

## **Recomendação da Sociedade Brasileira de Nefrologia para padronização da nomenclatura em diálise de manutenção**

### **Introdução**

A padronização da terminologia médica constitui um dos pilares para a consolidação do conhecimento científico, para a segurança assistencial e para a qualidade da comunicação entre profissionais, gestores, pesquisadores, indústria e sociedade<sup>1,2</sup>. Nas últimas décadas, esse movimento ganhou destaque em diversas áreas da saúde, alinhado às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que reconhece a uniformização de termos como estratégia para promover comparabilidade de dados, clareza conceitual e equidade na assistência<sup>3,4</sup>. No campo da Nefrologia, esse processo assume especial relevância diante da complexidade crescente das classificações diagnósticas e das modalidades terapêuticas disponíveis.

A consolidação de diretrizes internacionais, com o *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI), *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) e *International Society for Peritoneal Dialysis* (ISPD) representou um marco na organização conceitual da Nefrologia<sup>5-8</sup>. Ao estabelecer definições claras, critérios diagnósticos e sistemas de estratificação de risco, essas iniciativas contribuíram para reduzir ambiguidades históricas e promover linguagem comum entre diferentes países. O KDOQI recomenda que a nomenclatura seja unificada e detalhada, especificando todos esses parâmetros para evitar confusão e permitir comparação entre estudos e práticas clínicas<sup>7</sup>.

A uniformização terminológica em Nefrologia deve buscar alinhamento com recomendações internacionais sem se restringir de forma acrítica a elas<sup>9,10</sup>. Cada idioma carrega particularidades gramaticais, etimológicas, culturais e de sonoridade que precisam ser consideradas na adaptação de termos técnicos. A tradução de conceitos exige rigor científico, mas também sensibilidade linguística, a fim de preservar a precisão sem comprometer a clareza ou a identidade do idioma. Assim, o processo de normatização

deve equilibrar fidelidade conceitual e adequação linguística, assegurando coerência sem perder acessibilidade.

O escopo do presente documento de recomendação incluiu as diferentes modalidades de hemodepuração e diálise peritoneal utilizadas no tratamento de pacientes com doença renal crônica (DRC). O avanço tecnológico ampliou significativamente o número de modalidades extracorpóreas disponíveis para essa finalidade, incluindo hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP), hemodiafiltração (HDF), hemodiálise expandida (HDx), hemofiltração (HF), hemoadsorção (HA) e ultrafiltração (UF)<sup>11</sup>. Embora majoritariamente indicadas para indivíduos com DRC no estágio 5 (TFG estimada < 15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> por mais de três meses), essas terapias podem ser empregadas em diferentes cenários clínicos<sup>12,13</sup>. Este documento não abordou nomenclaturas em transplante renal e nas terapias dialíticas em casos de injúria renal aguda (IRA), embora ambos os tratamentos sejam considerados TRS.

## **Metodologia**

Este documento constitui uma recomendação oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), de caráter educativo e não normativo, elaborada com o propósito de padronizar a nomenclatura utilizada em diálise de manutenção no Brasil. O texto foi desenvolvido por um grupo com representatividade regional, visando contemplar diferentes realidades assistenciais, acadêmicas, regulatórias e operacionais do país.

A metodologia de elaboração incluiu, como princípios norteadores, a adoção preferencial de termos internacionalmente reconhecidos e harmonizados com documentos e sociedades científicas de referência — KDIGO, KDOQI, ISPD e ERA (*European Renal Association*) — e com obras-texto amplamente utilizadas (por exemplo, *Handbook of Dialysis*), publicações científicas dos últimos cinco anos e termos utilizados pela Tabela SIGTAP do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Tabela TUSS da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), priorizando precisão conceitual, consistência e aplicabilidade.

O processo de elaboração deste documento de recomendação consistiu na sistematização de definições e propostas terminológicas por meio de discussões estruturadas entre os membros do grupo de trabalho, com explicitação dos critérios para

adoção, substituição ou descontinuação de termos. Foram considerados, de forma integrada, a aderência à literatura científica e às diretrizes internacionais, a clareza semântica, a viabilidade de implementação e o potencial impacto na segurança do paciente, bem como na padronização de registros clínicos, administrativos e de pesquisa. O consenso foi alcançado por meio de rodadas sucessivas de revisão e consolidação do texto pelo grupo. O documento tem como foco exclusivo a padronização da nomenclatura, não tendo como objetivo estabelecer recomendações clínicas. O idioma adotado foi o português do Brasil, com priorização de termos amplamente utilizados na prática clínica nacional, desde que mantida a precisão conceitual e o rigor técnico.

### **Objetivo**

Fornecer recomendações oficiais da SBN para a padronização da nomenclatura em diálise de manutenção no Brasil, com base nas melhores evidências disponíveis e no consenso de especialistas, integrando referências internacionais e a realidade do sistema de saúde brasileiro. Essa padronização visa reduzir ambiguidades conceituais, facilitar a comparação entre estudos e aprimorar a comunicação entre profissionais de saúde, pesquisadores e gestores.

