



Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 187-191

Principales novedades de las nuevas guías europeas para el manejo de la hipertensión arterial 2007

Crespo Sabarís, Juan José
Ríos Rey, María Teresa
Moliner de la Puente, José Ramón
González Paradela, Concepción
González Rey, Jaime

Castiñeira Pérez, M^a del Carmen
Chayán Zas, M^a Luisa
Domínguez Sardiña, Manuel
Pérez García, Margarita
Rodríguez Fernández, Marta

Especialistas en medicina familiar y comunitaria. Grupo de Hipertensión Arterial de la AGAMFEC (Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria)

INTRODUCCIÓN

En el año 2003 fue publicada la primera guía de hipertensión arterial (HTA) elaborada por la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH) y la Sociedad Europea de Cardiología (SEC), respondiendo así a la sugerencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el comité de la Sociedad Internacional de Hipertensión (SIH) de que expertos regionales redactaran recomendaciones específicas dirigidas al manejo de los pacientes en su propio ámbito, en este caso Europa, cuya sociedad más homogénea, con población de mayor longevidad pero con elevada incidencia de enfermedad cardiovascular (ECV) crónica, la diferenciaban de la población mundial con recursos y sistemas sanitarios muy diversos.

Las nuevas guías¹ no presentan grandes novedades en cuanto a diagnóstico y tratamiento pero sí enfatizan algunos temas como la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV), la importancia de la enfermedad renal como factor de riesgo (FR) independiente o la inclusión del síndrome metabólico (SM) entre las situaciones de alto RCV.

En los siguientes apartados presentaremos los aspectos más novedosos o destacados en el nuevo documento, con el fin de facilitar la actualización de los conocimientos sobre HTA a los médicos que tienen, en nuestro país, la responsabilidad del diagnóstico y seguimiento de los pacientes con HTA, es decir, los médicos de familia. Y es por ello por lo que nos centraremos, fundamentalmente, en los aspectos de mayor interés y aplicabilidad dentro del ámbito de la atención primaria.

1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN

Se sigue manteniendo una clasificación de HTA y de RCV basada en la presión arterial sistólica (PAS) y en la presión arterial diastólica (PAD) aunque se suprimen las denominaciones de HTA ligera,

moderada y grave por coincidir con las que se usan para la cuantificación del RCV y evitar confusiones. Se aconseja el uso de la presión del pulso (PP) para pacientes ancianos con hipertensión sistólica aislada (HSA), cuyo riesgo es especialmente elevado; en este caso la PP es un marcador de elevada rigidez arterial y, por tanto, de aumento del daño orgánico. Sin embargo, no se han establecido valores de corte de la PP para separar la normalidad de la anomalía. También destacan la importancia de una PAD disminuida (60-70 mmHg) en el aumento adicional del riesgo en caso de HSA.

La guía sigue rechazando el término "prehipertensión" acuñado por el Joint National Committee (JNC 7).

2. RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL

Se destaca, como en la guía previa, que todos los pacientes con HTA deben ser clasificados no sólo en función de las cifras de presión arterial (PA), sino también en términos del RCV total (tabla 1), resultado de la coexistencia de distintos FR cardiovasculares, daño orgánico subclínico (término que reemplaza al de lesión de órgano diana) y enfermedad cardiovascular (ECV) o renal establecidas. En los FR cardiovasculares, son novedades (tabla 2): a) *PP en el anciano*, b) *umbrales de dislipemia*: colesterol total >190 mg/dl (frente a los anteriores >250 mg/dl), LDL-Col >115 mg/dl (en lugar de >155 mg/dl) y HDL-Col en mujeres de <48 mg/dl a <46 mg/dl), además de incluirse el nivel de triglicéridos >150 mg/dl, c) *nivel de glucemia en ayunas* entre 102 y 125 mg/l, d) prueba de tolerancia a la glucosa alterada.

