

**VIII Congreso Nacional de Nutrición Clínica y Metabolismo
Centro de Convenciones Plaza América
Varadero (Matanzas): Diciembre 7 – 10 del 2017**

PANELES MULTIDISCIPLINARIOS

INTRODUCCIÓN

En este apartado se presentan los títulos, los coordinadores y demás integrantes de los Paneles Multidisciplinarios celebrados durante el desarrollo de las actividades del VIII Congreso de Nutrición Clínica. Estos paneles comprendieron: Simposios, Mesas Redondas y Talleres de Expertos. Donde fuera posible, se exponen además los resúmenes de las ponencias hechas durante la celebración del panel correspondiente.

Mesa Redonda. La Nutrición Clínica aplicada con bases bioquímicas en la atención primaria de salud. Coordinadora: Dra. Marisol Peña González. Cátedra de Nutrición Clínica y Comunitaria “Dr. Pablo Bahr Valcárcel”. Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”. Holguín. Cuba. La formación docente de pregrado del alumno de Ciencias Médicas implica el tránsito por la unidad “Metabolismo” dentro de la asignatura de Morfofisiología del ciclo básico. La exposición de las principales rutas metabólicas del organismo, y cómo la energía se aprovecha y se genera dentro de ellas, puede brindar oportunidades para trasladar este conocimiento a situaciones clínicas concretas que después el alumno encontrará durante la actuación en los distintos escenarios de la atención primaria de salud (APS), como sería el caso de la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas premisas han guiado la actividad de extensión docente de la Cátedra de Nutrición Clínica y Comunitaria “Dr. Pablo Bahr Valcárcel” insertada dentro de la Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello” (Holguín), la que ha organizado talleres y seminarios donde los alumnos participantes responden a interrogantes formuladas mediante la integración de los conocimientos impartidos en el aula en la unidad “Metabolismo” con elementos de la etio- y la fisio-patología de las enfermedades crónicas no transmisibles, a la vez que proponen intervenciones alimentarias, dietéticas y nutricionales orientadas a la corrección de las anomalías metabólicas identificadas. Se espera de este paradigma de enseñanza que el alumno esté mejor preparado para la actuación en la comunidad y un impacto superior en la calidad de la atención médica que brinde una vez graduado.

Mesa Redonda. La Nutrición Parenteral como tecnología de avanzada en el apoyo nutricional. Coordinador: Dr. Sergio Santana Porbén. Escuela de Nutrición. Facultad de Tecnologías de la Salud. La Habana. Cuba. Desde su inyección en los 1960s, la Nutrición Parenteral (NP) ha sido una terapia salvadora de vidas. En los últimos 50 años, la NP ha evolucionado desde un proceder concebido para la administración en un paciente críticamente enfermo hasta una herramienta para la rehabilitación del mismo en su propio domicilio. Ello ha sido posible gracias a los desarrollos tecnológicos ocurridos en las vías de acceso, mejores soluciones parenterales, la redacción de las

Buenas Prácticas Farmacéuticas, y la aparición y operación de los Centros de Mezclas Parenterales. En Cuba, la NP fue introducida en los 1970s como un recurso terapéutico en la atención de los recién nacidos críticos. Hoy, se tienen experiencias de la NP en el entorno hospitalario. También se cuentan con Centros hospitalarios de Mezclas Parenterales que sostienen la labor de pediatras e intensivistas. Se tienen experiencias con la administración de estas terapias a nivel de domicilio, pero todavía son muy limitadas. Lo anterior justifica la conducción de un Simposio sobre "La Nutrición Parenteral y los Centros de Mezclas", como espacio para recapitular sobre el desarrollo de estas tecnologías en Cuba, y los futuros desarrollos de la misma.