### **Discussão**

### **Recomendações**

#### **Doença Renal Crônica**

A DRC é definida pela presença de anormalidades estruturais ou funcionais renais por período superior a três meses, com implicações para a saúde, caracterizada por taxa de filtração glomerular (TFG) estimada inferior a  $60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$  e/ou pela presença de marcadores de dano renal, como albuminúria persistente. Além disso, está em vigor a classificação combinada das categorias de TFG (G1 a G5) e de albuminúria (A1 a A3), esta última avaliada pela relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina. Integradas em um modelo de estratificação de risco, essas categorias passaram a orientar tanto a prática clínica quanto a pesquisa.<sup>8</sup> Essa padronização permitiu que profissionais em diferentes contextos utilizassem a mesma linguagem para descrever estágios da doença, comparar resultados e estruturar políticas públicas.

## **Nomenclatura geral às Terapias Dialíticas**

### **Local de tratamento, tipo, frequência e duração**

A diálise pode ser classificada em relação ao local de tratamento, tipo, frequência e duração de acordo com alguns parâmetros, como descrito a seguir e resumidos na Tabela 1<sup>7,14</sup>.

Em Construção

**Tabela 1.** Nomenclatura relacionadas às terapias extracorpóreas de depuração renal

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Local do tratamento:</b>	
- <b>Extra-hospitalar</b>	Unidade de diálise ambulatorial dedicada, geralmente independente de hospital, destinada ao tratamento regular de pacientes em terapia dialítica de manutenção.
- <b>Intra-hospitalar</b>	Unidade de diálise localizada dentro de um hospital, destinada ao tratamento de pacientes internados e de pacientes em terapia dialítica de manutenção.
<b>Duração da sessão</b>	
- <b>Curta</b>	Duas e três horas
- <b>Convencional</b>	Três a cinco horas
- <b>Prolongada</b>	Seis a oito horas, normalmente noturna
<b>Nível de assistência</b>	
- <b>Autocuidado</b>	Terapia dialítica realizada pelo próprio paciente, de forma independente, após treinamento adequado, podendo ocorrer no domicílio ou em ambiente de diálise.
- <b>Assistido</b>	Terapia dialítica realizada com auxílio direto de um profissional de saúde ou cuidador treinado, que executa total ou parcialmente os procedimentos necessários ao tratamento.
<b>Período do dia</b>	
- <b>Diurna</b>	
- <b>Noturna</b>	
<b>Terapias de hemodepuração</b>	
- <b>Hemodiálise (HD)</b>	Terapia predominantemente difusiva
❖ <b>Convencional</b>	Realizada por três ou quatro vezes por semana, com duração de três a cinco horas por sessão.

❖ <b>Regime intensivo</b>	Incluem sessões mais frequentes (mais de quatro vezes por semana) ou de maior duração (mais que cinco horas) ou ambas, em comparação a hemodiálise convencional. Na prática, isso costuma incluir: hemodiálise curta diária (5 a 6 vezes por semana por 2 a 3 horas de duração); hemodiálise prolongada noturna: (sessões prolongadas, muitas vezes domiciliares no período noturno); esquemas mais frequentes e mais longos ao mesmo tempo. <sup>7,15,16</sup>
❖ <b>Incremental</b>	Quando se oferece ao paciente uma dose menor do que a convencional para o regime prescrito, podendo ser em HD, HDF ou DP.
- <b>Hemofiltração (HF)</b>	Terapia predominantemente convectiva
- <b>Hemodiafiltração (HDF)</b>	Terapia com difusão + convecção com reposição de volume de substituição.
❖ <b>Pré-dilucional</b>	Infusão do volume de substituição antes do dialisador da HDF.
❖ <b>Pós-dilucional</b>	Infusão do volume de substituição posterior ao dialisador da HDF.
- <b>Hemodiálise expandida</b>	Terapia com membranas de <i>cutoff</i> médio com convecção interna aumentada, sem infusão de solução de reposição.
<b>Tipo de dialisador</b> <sup>17</sup>	
- <b>Baixo fluxo</b>	Dialisador com menor coeficiente de ultrafiltração e baixa permeabilidade a moléculas de médio peso molecular.
- <b>Alto fluxo</b>	Dialisador com maior coeficiente de ultrafiltração e maior permeabilidade de membrana, permitindo depuração mais eficiente de moléculas de médio peso molecular.

Abreviações: HD, hemodiálise; DP, diálise peritoneal.

Com base nas definições apresentadas na tabela acima, que abrangem diferentes dimensões das terapias dialíticas é possível agora exemplificar os diversos procedimentos de diálise. A combinação dessas nomenclaturas permite caracterizar de maneira padronizada as diferentes formas de terapia dialítica utilizadas na prática clínica de forma clara e consistente cada modalidade de tratamento.