En la valoración del daño subclínico en órganos diana se incluyen por primera vez: a) *valoración de la función renal* mediante la filtración glomerular estimada por la fórmula MDRD o el aclaramiento de creatinina por la fórmula de Cockcroft-Gault, b) *índice tobillo-brazo* (<0.9), c) *velocidad de la onda de pulso* carótida-femoral (>12m/s). Los autores señalan que las alteraciones subclínicas en varios órganos derivadas de la HTA indican un "continuum" en la progresión de la ECV que incrementa el riesgo por encima del que provocaría la simple presencia de FR.

Dirección para Correspondencia

Crespo Sabarís, Juan José
Centro de salud de A Guarda . Avda. de Portugal. A Guarda (Pontevedra)
e-mail: juan.jose.crespo.sabarís@sergas.es

TABLA 1

Estratificación del riesgo en 4 categorías

No otros factores de riesgo	Presión arterial (mmHg)				
	Normal PAS 120-129 o PAD 80-84	Normal Alta PAS 130-139 o PAD 85-89	Grado 1 HTA PAS 140-159 o PAD 90-99	Grado 2 HTA PAS 160-179 o PAD 100-109	Grado 3 HTA PAS ≥180 o PAD ≥110
Otros factores de riesgo DO o enfermedad	Riesgo basal	Riesgo basal	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido alto
1-2- factores de riesgo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido muy alto
3 ó más factores de riesgo, SM, DO o diabetes	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido muy alto
Enfermedad CV o renal establecida	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto

HTA: hipertensión; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; DO: daño de órgano diana; SM: síndrome metabólico; CV: cardiovascular.

Guías europeas de HTA 2007. *J Hypertens*, 2007; 25: 1105-1187

Entre aquellas situaciones que identifican a los sujetos de riesgo alto o muy alto, se incluye el SM. Sin entrar a considerar si representa una entidad patogénica en sí misma, mencionan que reúne un conjunto de FR, a menudo asociados a PA elevada, que incrementan el RCV de modo considerable. Junto a éste, las cifras de PA mayor o igual a 180 mmHg de PAS y/o 110 mmHg de PAD, una PAS >160 mmHg con PAD <70 mmHg, la diabetes mellitus, la presencia de 3 o más FR, la presencia de daño subclínico en uno o más órganos diana (hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI), engrosamiento o placas carotídeas, aumento de la rigidez arterial, incremento moderado de la creatinina, reducción del filtrado glomerular o del aclaramiento de creatinina y microalbuminuria o proteinuria) y la ECV o renal establecidas completan el listado de situaciones que identifican a los pacientes de RCV alto / muy alto.

tuar ésta con esfigmomanómetro de mercurio, aunque se dice que también pueden usarse otros aparatos semiautomáticos auscultatorios u oscilométricos. Para la definición de HTA se añaden los umbrales de PA diurna (130-135/85 mmHg de PAS y PAD) y nocturna (120/70 mmHg) a los de la PA en la consulta, PA durante 24 horas y en domicilio, que ya figuraban en las directrices de 2003.