Mesa Redonda. Estado actual de la función del nutricionista en Cuba. Plan de estudio y perfil del graduado. Competencias y desempeños. Coordinadora: DraC. María Aurelia Lazo Coello. Escuela de Nutrición. Facultad de Tecnologías de la Salud. La Habana. Cuba. En el año 2005, y al calor del programa de la "Batalla de Las Ideas", la formación técnico-profesional sufrió un vuelco radical con la apertura de las diversas licenciaturas en las Tecnologías de la Salud. De todas ellas, se destaca la Licenciatura en Nutrición por cuanto se había identificado la necesidad de aportarle al sistema nacional de salud de profesionales competentes para intervenir un cuadro de salud marcado por la obesidad y el alza en las enfermedades crónicas no transmisibles, junto con la ausencia de experiencias sobre la formación en el país de tales profesionales. En el tiempo transcurrido, se han puesto a punto los programas de formación de los nutricionistas para que se ocupen de llegar a la población con mensajes nutricionales científicamente fundamentados, a tono con las realidades socio-económicas del país, y en aras de afirmar la prevención como el eje fundamental de la actuación en los distintos escenarios de salud. Hoy se asiste a un nuevo cambio de paradigmas y modelos de actuación del nutricionista para que asuma una mayor cuota de autonomía durante los años de formación mediante la búsqueda activa de información, el autoestudio, la formación en el trabajo, y la supervisión continua de los especialistas. Los nutricionistas de nuevo tipo deben distinguirse por su sistema de valores y principios, por la sólida formación científico-técnica, por las competencias asistenciales, docentes e investigativas, y por erigirse en referentes del modelo de formación universitaria en cualquier escenario donde le toque ejercer.

Mesa redonda. La Nutrición en situaciones especiales en el paciente críticamente enfermo. Coordinador: Prof. Dr. David León Pérez. Servicio de Terapia Intensiva Polivalente. Hospital "Hermanos Ameijeiras". La Habana. Cuba

INTRODUCCIÓN

El paciente críticamente enfermo ofrece oportunidades diversas para la implementación y gestión de esquemas de apoyo nutricional. En esta Mesa Redonda se tocarán aspectos relacionados con el apoyo nutricional en la insuficiencia orgánica y el trauma.

DESARROLLO

- **Ponencia:** Nutrición en el paciente con insuficiencia hepática. Ponente: Dra. Hilev Larrondo Muguercia. Servicio de Terapia Intensiva Polivalente. Hospital "Hermanos Ameijeiras". La

Habana. Cuba. La insuficiencia hepática se caracteriza por la tríada de íctero, coagulopatía y encefalopatía que se desarrolla dentro del escenario de una enfermedad crónica descompensada, o por una falla aguda en un hígado previamente sano. La insuficiencia hepática se produce como consecuencia de una necrosis masiva del hígado que acarrea la claudicación brusca de todas sus funciones. Es necesaria entonces la prioridad del apoyo nutricional, tanto por vía enteral como parenteral, ajustando el aporte proteico según la fase de la enfermedad, y asegurando el control de la glucemia (entre otros elementos).

- **Ponencia:** Nutrición en el paciente con insuficiencia renal. Ponente: Dr. Aldo Álvarez Rodríguez. Centro CIMEQ de Investigaciones Médico quirúrgicas de La Habana. La insuficiencia renal se produce cuando los riñones no pueden excretar adecuadamente los productos metabólicos y nitrogenados que se producen en el organismo. Los cuidados en la nutrición del paciente con insuficiencia renal se justifican por los cambios metabólicos observados en este cuadro, y que son el hipercatabolismo proteico, la resistencia periférica a la insulina, la disminución de la lipólisis, la depresión del sistema antioxidante, y la inmunodeficiencia. Los objetivos de la intervención nutricional en este tipo de paciente serían, entre otros, limitar el catabolismo proteico y la pérdida de masa magra, prevenir la sobrehidratación, y minimizar la acumulación de compuestos nitrogenados en la sangre.

- **Ponencia:** Nutrición en el paciente politraumatizado. Ponente: Dr. David León Pérez. Servicio de Terapia Intensiva Polivalente. Hospital “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba. Se define como politraumatismo a la asociación de múltiples lesiones traumáticas producidas por un mismo accidente, que supone, aunque sea una de ellas, riesgo vital para el paciente. Los pacientes politraumatizados presentan estados de hipercatabolia e hipermetabolía, y requieren de soporte nutricional especializado. En virtud de ello, la nutrición debe iniciarse tan pronto como se logre un equilibrio hemodinámico adecuado. La terapia nutricional debe indicarse cuando los requerimientos nutricionales no pueden ser cubiertos por la vía oral pasados 5 – 10 días del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, y ajustadas a las características del paciente. El aporte proteico debe ser elevado (en la vecindad de los 2.0 – 2.5 g/Kg/24 horas) para compensar las pérdidas debidas al hipercatabolismo a la vez que proteger la masa magra corporal del lesionado.