**Tabela 2.** Exemplos de procedimentos de diálise em relação à frequência, tipo, duração, local e período do dia.

<b>PROCEDIMENTOS DE DIÁLISE</b>	<b>EXEMPLOS MAIS UTILIZADOS NA PRÁTICA</b>
<b>HD convencional</b>	3 vezes por semana, alto fluxo, 4 horas de duração, em unidade de diálise extra-hospitalar, modelo assistencial, em período diurno.
<b>HD curta diária</b>	6 vezes por semana, alto fluxo, 2 horas de terapia, em unidade de diálise extra-hospitalar, modelo assistencial, em período diurno.
<b>HD prolongada noturna</b>	3 vezes por semana, alto fluxo, 6 horas de terapia, em unidade de diálise extra-hospitalar, modelo assistencial.
<b>HD prolongada noturna</b>	5 vezes por semana, alto fluxo, 8 horas de terapia, em domicílio, modelo autocuidado.
<b>HDF</b>	3 vezes por semana, 4 horas de terapia, em centro satélite, modelo assistencial.
<b>HD ou HDF incremental ou decremental</b>	menos de 3 sessões semanais ou menos de 12 horas semanais de terapia.

<b>DP incremental</b>	menos de 7 dias por semana (DPAC ou DPA) ou menos de 4 trocas manuais em DPAC.
-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Abreviações: HD, hemodiálise; DP, diálise peritoneal; DPAC, diálise peritoneal ambulatorial contínua; DPA, diálise peritoneal automatizada.

### **Materiais utilizados nas terapias de hemodepuração**

- **Dialisador:** é o dispositivo (involucro + feixe de fibras ocas semipermeáveis) com compartimentos separados para o fluxo de sangue (FS) e o fluxo de dialisato (FD), com a interposição de uma membrana semipermeável entre eles. Deve-se, na prática diária, evitar o uso dos termos “capilar”, “hemodialisador” ou mesmo “membrana” como sinônimos de dialisador.<sup>7,18</sup>

Na HD, a classificação de baixo fluxo (*low-flux*) versus alto fluxo (*high-flux*) descreve principalmente o comportamento hidráulico e a capacidade de transporte, que na prática se traduz em diferenças na remoção de moléculas envolvidas na toxicidade urêmica.

**Dialisador de baixo fluxo:** dialisador de HD composto por membrana semipermeável de baixa permeabilidade hidráulica, que permite transporte de solutos principalmente por difusão. Apresenta depuração predominante de moléculas de pequeno peso molecular, em geral de até 0,5 kDa, como ureia, creatinina, ácido úrico, fosfato e eletrólitos como sódio, potássio, cloro e bicarbonato. Em comparação com os dialisadores de alto fluxo, apresenta menor remoção de moléculas médias. Classicamente, associa-se a KUF < 15 mL/h/mmHg e clearance de  $\beta$ 2-microglobulina < 10 mL/min.<sup>19</sup>

**Dialisador de alto fluxo:** dialisador de HD com membrana de maior permeabilidade hidráulica e maior capacidade de remoção de moléculas médias (0,5 a 15 kDa), preservando baixa perda de albumina. Sua classificação baseia-se classicamente em KUF > 15 mL/h/mmHg e clearance de  $\beta$ 2-microglobulina > 20 mL/min.<sup>19-21</sup>

Por fim, quando existe reprocessamento de dialisadores, esse elemento precisa ser explicitado como parte da descrição do material utilizado, porque essa prática altera o

contexto do desempenho e da comparação entre terapias, e preferencialmente não deve ficar implícito em registros pelo Nefrologista.

- **Membrana:** é o material semipermeável presente nas fibras ocas do dialisador, e é esse material que define o “perfil de transporte” da terapia. Na prática, quando descrevemos uma membrana, precisamos separar três dimensões: composição e arquitetura (por exemplo, membranas sintéticas de polissulfona e derivados, ou membranas com potencial adsorptivo como o polimetilmetacrilato), perfil de permeabilidade da membrana, incluindo o ponto de corte (*cut-off* em inglês) e o início da retenção de solutos (*retention onset* em inglês) e propriedades de superfície (biocompatibilidade e potencial de adsorção, quando existir). Essa distinção é central para padronizar a linguagem, porque o termo “membrana” se refere a uma característica do material e não a um sinônimo do dispositivo inteiro<sup>18</sup>.

#### **Componentes da técnica de hemodepuração**

- **Coefficiente de peneiramento:** equivalente à *sieving* em inglês, corresponde à relação entre a concentração de soluto no filtrado e a concentração de soluto na água do plasma, na ausência de um gradiente de difusão da membrana.

Parâmetros operacionais

- **Fluxo de sangue (FS):** expresso em mL/min. Pode-se ter o fluxo de sangue prescrito (que define a velocidade da bomba de sangue) ou o fluxo de sangue efetivo (que estima o fluxo de sangue que efetivamente o paciente está tendo no circuito). O termo genérico “fluxo da máquina” não deve ser utilizado.

- **Fluxo de dialisato (FD):** expresso em mL/min. Fluxo de solução de diálise que soma a solução ácida, básica e água tratada de HD.