TABLA 2

Factores que influyen en el pronóstico

FACTORES DE RIESGO	DAÑO ORGÁNICO SUBCLÍNICO
<ul style="list-style-type: none"> Nivel de PAS y PAD Nivel de PP (ancianos) Tabaquismo Dislipemia: <ul style="list-style-type: none"> CT >190mg/dl o; LDL-C > 115mg/dl o; HDL-C ♂ < 40mg/dl; ♀ <46mg/dl o, TG >150mg/dl Glucemia en ayunas: 102-125mg/dl Test de tolerancia a la glucosa anormal Obesidad abdominal: ♂ >102cm, ♀ >88cm Historia familiar de enfermedad Cv prematura (<55 años en ♂ y <65 años en ♀) 	<ul style="list-style-type: none"> HVI en ECG (Sokolow-Lyon >38mm; Cornell >2440mm*ms) o HVI por ecocardiografía (índice de masa VI ≥125 g/m² ♂, ≥110g/m² ♀) Engrosamiento de la pared carotídea (grosor íntima-media >0.9mm) o placas Velocidad de la onda del pulso carótido-femoral >12m/s Índice tobillo-brazo >0.9 Aumento discreto de la creatinina en plasma: ♂ 1.3-1.5mg/dl; ♀ 1.2-1.4mg/dl Disminución del filtrado glomerular estimado † (<60ml/min/1.73m²) o del aclaramiento de creatinina ‡ (<60ml/h) Microalbuminuria 30-300mg/24h o cociente albúmina/creatinina ≥22 en ♂, ≥31 ♀ mg/g creatinina
DIABETES MELLITUS	ENFERMEDAD CV O RENAL ESTABLECIDA
<ul style="list-style-type: none"> Glucemia basal ≥126mg/dl en mediciones repetidas, o Glucemia plasmática tras sobrecarga oral >198mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad cerebrovascular: ictus isquémico, hemorragia cerebral; accidente isquémico transitorio Enfermedad cardíaca: infarto de miocardio; angina; revascularización coronaria; fallo cardíaco Enfermedad renal: nefropatía diabética; deterioro renal (creatinina sérica >1.5mg/dl en ♂ y >124mg/dl en ♀); proteinuria (>300mg/24h) Enfermedad arterial periférica Retinopatía avanzada (hemorragias o exudados, papiledema)

Nota: la agrupación de 3 de los 5 factores: obesidad abdominal, glucosa plasmática en ayunas alterada, PA >130-85 mmHg, HDL-C bajo y TG elevados indican la presencia de síndrome metabólico

PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; PP. Presión de pulso; CT: Colesterol total; LDL-C: LDL-colesterol; HDL-C: HDL-colesterol; TG: triglicéridos; HVI: hipertrofia de ventrículo izquierdo; ECG: electrocardiograma; VI: ventrículo izquierdo.

† fórmula MDRD; ‡ fórmula de Cockcroft Gault; riesgo máximo para la HVI concéntrica: incremento del índice de masa del VI con índice pared/radio >0.42.

Guías europeas de HTA 2007. *J Hypertens*, 2007; 25: 1105-1187

3. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA BÁSICA

3.1. Medición de PA: Pocas modificaciones en este apartado. El diagnóstico de HTA continúa basándose en la toma de PA en la clínica y se sigue recomendando efec-

Con respecto a la PA ambulatoria consideran que el valor pronóstico de la PA nocturna es superior a la diurna; se menciona que los pacientes non-dippers tienen mayor prevalencia de daño en órgano diana y eventos cardiovasculares (CV). Entre las recomendaciones para realizar monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) se añaden la sospecha de episodios hipotensivos, sobre todo en diabéticos y ancianos, y mujeres embarazadas con PA clínica elevada y sospecha de preeclampsia.

HTA clínica aislada (HCA): elevan su prevalencia en población general del 10 al 15 % y en hipertensos a más de un tercio. Citan como predictores de HCA ser mujer con HTA grado 1, ancianos, no fumadores, HTA de reciente comienzo y en caso de reducido número de medidas de PA clínica.

HTA ambulatoria aislada o enmascarada: mencionan una prevalencia en población general similar a la HCA (15%) y que uno de cada 7-8 pacientes con normotensión en medida clínica podría encontrarse en esta situación. Las medidas ambulatorias de la PA pueden ser útiles para descartar esta situación en pacientes con daño en órganos diana o múltiples FR sin aparente elevación de la PA.

PA central: no citada en el documento anterior. Ciertas evidencias apuntan que las PAS y PP centrales y periféricas se modifican de distinto modo según la medicación antihipertensiva empleada. El papel pronóstico de la PA central frente al de la periférica precisa ser confirmado.

