más frecuentemente asociado en nuestros hipertensos. Significativamente con mayor incidencia en mujeres de edad avanzada y con alta frecuencia en los casos de hipertensión esencial. La dura labor diaria de las mujeres de nuestros campos conlleva fácilmente costumbres dietéticas anormales y una ausente preocupación por su arquetipo físico. Es indudable que el sobrepeso representa la mayor faceta predisponente a la hipertensión de todos nuestros casos. En una buena proporción de pacientes era este el único factor hipertensivo existente.

Los resultados al tratamiento muestran, como podemos distinguir, entre los pacientes que se benefician positivamente de una terapéutica con betabloqueantes, de aquellos que mejoran con una deplección de volumen. Significativamente los resultados positivos con betabloqueantes son más frecuentes en los pacientes portadores de hipertensión con daño orgánico renal (potencialmente renino-dependientes), mientras que globalmente los pacientes con sobrepeso muestran mejores resultados con tratamiento diurético o mixto (volumen-dependiente). Por el contrario, cuando los pacientes con sobrepeso presentan conjuntamente otra causa hipertensiva asociada, como en el caso de los obesos con nefritis intersticial (potenciales renino-dependientes), se obtienen mejores respuestas cuando se trata directamente la causa hipertensiva básica, mientras que la deplección de volumen en estos pacientes conlleva una falta de respuesta al tratamiento, en una mayor proporción, incluso que cuando solamente presentan un sobrepeso importante.

Posiblemente si hubiéramos podido encuadrar más concretamente a nuestros hipertensos mediante las correspondientes determinaciones de renina e iniciar los tratamientos en función de este parámetro, siguiendo las teorías de Laragh, los resultados hubieran mostrado mayores porcentajes de efectos positivos en los correspondientes grupos de renino-dependientes o volumen-dependientes.

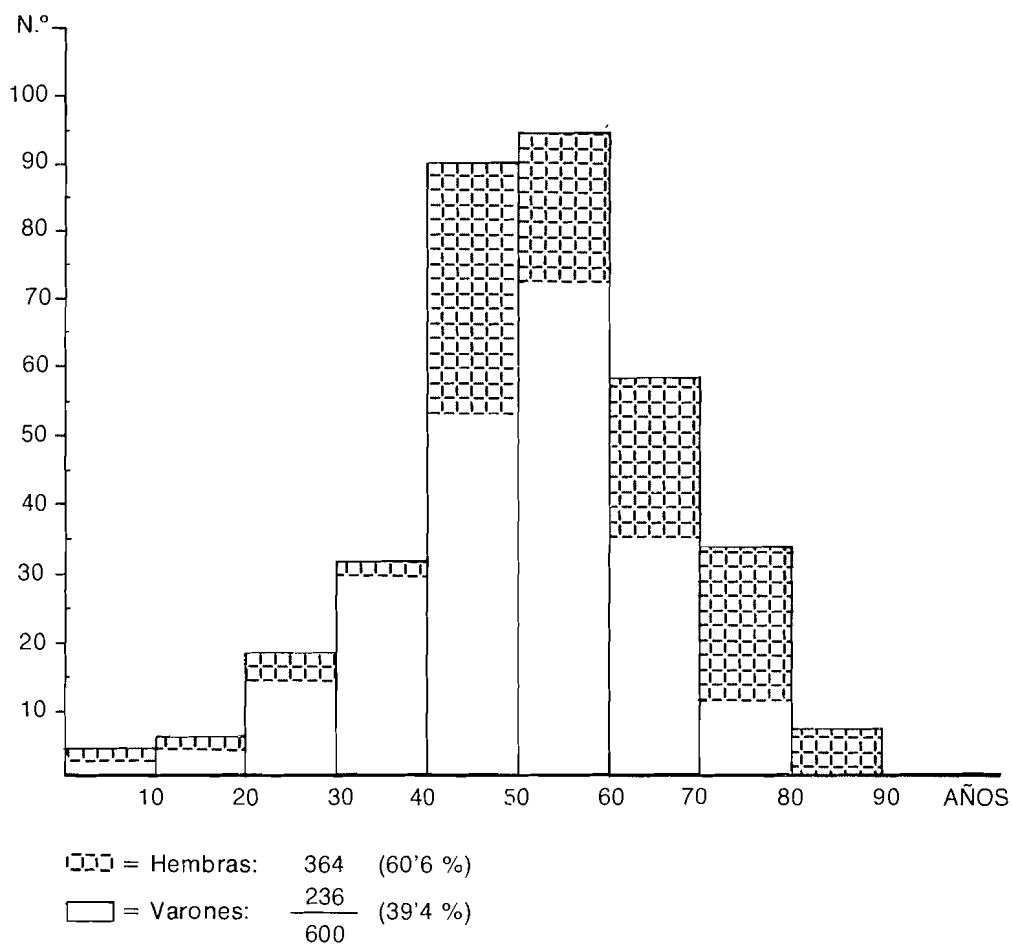
En resumen nos parece admisible llevar a cabo una nueva reconsideración en los planteamientos terapéuticos de hipertensos, según la catalogación recomendada por Laragh o Colb. Al menos encontramos en ella, una actitud científicamente más lógica, de mayor comodidad para el pa-