- **Pressão da linha arterial (pressão pré-bomba):** corresponde à pressão da porção inicial do sistema, que é negativa, e que reflete a patência do acesso do paciente.

- **Pressão da linha venosa (pressão pós-dialisador):** corresponde à pressão da porção final do sistema, que é positiva, e que reflete a maior ou menor dificuldade que o acesso do paciente oferece para a devolução do sangue do sistema.

- **Fração de filtração (FF):** corresponde à proporção do fluxo sanguíneo efetivo — ou, mais precisamente, do fluxo de água plasmática — que é ultrafiltrada no dialisador durante a sessão (taxa de filtração (ou fluxo convectivo) / fluxo sanguíneo efetivo no dialisador × 100).

- **Pressão Transmembrana (PTM):** corresponde ao gradiente de pressão através da membrana do dialisador, resultante da diferença entre as pressões do compartimento sanguíneo e do compartimento do dialisato, sendo um dos principais determinantes da ultrafiltração.
- **Volume convectivo:** Na HDF, o volume convectivo é definido como a soma do volume de substituição infundido e do volume de ultrafiltração, representando a dose convectiva efetivamente administrada.
- **Volume de substituição:** volume de líquido de substituição que é infundido durante a sessão de HDF para substituir o volume removido por convecção. A expressão “volume de reposição” é equivalente e pode ser utilizada.
- **Fluxo convectivo:** taxa com que o volume convectivo é removido a cada unidade de tempo (usualmente por hora).
- **Fluxo de substituição:** taxa com que o volume de substituição é infundido, por unidade de tempo (usualmente por hora). A expressão “fluxo de reposição” é equivalente e pode ser utilizada.
- **Volume de ultrafiltração (UF total):** volume removido por sessão.
- **Taxa de ultrafiltração:** que pode ser apresentada como um valor absoluto (mL/h) ou preferencialmente normalizada por peso corporal (mL/kg/h).
- **Tolerabilidade intradialítica:** ausência de eventos clínicos durante a sessão, incluindo em especial hipotensão intradialítica (HID), câimbras, náuseas, vômitos, cefaleia, dor torácica e tempo de recuperação pós-díalise<sup>7,20</sup>.

### **Tipos de hemodepuração**

- **HDF:** combina difusão e convecção para ampliar a depuração de solutos, sobretudo de médio peso molecular. Além da máquina e do dialisador, utiliza solução de substituição.<sup>22</sup> A eficácia convectiva depende do dialisador de alto fluxo, do FS e da FF, com maior remoção de moléculas na faixa de 15 a 25 kDa.<sup>19</sup> A infusão dessa solução pode ocorrer em pré-diluição, pós-diluição ou de forma combinada. Na HDF online, a solução de reposição é produzida em tempo real a partir de dialisato ultrapuro, o que exige filtros dedicados em série, trocas periódicas, tratamento de água conforme a legislação vigente e monitorização contínua da qualidade.

- **HDx:** hemodepuração baseada no uso de um dialisador com membrana de permeabilidade intermediária (MCO), desenvolvida para ampliar a remoção de moléculas médias e de maior peso molecular, com permeabilidade entre 25 e 58 kDa em relação à HD de alto fluxo convencional<sup>23</sup>. Deriva do conceito de membranas com limiar elevado de retenção de solutos (*high retention onset* em inglês) [HRO] e combina difusão com convecção gerada por filtração interna e retrofiltração (*backfiltration* em inglês), sem reposição de volume como na HDF<sup>18,19,24</sup>.

- **Hemoadsorção na diálise de manutenção:** pode ser realizada com dialisadores de membrana adsorptiva ou com cartuchos específicos, visando ampliar a remoção de toxinas urêmicas por adsorção; na terapia combinada com HD, configura uma estratégia híbrida que associa difusão e eventual convecção no dialisador à adsorção no cartucho.<sup>18,25</sup>

### **Diálise incremental e decremental**

Nos últimos anos, os conceitos de diálise incremental e diálise decremental passaram a ter maior relevância na prática clínica e, por isso, justificam uma seção específica de padronização terminológica. Define-se diálise incremental como a prescrição de uma dose de diálise inferior à dose mínima habitualmente recomendada para determinado regime, desde que sejam mantidas condições adequadas de segurança clínica. Sua principal condição é a presença de função renal residual suficiente para complementar a depuração fornecida pela diálise. Em geral, essa estratégia é empregada em pacientes no início da terapia de diálise de manutenção, quando ainda há função renal residual significativa. Nesse contexto, a dose dialítica tende a ser progressivamente ampliada à medida que ocorre a perda da função renal residual.

Por outro lado, define-se diálise decremental como a redução deliberada da dose de diálise em pacientes com evolução clínica desfavorável, com o objetivo de reduzir a carga do tratamento e priorizar qualidade de vida. Essa estratégia é mais frequentemente empregada em contexto de cuidado paliativo ou em situações de recuperação da função renal, nas quais se justifica a redução progressiva da dose dialítica. Nesses casos, sua indicação não depende necessariamente da presença de função renal residual, mas do contexto clínico e dos objetivos do cuidado.