3.2. Historia clínica, examen físico y pruebas complementarias: recomiendan incluir el registro de la presencia de ronquido y apnea del sueño entre los FR. En el examen físico se resalta la importancia de medir cuidadosamente la frecuencia cardíaca (FC), pues repetidos hallazgos de valores por encima de la normalidad pueden indicar un mayor riesgo, así como de medir la circunferencia de cadera y calcular el índice de masa corporal para poner de manifiesto una obesidad visceral. La radiografía de tórax se considera una prueba obsoleta para la valoración del daño cardíaco. Por el contrario, se incluyen dentro de las pruebas de rutina el cálculo del aclaramiento de creatinina mediante la fórmula de Cockcroft-Gault o de la filtración glomerular, mediante la fórmula MDRD abreviada, y la determinación de la microalbuminuria mediante tira reactiva o mejor en muestra de orina aislada. Entre las pruebas recomendables se añaden: índice tobillo-brazo, test de sobrecarga oral de glucosa si la glucemia en ayunas >100 mg/dl, automedida de PA (AMPA), MAPA y medida de la velocidad del pulso si es factible. Por otro lado, se suprime la determinación de proteína C reactiva ultrasensible ya que, aunque predice la incidencia de eventos CV, su valor añadido para estimar el RCV total no está claro.

4. EVIDENCIAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los estudios comparados demuestran que a igual reducción de PA las diferencias en morbi-mortalidad CV son pequeñas entre los distintos

grupos terapéuticos por lo que los beneficios dependen en gran medida de la reducción de PA "per se"; algunos grupos terapéuticos pueden producir efectos beneficiosos independientes de la reducción de PA aunque este efecto es sensiblemente menor (5-10 %).

5. CUÁNDO INICIAR EL TRATAMIENTO

Todo hipertenso debe recibir consejo sobre modificaciones del estilo de vida tan pronto se sospeche o diagnostique, mientras que la precocidad en la terapia farmacológica depende del RCV total. Cuando la PA inicial está en el rango Normal-Alta la decisión de tratar depende en gran parte del nivel de RCV: en diabetes, ictus, enfermedad coronaria o arteriopatía periférica se evidencia reducción de eventos CV en pacientes tratados; en pacientes diabéticos con proteinuria se demuestra mejoría en función renal cuando se desciende la PA a <125/75 mmHg. Por tanto, recomiendan iniciar tratamiento farmacológico (junto a modificación de estilos de vida) incluso en sujetos con PA Normal Alta o Normal sobre todo si coexiste con diabetes o ECV o renal. En los pacientes con PA normal, que tienen alto riesgo por la presencia de 3 o más FR, SM o daño orgánico subclínico, debería aconsejarse un cambio intenso en los estilos de vida y podría incluso considerarse el tratamiento farmacológico. En la HTA de grados 1 y 2 con RCV moderado se recomienda introducir más precozmente el tratamiento farmacológico que en las guías de 2003, pues en aquellas se aconsejaba esperar al menos 3 meses para introducirlo, aplicando mientras cambios en el estilo de vida, y en las actuales esperar sólo varias semanas.

6. OBJETIVO TENSIONAL:

La PA debe reducirse a <140/90 mmHg en todo hipertenso. El objetivo <130/80 mmHg parece razonable en diabéticos; objetivo similar debería intentarse en pacientes con antecedentes de enfermedad cerebrovascular y al menos considerarlo en enfermos coronarios o con disfunción renal o proteinuria. El riesgo de hipoperfusión de órganos vitales es escaso, excepto en caso de hipotensión ortostática principalmente en ancianos y diabéticos.

7. ELECCIÓN DE FÁRMACO ANTIHIPERTENSIVO

El Comité mantiene al betabloqueante (BB) en el primer escalón y sucesivos aunque se deban tomar en consideración sus efectos metabólicos adversos, como sucede con las tiazidas. El carvedilol y el nebivolol no producen esos efectos metabólicos desfavorables.

Los estudios que evalúan objetivos intermedios (daño orgánico subclínico) sugieren algunos aspectos diferenciales entre grupos: los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y los bloqueantes de los receptores de la angiotensina (ARAI) son particularmente efectivos para la regresión de la HVI, incluyendo el componente fibrótico, así como para reducir la microalbuminuria y la proteinuria; los calcioantagonistas (CA) enlentecen la progresión de la hipertrofia y de la aterosclerosis carotídea además de regresar la HVI. Las evidencias con otros grupos terapéuticos son menos consistentes.