ciente y según nuestros propios resultados, de mayor proporción de efectos positivos, sin olvidar, como es lógico, la necesidad de seguir intentando localizar causas de hipertensión secundaria susceptibles de curación definitiva.

Unas y otras, con la pretensión de que de algún modo lleguemos a conseguir un control adecuado en la amplia morbilidad de esta nefasta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. MOULT, R. F.: *Introducción a la estadística médica*. Edit. Enusa. Pamplona, 1979.
2. Campaña de lucha contra la Hipertensión Arterial. C. S. «Carlos Haya». Servicio de Nefrología. Málaga, 1979.
3. GILBERT LAGRUE: «Hipertensión arterial y factores de riesgo». *La Vie Medicale*. Marzo, 1979.
4. LARAGH, J. A., y colab.: *Manual de Hipertensión*. Ediciones Doyma. Barcelona, 1976.
5. Informe del comité de la O.M.S. para la Hipertensión. 1976.
6. Agenda Sindical. 1973. Jaén.
7. RAPADO, A.: *Hipertensión arterial*. Edit. Sandoz, 1968.
8. DONALD KAYE: *Urinary tract infection and its management*. Edit. The C.V. Mosby Company. Saint Louis, 1974.
9. WEBER, M. A. and LARAGH, J. H.: *Hipertensión. Conn Terapéutica 78*. Edit. Salvat. Barcelona, 1978.



REPARTICIÓN HIPERTENSOS EN SEXOS Y EDADES

(Figura 1)

REPARTICIÓN GEOGRÁFICA Y LABORAL

RESIDENCIA	N.º DE CASOS	ACTIVIDAD URBANA	ACTIVIDAD RURAL
Menos de 10.000 habitantes	520 (86'66 %)	17 (3'26 %)	503 (96'74 %)
Más de 10.000 habitantes	80 (13'33 %)	65 (81'25 %)	15 (18'75 %)
TOTAL ...	600 (100 %)	82 (13 %)	518 (87 %)

(Figura 2)

CAUSA HIPERTENSIÓN	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	%
H.T.A. ESENCIAL	104	168	272	45'3
NEFRITIS INTERST.	62	121	183	30'5
I.R.C.	33	30	63	10'5
GLOMERULONEFRITIS	19	7	26	4'3
RIÑONES POLIQUIST.	4	9	13	2'16
ARTERIOSCLEROSIS	7	6	13	2'16
RIÑÓN HIPOPLÁSICO	6	3	9	1'5
GESTACIÓN	—	7	7	1'16
VASCULO-RENAL	—	4	4	0'66
ANOVULATORIOS	—	4	4	0'66
FEOCROMOCITOMA	1	2	3	0'55
OTRAS	—	3	3	0,55
TOTAL ...	236	364	600	

(Figura 3).—(Repartición causas de hipertensión y sexos.)

CATALOGACIÓN DE NEFRITIS INTERSTICIAL

DETERMINACIONES	N.º	POSITIVAS	NEGATIVAS	OTRAS
LESIONES RADIOL.	550	183	290	87
RECuento ADDIS	600	183	190	227
URINOCULTIVOS	600	40	250	310
BIOPSIA RENAL	65	25	5	30

Asociación + (RX-Addis) = 183

(Figura 4)

EDADES	VARONES	HEMBRAS	TOTAL
0 - 10	—	2	2
11 - 20	—	1	1
21 - 30	3	4	7
31 - 40	5	10	15
41 - 50	15	32	47
51 - 60	16	29	45
61 - 70	16	25	41
71 - 80	3	14	17
81 - 90	4	4	8
TOTAL ...	<u>62</u> (33'8 %)	<u>121</u> (66'2 %)	<u>183</u>

(Repartición H.T.A. por Nefritis Intersticial.)