Panel de Expertos. Nuevos métodos de la evaluación del estado nutricional en la Enfermedad Renal Crónica. Coordinadora: Dra. Miroslaba Dalas Guibert. Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana. Escuela de Medicina. La Habana. Cuba. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) afecta uno de cada 10 personas en Cuba. La incidencia aumentada de la ERC viene de la mano del ascenso de la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial: ambas entidades integradas dentro del denominado Síndrome metabólico (SM) asociado a la obesidad. Si importante es establecer la cuantía de la masa magra corporal en un paciente que puede acusar inflamación e hipercatabolismo, no menos importante es evaluar la presencia y progresión del daño aterosclerótico que subyace debajo del deterioro de la función renal. Se han avanzado nuevos marcadores bioquímicos de la endotelitis y la aterosclerosis, que recorren desde indicadores del filtrado glomerular como la Cistatina C, hasta proteínas involucradas en fenómenos trombóticos como el fibrinógeno. Las autoras presentan sus experiencias del uso de tales marcadores en diferentes contextos de la ERC en Cuba.

Panel de Expertos. Dieta cetogénica. Aplicación y cálculo automatizado. Coordinadora: DraC. Ligia María Marcos Plasencia. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. La Habana. Cuba. **Justificación.** La epilepsia refractaria al tratamiento con drogas antiepilépticas es uno de los problemas confrontados por los neuropediatras. Existen algunas experiencias con el uso de la dieta cetogénica en estos casos, pero con la dificultad que entraña el laborioso proceso de cálculo de las recomendaciones en energía y macronutrientos que conlleva este régimen especial de alimentación, se hace difícil su extensión y gestión como opción real de tratamiento. **Objetivo.** Crear un método rápido y confiable que agilice el engorroso y demorado cálculo de las recomendaciones necesarias para la dieta cetogénica. **Métodos.** Se creó un listado de alimentos permitidos para este régimen de alimentación con las cantidades de energía y macronutrientos contenidos por porciones, que se utilizó como base de datos para un sistema automatizado de cálculo de las recomendaciones según la edad y el peso corporal del paciente, y en un segundo tiempo para el cálculo del patrón. Junto con esto, se crearon recetas de platos apropiados para los menús cetogénicos. **Resultados.** Se obtuvo un sistema interactivo de muy fácil manejo que permite realizar todos los cálculos pertinentes para un régimen cetogénico en un paciente dado y en un plazo muy breve de tiempo. Este sistema se ha puesto en práctica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con ahorro notable de tiempo y confiabilidad de las estimaciones en términos de energía y alimentos. Su sencillez permite su uso por diferentes niveles de técnicos (dietistas) y profesionales. **Conclusiones.** El sistema creado de cálculo y gestión de las dietas cetogénicas posibilita la confección de las mismas, y contribuye a la restauración y preservación de la salud del paciente epiléptico.

Mesa Redonda. Nutrición en las cardiopatías. Coordinadora: Dra Judith Lara Galván. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías indican la incapacidad creciente y progresiva del corazón para mantener su función como bomba impelente del torrente sanguíneo, entre otras. Las cardiopatías pueden ofrecer varias facetas, pero la cardiopatía isquémica asociada a la arteriosclerosis y el envejecimiento es una demanda frecuente de cuidados médicos. En esta Mesa Redonda se expondrán varios aspectos de la actuación nutricional en presentaciones selectas de las cardiopatías.

- **Ponencia:** Síndrome Coronario Agudo. Ponente: Dra. Mirtha López Ramírez. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba. Se abordan algunos aspectos sobre el estado nutricional de los pacientes con síndrome coronario agudo, junto con las pautas a seguir en cuanto a la nutrición durante el episodio isquémico, así como también las recomendaciones nutricionales para estos pacientes una vez que ha pasado el evento agudo. Se muestran experiencias del tratamiento dietético con este tipo de pacientes atendidos en nuestro centro.
- **Ponencia:** Insuficiencia cardíaca. Ponente: Dr. Luis Alberto Morales Magón. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba. La insuficiencia cardíaca exige un abordaje multidisciplinario en el cual la nutrición juega un rol primordial, tanto en la falla aguda con inestabilidad hemodinámica en la que se ve comprometida

la perfusión esplácica de forma brusca, como en la insuficiencia cardíaca crónica, en las que varias alteraciones multiorgánicas afectan la absorción, asimilación y transporte de los nutrientes. Se impone entonces el uso de estrategias encaminadas a prevenir o tratar la desnutrición, a la vez que garantizar un aporte adecuado de nutrientes.