En la tabla de situaciones que favorecen el uso de algunos antihipertensivos frente a otros aparecen nuevas indicaciones, especialmente para la utilización de los IECA y de los ARA-II.

Hay un cuadro nuevo en el que se ponen las clases de antihipertensivos de elección en determinadas situaciones clínicas. Recuerdan que el tratamiento combinado se necesita con mayor frecuencia en diabéticos, nefrópatas, pacientes con alto RCV y, en general, en todos aquellos que precisan alcanzar objetivos de reducción tensional más ambiciosos. El listado de combinaciones de dos fármacos que han demostrado efectividad y buena tolerancia ha sufrido alguna modificación ya que desaparecen: diurético + BB, alfabloqueante + BB y alfabloqueante + IECA.

8. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN CONDICIONES ESPECIALES

8.1. Anciano: no hay datos que avalen una elección de grupo farmacológico distinta según la edad. Continúa sin estar claro el nivel óptimo de PAD que debe alcanzarse con el tratamiento.

8.2. Diabetes mellitus: Citan ciertas novedades respecto al documento del 2003: a) un metaanálisis sugiere que alcanzar objetivos más bajos de PA induce mayores beneficios CV en diabéticos que en no diabéticos, se recomienda iniciar tratamiento en rango de PA Normal Alta y alcanzar un objetivo inferior a 130/80 mmHg, b) BB y diurético no se aconsejan en el primer escalón en estos pacientes, c) los IECA han demostrado prevenir el desarrollo de microalbuminuria, d) existen evidencias para el uso de hipolipemiantes en diabéticos independientemente de los niveles de lípidos.

8.3. Enfermedad cerebrovascular: un análisis adicional del PROGRESS demuestra que el beneficio incluye ictus isquémico y hemorrágico, y es proporcional a la reducción de PA alcanzada; este análisis post-hoc sugiere un objetivo de PAS <130 mmHg aunque no está consensuado. Dado que las pruebas derivadas de los ensayos sugieren que el beneficio depende en gran medida del descenso de la PA per se, pueden usarse en el tratamiento todas las drogas y combinaciones disponibles. En la actualidad el deterioro cognitivo y la demencia en hipertensos pueden considerarse indicación para reducir PA pero se precisan más estudios.

8.4. Enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca: si la PA está elevada tras infarto agudo de miocardio (IAM) es mayor el riesgo de un evento coronario fatal y no fatal. En esta situación se producen mayores reducciones en morbimortalidad CV al tratar con diversos BB, IECA y ARAII respecto a placebo u otros fármacos.

8.5. Fibrilación auricular (FA): análisis post-hoc de 2 estudios recientes demuestran menor incidencia de FA en pacientes tratados con ARAII. Un metaanálisis demostró que el tratamiento con IECA o ARAII rebaja su incidencia en pacientes con FA paroxística e insuficiencia cardíaca.

8.6. Enfermedad renal no diabética: hay evidencias de que bloquear el sistema renina-angiotensina-aldosterona es superior a otros tratamientos en retrasar el desarrollo de enfermedad renal terminal, prevenir el incremento de creatinina sérica y reducir la proteinuria y la microalbuminuria, si bien es cierto que el estudio ALLHAT y otros no lo demuestran.

8.7. HTA en mujeres: a) en una revisión reciente el uso de anticonceptivos orales en mujeres hipertensas demostró producir mayor riesgo de ictus e IAM con respecto a no tomarlos. No se demostró asociación significativa entre desarrollo de HTA y toma de contraceptivos cuya composición sólo incluye progesterona. b) A la vista de las evidencias actuales no puede recomendarse el tratamiento hormonal sustitutivo para protección cardiaca en postmenopáusicas. c) HTA en el embarazo: la MAPA demuestra superioridad respecto a las medidas clínicas para predecir proteinuria, riesgo de parto prematuro, peso corporal al nacer y resultado general del embarazo; la MAPA es útil en diagnóstico y en tratamiento, sobre todo en embarazadas de alto riesgo con HTA, diabetes o daño renal. Antes se recomendaba identificar la PAD mediante la fase IV de Korotkoff, pero actualmente se aconseja hacerlo mediante la fase V. Con la IV sólo está indicado si los sonidos persisten en presiones que se aproximan a 0 mmHg.