Assim, a distinção entre diálise incremental e diálise decremental baseia-se fundamentalmente no contexto clínico e na finalidade terapêutica. Na diálise incremental, a menor dose inicial decorre da contribuição da função renal residual, geralmente em pacientes em início de TRS, com expectativa de aumento progressivo da dose dialítica conforme sua perda. Na diálise decremental, a redução da dose é intencional e orientada por objetivos de cuidado centrados na proporcionalidade terapêutica, no conforto e na qualidade de vida, ou por recuperação da função renal.

### **Adequação dialítica**

Define-se adequação dialítica como a entrega efetiva e mensurável da diálise, integrando depuração de pequenas moléculas, controle volêmico, estabilidade hemodinâmica e tolerabilidade clínica<sup>7,20</sup>. O termo adequação da diálise não deve ser utilizado como sinônimo de Kt/V, devendo refletir a avaliação multifatorial da terapia dialítica<sup>7,26</sup>.

### **Kt/V**

O termo oficial adotado é **Kt/V** devendo-se preferentemente especificar sua modalidade de cálculo:

- **spKt/V (single-pool Kt/V)**: estima o Kt/V da ureia de uma única sessão, tomando por base o modelo matemático que pressupõe que a ureia se distribui num único espaço corporal.
- **eKt/V (Kt/V equilibrado)**: estima o Kt/V da ureia de uma única sessão, tomando por base o modelo matemático que pressupõe que a ureia se redistribui entre os compartimentos corporais, ao final da diálise.
- **stdKt/V (Kt/V standard ou semanal)**: estima o Kt/V da ureia referente a uma semana (levando em consideração todos os tratamentos de diálise ao longo de uma semana), e tomando por base o modelo matemático que pressupõe que a ureia se distribui entre os compartimentos corporais.

A utilização do termo “Kt/V” sem qualificação metodológica não é recomendada em documentos técnicos ou científicos<sup>7,20</sup>.

### **URR**

Adota-se o termo **URR (Urea Reduction Ratio ou taxa de redução da ureia)** para designar a razão percentual de redução da ureia pré e pós-sessão<sup>7,20</sup>.

## **Anticoagulação**

A terminologia adotada é:

- Anticoagulação sistêmica: com heparina não fracionada (HNF) ou heparina de baixo peso molecular (HBPM)
- Anticoagulação regional com citrato
- Sessão sem anticoagulação sistêmica.

O termo “heparinização” não deve ser utilizado.

Para o manejo de cateteres, adota-se o termo solução de selagem do cateter devendo-se especificar sua composição.

## **Acessos vasculares para diálise<sup>7,27-29</sup>**

### **Acessos definitivos**

- Fístula arteriovenosa (FAV)
- Enxerto arteriovenoso (prótese arteriovenosa)
- Cateter de diálise peritoneal

### **Cateter venoso central (CVC) ou cateter de duplo lúmen\* para hemodepuração**

- CVC tunelizado (longa permanência)
- CVC não tunelizado (temporário ou curta permanência)

O uso de denominações comerciais como substituto do termo técnico não é recomendado.

\*Os cateteres utilizados em hemodiálise de manutenção são, preferencialmente, dispositivos de duplo lúmen, uma vez que essa configuração permite fluxos sanguíneos adequados e desempenho dialítico otimizado. O uso de cateteres triplo lúmen não é rotineiro nesse contexto e deve ser restrito a situações específicas, como em pacientes hospitalizados ou críticos que necessitam de infusão concomitante de medicações intravenosas. Nesses casos, devem ser consideradas as limitações desses dispositivos quanto ao desempenho dialítico, bem como o potencial aumento do risco de complicações.

### **Localização anatômica<sup>27</sup>**

- Veia jugular interna (direita ou esquerda)
- Veia femoral (direita ou esquerda)
- Veia subclávia (direita ou esquerda)
- Veia cava inferior (cateter é chamado de translombar)
- Veia hepática direita (cateter é chamado de trans-hepático)

**Agulha de punção:** aquela destinada à inserção na fístula arteriovenosa ou enxerto, conectadas a segmento de conduto que se conecta à linha arterial ou à linha venosa. Podem ser “cortantes” (com ponta biselada e afiada) ou “rombas” (com ponta arredondada e sem fio cortante).

**Complicações infecciosas do acesso vascular**<sup>7,27,30</sup>, descritos na Tabela 3.

**Tabela 3.** Complicações infecciosas relacionadas ao acesso vascular.

<b>Termo</b>	<b>Definição</b>
<b>Bacteremia (infecção de corrente sanguínea) associada ao acesso vascular</b>	Paciente em terapia de hemodepuração, apresentando pelo menos um dos seguintes sintomas: febre >38°C, calafrios ou sinais de choque e pelo menos uma hemocultura positiva, na ausência de outro foco <sup>36</sup> .
<b>Infecção do óstio de saída</b>	Secreção purulenta ao redor do óstio de saída do cateter de HD ou de DP <sup>31,32</sup>
<b>Infecção do túnel</b>	Infecção do trajeto subcutâneo do cateter peritoneal ou tunelizado de longa permanência de HD, caracterizada por dor, edema, eritema ou induração ao longo do túnel do cateter, podendo ou não estar associada a secreção no sítio de saída e geralmente confirmada por ultrassonografia <sup>32</sup> .