• **Ponencia:** Trasplante cardíaco. Dra. Judith Lara Galbán. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba. La nutrición del paciente trasplantado cardíaco posee características específicas para garantizar un aporte adecuado de nutrientes, y la distribución de los distintos tipos de manera especificada. El apoyo nutricional durante el trasplante incluye el concepto de la Inmunonutrición. El manejo nutricional es diferente en las fases pretrasplante, postrasplante inmediato y postrasplante tardío. Dado que estos pacientes son muy susceptibles a la sepsis, debido a la terapia inmunosupresora de que son sujetos para prevenir el rechazo del órgano, la estrategia alimentaria con respecto a las medidas higiénicas también es muy estricta.

Mesa Redonda. El Grupo de Apoyo Nutricional en el tratamiento nutricional de la citorreducción quirúrgica del tubo digestivo. Coordinadora: Dra Teresa Maria Pedroso Garriga. Hospital Militar “Luis Díaz Soto”. La Habana. Cuba.

Mesa Redonda. Evaluación nutricional del paciente críticamente enfermo. Coordinadores: *Dr. David León Pérez.* Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. *Dra. Moraima León Robles.* Hospital Militar “Carlos Juan Finlay”. La Habana. Cuba

INTRODUCCIÓN

El paciente críticamente enfermo se encuentra en peligro inminente de muerte si no fuera por las medidas intensivas que se adoptan, y el apoyo mecánico de las funciones orgánicas deterioradas. En este tipo de paciente pueden coexistir trastornos de la distribución hídrica, inestabilidad hemodinámica, e hipercatabolia. En esta Mesa Redonda se expondrán varias herramientas para el reconocimiento del estado nutricional del paciente críticamente enfermo, y la elaboración de pronósticos.

• **Ponencia:** Tipos de evaluación nutricional en el paciente críticamente enfermo. Dra. Moraima León Robles. Hospital Militar “Carlos Juan Finlay”. La Habana. Cuba. La desnutrición del paciente hospitalizado es bastante frecuente en cualquier país. Esta situación se agrava en las unidades de terapia intensiva y es una causa frecuente de morbimortalidad. Se hace necesario por lo tanto el reconocimiento del estado nutricional del paciente críticamente enfermo para evaluar objetivamente la capacidad de utilización y asimilación de la energía nutrimental administrada, así como la respuesta terapéutica. La evaluación nutricional se realiza a través de variables independientes entre sí de signo antropométrico, bioquímico, e inmunológico; o a través de puntajes pronósticos que combinan dichas variables. Pero dada las características del paciente crítico, estas variables pueden ser difíciles de interpretar, y deben ser evaluadas en el contexto del paciente, tomando en consideración la situación por la que está ingresado, así como las comorbilidades de los mismos. La hipoalbuminemia, por ejemplo, es la variable más frecuente observada en los críticos que puede estar relacionada directamente con muchos factores que la

afectan y no son de origen nutricional, así como otras variables que están trastornadas. Sin embargo, la causa que las alteró no es de origen nutricional.

- **Ponencia:** Aplicación de las escalas nutricionales en el entorno de la terapia intensiva. Dr. David León Pérez. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba. Desde el punto de vista práctico existen varios puntajes (léase también *scores*) que permiten el pesquiasaje del estado nutricional en el entorno de los cuidados intensivos. Entre ellos se tienen la Encuesta Global Subjetiva (Detsky *et al.*, 1987), el CONUT, y el *Mini Mental Score*, entre otros. También se dispone de la clasificación relacionada con las formas agudas y crónicas de desnutrición aguda. El sistema CONUT permite el pesquiasaje rápido del estado nutricional, e integra tres variables, a saber: albúmina, colesterol y recuento total de linfocitos. De acuerdo al puntaje obtenido será clasificado el estado nutricional del paciente crítico. Se ha comprobado el valor pronóstico del sistema CONUT en los cuidados críticos. Un aspecto importante (y la mayoría de las veces subvalorada en el paciente hospitalizado) es la necesaria evaluación nutricional y su posterior reporte que, además de revelar la tasa de desnutrición hospitalaria, permite también hacer el cálculo de los recursos necesarios para el aporte nutricional en los pacientes.

