Malattia renale cronica: raccomandazioni utili in medicina generale

Data 08 marzo 2026
Categoria nefrologia

Sono state pubblicate le linee guida sulla gestione della malattia renale cronica utili ai medici di cure primarie.

Gli Annals of Internal Medicine hanno pubblicato a fine dicembre 2025 delle linee guida sulla gestione della malattia renale cronica con particolare riguardo alle fasi iniziali in modo da facilitare i medici di assistenza primaria a prendere le decisioni più appropriate. Diamo una delle raccomandazioni che ci sembrano più utili per i medici di medicina generale.

* Si raccomanda l'uso di statine in pazienti non in dialisi per ridurre il rischio di eventi cardiaci avversi maggiori (MACE) e lamortalità.

* Viene fortemente raccomandato anche l'uso di un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACEI) o di un bloccante del recettore dell'angiotensina II (ARB) nei pazienti con ipertensione e albuminuria (ovvero rapporto albumina/creatininaurinaria > 30 mg/g) per rallentare la progressione della nefropatia.

* L'aggiunta di un inibitore del SGLT2 (SGLT2i) a una terapia con ACEI o ARB alla massima dose tollerata nei pazienti con nefropatia cronica che presentano diabete mellito di tipo 2, albuminuria o scompenso cardiaco, riduce il rischio di MACE, scompenso cardiaco, progressione della malattia renale e mortalità. Gli SGLT2i dovrebbero essere continuati fino all'inizio della dialisi.

* L'aggiunta di un agonista del recettore del GLP-1 a un ACEI o ARB nei pazienti con diabete di tipo 2 e albuminuria, per ridurre la progressione della nefropatia, i MACE e la mortalità per tutte le cause.

* Gli inibitori del SGLT2 e i GLP-1 RA possono essere utilizzati come farmaci nefro- e cardioprotettivi e non solo per il controlloglicemico.

* I pazienti con malattia renale policistica autosomica dominante (ADPKD) dovrebbero essere inviati a uno specialista nefrologo per valutare l'appropriatezza del trattamento con tolvaptan.

* Un'altra raccomandazione rilevante, sebbene supportata da evidenze più deboli, riguarda i pazienti con nefropatia avanzata (velocità di filtrazione glomerulare stimata < 30 mL/min/1,73 m²) che stanno già assumendo un ACEI o un ARB: questa terapia dovrebbe essere continuata perchè il beneficio di ritardare la progressione della nefropatia supera il potenziale danno legato all'iperkaliemia e l'onere di un follow-up ravvicinato. Pertanto, il gruppo di lavoro suggerisce di continuare la terapia con ACEI/ARB nei pazienti con malattia renale avanzata, a meno che non vi sia intolleranza al farmaco o un altro evento avverso.

* Il finerenone è raccomandato se sono soddisfatti tutti questi criteri: diabete mellito tipo 2, malattia renale cronica definita da eGFR ≥ 25 ml/min/1,73 m² e albuminuria persistenter (UACR ≥ 30 mg/g, soprattutto se ≥ 300 mg/g), terapia già ottimizzata con ACE-inibitore o ARB alla massima dose tollerata, potassiemia normale o solo lievemente elevata (K⁺ < 4,8–5,0 mmol/L al momento dell'inizio della terapia). Il finerenone riduce a progressioe della nefropatia e gli eventi cardovascolari maggiori. Il farmaco non è raccomandato nelle malattia renale cronica non diabetica, se iperkaliemia significativa, in alternativa o in assenza di ACEi/ARB. Il finerenone è considerato aggiuntivo, non sostitutivo degli altri farmaci, spesso indicato dopo o insieme agli SGLT2-inibitori, se albuminuria persistente.

* Screening della CKD. Nel 2012, la US Preventive Services Task Force ha concluso che le evidenze erano insufficienti per valutare i benefici e i danni dello screening routinario della CKD; tuttavia, negli anni successivi è emersa una maggiore comprensione dei rischi della sindrome cardiovascolare-renale-metabolica, mentre le opzioni terapeutiche per la nefropatia cronica si sono ampliate in modo significativo. Pertanto, la linea guida raccomanda di sottoporre a test gli individui a rischio aumentato di nefropatia cronica CKD e che potrebbero beneficiare del trattamento. Attraverso una diagnosi più precoce e gli interventi descritti in questa linea guida clinica, i medici di medicina generale possono rallentare la progressione della nefropatia cronica, migliorare gli esiti cardiovascolari e ridurre la mortalità.

RenatoRossi

Bibliografia

Schwartz AR, Sosnov J, Brown J, Delgado C, Fried L, Tamura MK, Morrison JW Jr, Navaneethan SD, Palevsky PM, Rybacki D, Sall J, Verma S, Watson M, Wickham J, Nguyen M. 2025 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline for the Primary Care Management of Chronic Kidney Disease. Ann Intern Med. 2025 Dec 30. doi: 10.7326/ANNALS-25-03499. Epub ahead of print. PMID: 41461086.