### **Diálise Peritoneal**

A seguir na Tabela 4, será apresentada a nomenclatura sugerida para as diferentes modalidades de DP, os itens da prescrição e materiais utilizados<sup>15,33,34</sup>.

**Tabela 4:** Modalidades de diálise peritoneal

<b>Nomenclatura</b>	<b>Abreviatura</b>	<b>Descrição</b>
Diálise peritoneal ambulatorial contínua	DPAC	Modalidade de DP realizada por trocas manuais, sem uso da cicladora.

Diálise peritoneal automatizada	DPA	Termo genérico para qualquer modalidade de DP que utiliza um cicladora.
Diálise peritoneal noturna intermitente	DPNI	Modalidade de DPA na qual as trocas de dialisato são realizadas de forma automática por uma cicladora, geralmente durante o período noturno. Não há solução de DP na cavidade durante a longa permanência.
Diálise peritoneal contínua por cicladora	DPCC	Modalidade de DPA onde múltiplos ciclos de infusão e drenagem são realizados por uma cicladora durante o período noturno, seguidos por uma permanência diurna longa do dialisato na cavidade peritoneal.
Diálise peritoneal contínua por cicladora com troca manual	DPCC com troca manual	Semelhante à CCPD mas com uma ou mais trocas realizadas manualmente durante o dia.
Diálise peritoneal incremental	DP Incremental	Prescrição de diálise individualizada onde a frequência da terapia, o número de horas de tratamento, número de trocas ou volume de infusão pode ser reduzido

		baseado na função residual do paciente.
Diálise peritoneal (DP) de início urgente	“DP urgent start”	Refere-se ao paciente que chega ao serviço de saúde com indicação imediata de diálise. O tratamento começa em menos de 48 a 72 horas após a inserção do cateter de diálise peritoneal.
Diálise peritoneal (DP) precoce	“DP early start”	É quando o paciente tem piora da função renal que exige diálise em curto prazo, mas não há uma emergência com risco de vida imediato. O tratamento começa entre 3 e 14 dias após a inserção do cateter de diálise peritoneal.
Monitoramento Remoto em Diálise Peritoneal	Monitoramento remoto em DP	Utiliza cicladora conectada à internet que transmite, em tempo real ou após cada tratamento, os dados da sessão do paciente para uma plataforma acessada pela equipe de saúde.
Tidal		Modalidade de DPA onde a drenagem a cada ciclo não drena todo o líquido da cavidade abdominal de maneira intencional.

Na Tabela 5, segue o glossário resumido dos termos recomendados pela SBN, bem como os sinônimos e siglas aceitáveis e o que evitar.

**Tabela 5.** Glossário de termos recomendados pela SBN.

<b>Termo recomendado</b>	<b>Sinônimos e/ou abreviações aceitáveis (se inevitáveis)</b>	<b>Evitar / não usar</b>
Diálise de manutenção <sup>35</sup>	Diálise crônica ambulatorial	Terapia renal substitutiva
Hemodepuração	Depuração sanguínea	Terapia renal substitutiva
HD/HDF convencional <sup>7</sup>	HD/HDF convencional ambulatorial	Padrão; comum; crônica
HD/HDF/ DP incremental <sup>35</sup>	Diálise incremental	Decremental
HD/HDF intensiva <sup>7</sup>	Curta diária; Prolongada noturna; Mais frequente	Diária
Dialisador <sup>7,20</sup>	Filtro <sup>18</sup> ; filtro dialisador; hemodialisador	Capilar; membrana
Dialisador de baixo fluxo <sup>7</sup>	<i>Low-flux</i>	Uso sem especificação do tipo de dialisador
Dialisador de alto fluxo <sup>7</sup>	<i>High-flux</i>	Uso sem especificação do tipo de dialisador
Membrana <sup>7</sup>	—	Uso de “membrana” como sinônimo de dialisador de hemodepuração
Coeficiente de peneiramento <sup>7</sup>	<i>Sieving</i>	—
Hemodiálise expandida <sup>7</sup>	HDx	Hemodiafiltração ou “tipo de hemodiálise”