8.8. Síndrome metabólico: pacientes con SM tienen mayor prevalencia de microalbuminuria, HVI y rigidez arterial, su RCV es alto y la posibilidad de desarrollo de diabetes aumenta claramente; debe investigarse en profundidad el daño orgánico subclínico, se aconseja realizar AMPA y MAPA. Se recomienda una intensa modificación de estilos de vida y evitar el uso inicial de fármacos que puedan inducir desarrollo de diabetes (BB y diuréticos a altas dosis). Debe bloquearse el sistema renina-angiotensina seguido, si es preciso, de la adición de CA o dosis baja de diurético tiazídico. El objetivo de PA debe estar en el rango de PA Normal. Deben emplearse estatinas y antidiabéticos en caso de dislipemia y diabetes. Las glitazonas han demostrado que reducen el desarrollo de diabetes, pero no están claros los beneficios e inconvenientes en caso de glucemia basal alterada o intolerancia a la glucosa.

8.9. HTA refractaria: se modifica la definición previa añadiendo que uno de los tres fármacos debe ser un diurético. Entre las causas a descartar se añade la apnea obstructiva del sueño.

8.10. Emergencias hipertensivas: Se incluye este nuevo apartado, con un listado de las mismas y la advertencia de no bajar excesivamente rápido la PA para no ocasionar complicaciones como hipoperfusión cerebral con infarto o daño miocárdico o renal. Así mismo, se debe evitar una excesiva o rápida reducción de la PA en el ictus.

8.11. HTA maligna: nuevo apartado; poco frecuente en occidente, salvo en grupos sociales desfavorecidos. Sin tratar su pronóstico es

ominoso con una mortalidad del 50% en 12 meses. Debe tratarse como una emergencia hipertensiva. Se puede usar medicación oral si la PA responde; el objetivo es PAD <100-110mmHg en 24 horas.

9. TRATAMIENTO DE LOS FR ASOCIADOS:

a) Hipolipemiantes: los hipertensos de al menos hasta 80 años, con ECV establecida o diabetes de larga evolución (>10 años) deberían recibir estatinas. Objetivos terapéuticos: colesterol total <175 mg/dl y LDL-colesterol <100 mg/dl (podrían considerarse niveles inferiores, 155 y 80 mg/dl respectivamente). b) Antiagregación y control glucémico no presentan cambios importantes con respecto a la guía del 2003.

10. DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HTA SECUNDARIA

Refieren escasas novedades: a) el tratamiento (revascularización vs angioplastia) de la HTA renovascular es controvertido, el tratamiento médico se basa en intensa modificación de estilos de vida, AAS en dosis baja, estatina y terapia antihipertensiva múltiple; deben emplearse tiazidas en dosis adecuadas y CA, con la posible adición de IECA o ARAI excepto si existe estenosis bilateral de las arterias renales; b) el tratamiento del aldosteronismo primario se ha convertido en un asunto polémico en los últimos años. El estudio diagnóstico se propone sólo para pacientes con hipocaliemia no provocada o con HTA

refractaria verdadera; c) se añade un nuevo apartado con la apnea obstructiva del sueño, cuya posibilidad hay que valorar en el paciente obeso, sobre todo en HTA refractaria a terapia habitual, y en hipertensos "non-dipper"; d) en la HTA inducida por fármacos se añade tacrolimus al listado previo.

11. SEGUIMIENTO.

Se recuerda que el seguimiento periódico del daño en órgano diana para verificar su estabilización o regresión tiene implicaciones pronósticas. No se establecen plazos aunque se recuerda que los cambios inducidos por la terapia en la proteinuria se pueden producir en semanas mientras que en HVI requieren al menos un año.

12. APLICACIÓN DE LAS GUÍAS

Se añade, finalmente, un nuevo cuadro con indicaciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension* 2007;25:1105-1187.