Panel FELANPE de Expertos y Personalidades. Realidades, trayectorias y perspectivas de la Nutrición clínica en Latinoamérica. Prof. Dr. Humberto Arenas Márquez (México). Prof. Dr. Alfredo Matos Adames (Panamá). Prof. Dr. Aldo Álvarez Rodríguez (Cuba). El VIII Congreso Cubano de Nutrición Clínica y Metabolismo ha sido una oportunidad para que se reúnan tres personalidades destacadas de la Nutrición clínica y hospitalaria de la región latinoamericana que han recorrido similares caminos en la atención nutricional del enfermo hospitalizado, y en la organización y conducción de sociedades nacionales de la salud dedicadas a estas especialidades. Igualmente, estas personalidades cumplieron términos como Presidentes *pro tempore* de la Federación Latinoamericana de Nutrición clínica, Terapia nutricional y Metabolismo (FELANPE), y desde esta posición impulsaron diferentes proyectos para revelar la realidad nutricional de las instituciones, empoderar la figura del nutricionista, y hacer avanzar las disciplinas de la Nutrición clínica y hospitalaria, la Terapia nutricional, la Nutrición artificial y el Metabolismo en la región. Capitalizando sobre esta singular confluencia, se ha convocado este Panel de Expertos y Personalidades donde cada uno de los tres ponentes expondrá sus experiencias y saberes en la gestión de la Nutrición clínica y hospitalaria, y disertará sobre las perspectivas de desarrollo y crecimiento de la especialidad, sobre todo a la luz de las nuevas tecnologías médicas y de la comunicación y la información, y los escenarios cambiantes de la prestación de cuidados médicos y asistenciales.

Mesa Redonda. Obesidad de alto riesgo. Coordinador: Prof. Dr. Jesús Barreto Penié. Servicio de Nutrición Clínica. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana. Cuba. La obesidad se ha revelado como el reto más formidable de salud que enfrentan por igual la humanidad, los gobiernos, los estados, y los sistemas de salud. De la mano de la obesidad han llegado las enfermedades crónicas no transmisibles que han polarizado los cuadros de salud de las poblaciones, y recargado onerosamente las prestaciones de salud. El tratamiento tradicional de la obesidad prescribe los cambios en los estilos de vida y alimentación del sujeto, la promoción de la actividad física y la práctica del ejercicio físico, y la restricción del ingreso de energía metabólica en forma de glúcidos refinados y grasas saturadas. Sin embargo, y dado el momento

de la evolución de la obesidad en que el enfermo suele solicitar asistencia médica, otras opciones deben estar disponibles. Las alternativas pudieran representar fármacos para el control de la resistencia a la insulina, promotores del efecto incretina, y bloqueadores de la absorción intestinal de las grasas alimentarias. Pero las intervenciones farmacológicas pudieran no ser ni efectivas ni suficientes, y entonces habría que considerar la cirugía bariátrica. La cirugía bariátrica sería una opción (se pudiera hasta decir que la única opción posible) para aquellos pacientes en los que los cambios humorales, hormonales y metabólicos desencadenados por la obesidad los coloca en riesgo inminente de muerte. Se han descrito varias técnicas de cirugía bariátrica, y los equipos de salud deben reconocer las ventajas y desventajas de cada una de ellas, y la posibilidad real de introducirlas (y explotarlas) en la gestión institucional cotidiana. En cualquier circunstancia, junto con la alternativa terapéutica de la obesidad que se adopte debe hacerse las naturales consideraciones sobre las acciones alimentarias, nutricionales y metabólicas que las acompañarán y garantizarán la supervivencia del enfermo obeso complicado (léase también de “alto riesgo”).