<b>Termo recomendado</b>	<b>Sinônimos e/ou abreviações aceitáveis (se inevitáveis)</b>	<b>Evitar / não usar</b>
Hemoadsorção <sup>25</sup>	HA	Hemodiafiltração; hemodiálise expandida
Hemodiafiltração <sup>7</sup>	HDF	Usar como “tipo de hemodiálise”
Volume de substituição <sup>7</sup>	Volume de reposição	—
Solução de selagem do cateter <sup>27</sup>	<i>Lock</i>	Uso exclusivo de nome comercial
Fístula arteriovenosa <sup>27</sup>	FAV	
Enxerto arteriovenoso <sup>27</sup>	Prótese arteriovenosa	Nome comercial como substituto do termo técnico
Cateter venoso central (CVC) <sup>27</sup>	Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise	Nome comercial como substituto do termo técnico
CVC tunelizado <sup>27</sup>	De longa permanência	Nome comercial como substituto do termo técnico ou <i>permcath</i>
CVC não tunelizado <sup>27</sup>	Temporário	Nome comercial como substituto do termo técnico ou <i>Shilley</i>
Cateter de diálise peritoneal <sup>29</sup>		
Diálise peritoneal ambulatorial contínua <sup>29,34</sup>	DPAC CAPD	—
Diálise peritoneal automatizada <sup>29,34</sup>	DPA	—
Diálise peritoneal noturna intermitente <sup>29,34</sup>	DPNI	—

<b>Termo recomendado</b>	<b>Sinônimos e/ou abreviações aceitáveis (se inevitáveis)</b>	<b>Evitar / não usar</b>
Diálise peritoneal contínua por cicladora <sup>29,34</sup>	DPCC	—
Diálise peritoneal contínua por cicladora com troca manual <sup>29</sup>	DPCC com troca manual	—
Diálise peritoneal incremental <sup>29,34</sup>	DP incremental	—
Diálise peritoneal de início urgente <sup>29</sup>	DP <i>Urgent start</i>	—
Diálise peritoneal precoce <sup>29</sup>	DP <i>Early start</i>	—
Monitoramento remoto em diálise peritoneal <sup>29</sup>	DP remota	—
Tidal <sup>29,34</sup>	—	—

## **Conclusão**

A adoção de nomenclatura padronizada em diálise de manutenção pode reduzir ambiguidades, qualificar a comunicação entre os diferentes atores envolvidos no cuidado e aumentar a consistência de registros clínicos, administrativos e científicos. Ao propor termos preferenciais, sinônimos aceitáveis e expressões a serem evitadas, este documento busca favorecer maior clareza conceitual, comparabilidade entre estudos e uniformidade na assistência, no ensino, na pesquisa e na formulação de políticas públicas.

## **Financiamento**

Este estudo não recebeu financiamento específico, foi financiado com recursos próprios da SBN.

## **Referências**

1. Ambrose CT. A short history of medical dictionaries. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc.* Spring 2005;68(2):24-7.
2. Chute CG. Clinical classification and terminology: some history and current observations. *J Am Med Inform Assoc.* May-Jun 2000;7(3):298-303. doi:10.1136/jamia.2000.0070298
3. Askie LM, Thomas RA, Sheikh M, Farrar J. Establishing the impact of WHO's normative and standard-setting functions: a call for papers. *Bulletin of the World Health Organization.* 2023;101(10):618.
4. Iadanza E, Cerofolini S, Lombardo C, Satta F, Gherardelli M. Medical devices nomenclature systems: a scoping review. *Health and Technology.* 2021;11(4):681-692.
5. National Kidney F. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* Feb 2002;39(2 Suppl 1):S1-266.
6. Kasiske BL, Wheeler DC. Kidney Disease: Improving Global Outcomes--an update. *Nephrol Dial Transplant.* Apr 2014;29(4):763-9. doi:10.1093/ndt/gft441
7. National Kidney F. KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 update. *Am J Kidney Dis.* Nov 2015;66(5):884-930. doi:10.1053/j.ajkd.2015.07.015
8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKDWG. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* Apr 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018
9. Palazzuoli A, Tecson KM, Ronco C, McCullough PA. Nomenclature for Kidney Function from KDIGO: Shortcomings of Terminology Oversimplification. *Cardiorenal Med.* 2021;11(3):119-122. doi:10.1159/000516615
10. Kalantar-Zadeh K, McCullough PA, Agarwal SK, et al. Nomenclature in nephrology: preserving 'renal' and 'nephro' in the glossary of kidney health and disease. *J Nephrol.* Jun 2021;34(3):639-648. doi:10.1007/s40620-021-01011-3
11. Gaudry S, Palevsky PM, Dreyfuss D. Extracorporeal Kidney-Replacement Therapy for Acute Kidney Injury. *N Engl J Med.* Mar 10 2022;386(10):964-975. doi:10.1056/NEJMra2104090
12. Kazory A, Sgarabotto L, Ronco C. Extracorporeal Ultrafiltration for Acute Heart Failure. *Cardiorenal Med.* 2023;13(1):1-8. doi:10.1159/000527204