(Figura 5)

EIDADES	VARONES		HEMBRAS	
	PESO NORMAL	PESO ALTO	PESO NORMAL	PESO ALTO
0 - 10	2	—	2	—
11 - 20	3	—	2	—
21 - 30	9	4	10	9
31 - 40	16	15	15	17
41 - 50	34	23	35	64
51 - 60	36	42	28	76
61 - 70	24	12	20	43
71 - 80	9	3	13	23
81 - 90	3	1	5	2
TOTAL ...	136	100	130	234 = 600

(Repartición H.T.A. según edades, sexos y pesos, en 600 casos.)

(Figura 6)

EDAD	N.º H.T.A.	ACTIVIDAD OVÁRICA			PESO	
		NORMAL	ANOVUL.	MENOPAUSIA	NORMAL	ALTO
0 - 10	2	2	—	—	2	—
11 - 20	2	2	—	—	2	—
21 - 30	19	19	—	—	10	9
31 - 40	32	26	4	2	15	17
41 - 50	99	64	—	35	35	64
51 - 60	104	24	—	80	28	76
61 - 70	63	—	—	63	20	43
71 - 80	36	—	—	36	13	23
81 - 90	7	—	—	7	5	2
TOTAL ...	364	137	4	223	130	234

(Relación entre H.T.A., edad, actividad ovárica y pesos.)

(Figura 7)

CAUSA HIPERTENSIÓN	PESO NORMAL	PESO ALTO	TOTAL
H.T.A. ESENCIAL	101	171	272
NEFRITIS INTERST.	102	81	183
I.R.C.	31	32	63
GLOMERULONEFRITIS	18	8	26
RIÑONES POLIQUIST.	6	7	13
ARTERIOSCLEROSIS	5	8	13
RIÑÓN HIPOPLÁSICO	—	9	9
GESTACIÓN	—	7	7
VASCULO-RENAL	2	2	4
ANOVULATORIOS	—	4	4
FEOCROMOCITOMA	1	2	3
OTRAS	—	3	3
TOTAL ...	266 (44'3 %)	334 (55'7 %)	= 600

(Repartición causa de Hipertensión según pesos.)

(Figura 8)

TRATAMIENTO	N.º CASOS	R. BUENO	R. MEDIANO	R. NULO
BETABLOQUET.	46	24 (52 %)	11 (23 %)	11 (23 %)
DIUR. + HIPOT.	111	25 (23 %)	27 (24 %)	59 (53 %)
DIURÉTICOS	14	2 (14 %)	8 (58 %)	4 (28 %)
QUIRÚRGICO	4	4 (100 %)	—	—
OTROS	8	6	2	—
TOTAL ...	183	61 (33 %)	48 (26 %)	74 (41 %)

(Tratamiento y resultados H.T.A. por Nefritis Intersticial.)

(Figura 9)

TRATAMIENTO	N.º CASOS	R. BUENO	R. MEDIANO	R. NULO
BETABLOQUET.	36	19 (52 %)	11 (32 %)	6 (16 %)
DIUR. + HIPOT.	211	117 (56 %)	56 (26 %)	38 (18 %)
DIURÉTICOS	64	35 (54 %)	19 (29 %)	10 (15 %)
OTROS	23	13 (56 %)	6 (26 %)	4 (17 %)
TOTAL ...	334	184 (55 %)	92 (27 %)	58 (17 %)

(H.T.A. en PACIENTES OBESOS)
TRATAMIENTO Y RESULTADO

(Figura 10)

RESULTADOS TRATAMIENTOS

TRAT.º	N.º	R.B.	R.M.	R.N.	N.º	R.B.	R.M.	R.N.	N.º	R.B.	R.M.	R.N.	
BET. ...	36	52 %	32 %	16 %	54	46 %	27 %	27 %	18	38 %	33 %	27 %	
D + H ..	211	56 %	26 %	18 %	161	42 %	30 %	28 %	52	25 %	27 %	48 %	
D	64	54 %	29 %	15 %	41	44 %	29 %	26 %	7	2	5	2	
OTRO ..	23	56 %	26 %	17 %	10	40 %	30 %	30 %	4	4	6	6	
TOTAL ...	334	55 %	27 %	17 %	266	43 %	29 %	28 %	81	32 %	30 %	38 %	
PESO	ALTO	NORMAL						ALTO + NEFRITIS INTERS.					

(Figura 11).—Resultados globales según peso alto o normal. En la parte derecha pacientes con peso alto y Nefritis intersticial asociada.