13. Simsek E, Gunaydin S. The impact of hemoadsorption in patients with chronic kidney disease undergoing coronary artery bypass grafting. *Clin Kidney J.* Sep 2025;18(9):sfaf241. doi:10.1093/ckj/sfaf241
14. Perl J, Chan CT. Home hemodialysis, daily hemodialysis, and nocturnal hemodialysis: Core Curriculum 2009. *Am J Kidney Dis.* Dec 2009;54(6):1171-84. doi:10.1053/j.ajkd.2009.06.038
15. Flythe JE, Watnick S. Dialysis for Chronic Kidney Failure: A Review. *JAMA.* Nov 12 2024;332(18):1559-1573. doi:10.1001/jama.2024.16338
16. Robinson BM, Akizawa T, Jager KJ, Kerr PG, Saran R, Pisoni RL. Factors affecting outcomes in patients reaching end-stage kidney disease worldwide: differences in access to renal replacement therapy, modality use, and haemodialysis practices. *Lancet.* Jul 16 2016;388(10041):294-306. doi:10.1016/S0140-6736(16)30448-2
17. Eknoyan G, Beck GJ, Cheung AK, et al. Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis. *N Engl J Med.* Dec 19 2002;347(25):2010-9. doi:10.1056/NEJMoa021583
18. Reis T, Ronco C, Soranno DE, et al. Standardization of Nomenclature for the Mechanisms and Materials Utilized for Extracorporeal Blood Purification. *Blood Purif.* 2024;53(5):329-342. doi:10.1159/000533330
19. Rosner MH, Reis T, Husain-Syed F, et al. Classification of Uremic Toxins and Their Role in Kidney Failure. *Clin J Am Soc Nephrol.* Dec 2021;16(12):1918-1928. doi:10.2215/CJN.02660221
20. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. *Handbook of dialysis.* Lippincott Williams & Wilkins; 2025.
21. Palmer SC, Rabindranath KS, Craig JC, Roderick PJ, Locatelli F, Strippoli GF. High-flux versus low-flux membranes for end-stage kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev.* Sep 12 2012;2012(9):CD005016. doi:10.1002/14651858.CD005016.pub2
22. Ronco C, Maduell F, Kalantar-Zadeh K, Madero M, Reis T. The Role of Online Hemodiafiltration in Contemporary Kidney Care. *Clin J Am Soc Nephrol.* Oct 6 2025;doi:10.2215/CJN.0000000920
23. Garcia-Prieto A, de la Flor JC, Coll E, Iglesias E, Reque J, Valga F. Expanded hemodialysis: what's up, Doc? *Clin Kidney J.* Jul 2023;16(7):1071-1080. doi:10.1093/ckj/sfad033
24. Ronco C. Backfiltration: a controversial issue in modern dialysis. *Int J Artif Organs.* Mar 1988;11(2):69-74.

25. Reis T, Premuzic V, Kitawara K, Noronha IL, Ronco C. Basic Mechanisms of Hemoadsorption: Incumbency for Better Clinical Utility. *Blood Purif.* Aug 27 2025:1-14. doi:10.1159/000548120
26. Perl J, Dember LM, Bargman JM, et al. The Use of a Multidimensional Measure of Dialysis Adequacy-Moving beyond Small Solute Kinetics. *Clin J Am Soc Nephrol.* May 8 2017;12(5):839-847. doi:10.2215/CJN.08460816
27. Lok CE, Huber TS, Lee T, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis.* Apr 2020;75(4 Suppl 2):S1-S164. doi:10.1053/j.ajkd.2019.12.001
28. Chan CT, Blankestijn PJ, Dember LM, et al. Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int.* Jul 2019;96(1):37-47. doi:10.1016/j.kint.2019.01.017
29. Crabtree JH, Shrestha BM, Chow KM, et al. Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. *Perit Dial Int.* Sep-Oct 2019;39(5):414-436. doi:10.3747/pdi.2018.00232
30. para vigilância das Infecções O. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2025.
31. Rigo M, Pecoits-Filho R, Lambie M, Tuon FF, Barretti P, de Moraes TP. Clinical utility of a traditional score system for the evaluation of the peritoneal dialysis exit-site infection in a national multicentric cohort study. *Peritoneal Dialysis International.* 2021;41(3):292-297.
32. Chow KM, Li PK-T, Cho Y, et al. ISPD catheter-related infection recommendations: 2023 update. *Peritoneal Dialysis International.* 2023;43(3):201-219.
33. Teitelbaum I. Peritoneal Dialysis. *N Engl J Med.* Nov 4 2021;385(19):1786-1795. doi:10.1056/NEJMra2100152
34. Moraes T, Pellizzari C, Lins PR, Calice-Silva V. Current Approaches to Prescription and Optimization of Peritoneal Dialysis: a practical review. *Brazilian Journal of Nephrology.* 2026;48(3)doi:10.1590/2175-8239-JBN-2025-0288
35. Levey AS, Eckardt KU, Dorman NM, et al. Nomenclature for kidney function and disease: report of a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. *Kidney Int.* Jun 2020;97(6):1117-1129. doi:10.1016/j.kint.2020.02.010

36. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 04/2025: orientações para vigilância e notificação das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos (RAM) em serviços de diálise – ano: 2026. Brasília (DF): Anvisa; 2026.

Em Construção