Mesa Redonda. Lactancia Materna Exclusiva. Mitos y realidades desde la Atención Primaria de Salud. Moderadora: MsC. Dra. Dagmara Martha Monagas Travieso. Comité de Nutrición en la Atención Primaria de Salud. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. La Habana. Cuba. La lactancia materna exclusiva (LME) debe ser la intervención alimentaria, nutricional y metabólica primordial en el recién nacido durante los primeros 6 meses de vida extrauterina. La leche materna puede sostener por sí misma todas las necesidades del crecimiento y desarrollo infantiles durante esta primera etapa vital. No obstante, múltiples encuestas relatan una y otra vez que apenas la mitad de las madres practican la LME durante los primeros 6 meses de vida del niño, y se apresuran en la instalación de esquemas de lactancia artificial (mixtos/sustitutivos/exclusivos). Las encuestas completadas también han revelado los mitos y sofismas que rodean la práctica de la LME. Igualmente, se ha expuesto las dinámicas e interacciones dentro de las cuales se desenvuelve la madre llegado el momento de la decisión sobre el inicio de la lactancia materna. La actuación de los nutricionistas en las instituciones de la atención primaria de salud podría significar un punto de inflexión en la situación epidemiológica descrita, y proveer una solución a la insuficiente adherencia de la madre (y la familia) a la LME durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido.

Mesa Redonda. Actualidad de la nutrición en el paciente dialítico. Coordinadores: Dr. Raúl Bohorques. DraC. Yanet Álvarez González. Prof. Dr. Guillermo Guerra Bustillo. Instituto de Nefrología “Abelardo Buch López”. La Habana. Cuba.

- **Ponencia:** Sobre la relevancia de la atención nutricional en la enfermedad renal crónica. Prof. Dr. Guillermo Guerra Bustillo. Instituto de Nefrología “Abelardo Buch López”. La Habana. Cuba. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) ha adquirido proporciones epidémicas dentro de un contexto más general dominados por las enfermedades crónicas no transmisibles, todas ellas asociadas al riesgo cardiovascular, como la Diabetes mellitus, la Hipertensión arterial, la obesidad, y el envejecimiento. Existe suficiente evidencia para considerar también a la ERC como un factor importante e independiente de riesgo cardiovascular. En todo el perfil evolutivo de la ERC, y sobre todo en la insuficiencia renal crónica (IRC) y la Insuficiencia Renal Aguda (IRA), la situación metabólico-nutricional del paciente se afecta de forma significativa. Se establece así una relación bidireccional en la que unas condicionan la evolución de las otras,

siendo de entre ellas la desnutrición asociada a la inflamación el factor que más impacta en la morbilidad del nefrópata. En este contexto clínico-epidemiológico, y teniendo en cuenta los múltiples factores causales del deterioro metabólico-nutricional del nefrópata, se vuelve de suma importancia la intervención precoz y oportuna, con enfoque preventivo, de la desnutrición asociada a la inflamación que se observa en el IRC.

• **Ponencia:** Estado nutricional de los pacientes sujetos a terapias dialíticas. Dr. Raúl Bohorques. Instituto de Nefrología “Abelardo Buch López”. La Habana. Cuba. **Introducción:** Los trastornos nutricionales son frecuentes en los pacientes en diálisis, pueden aumentar la morbi-mortalidad del enfermo, y condicionar una baja calidad de vida. **Objetivo:** Comparar el estado nutricional de los pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria respecto de aquellos en hemodiálisis crónica iterada. **Diseño del estudio:** Prospectivo, descriptivo, transversal. **Serie de estudio:** Se evaluó el estado nutricional de 407 pacientes sujetos tanto a diálisis peritoneal domiciliaria (9.1% del tamaño de la serie) como hemodiálisis (90.9%) en 5 unidades del occidente de Cuba. La Encuesta Subjetiva Global (ESG) fue empleada como herramienta de evaluación nutricional. **Material y método:** Se examinaron las dependencias entre el estado nutricional del paciente nefrópata y el método depurador empleado. **Resultados:** En ambas subseries prevalecieron los hombres sobre las mujeres. Predominaron los pacientes con edades < 60 años. Casi la mitad de los pacientes en HD tenía edades entre 41 – 59 años. La hipertensión arterial (HTA) fue la causa principal de pérdida de la función renal. Los grados leves – moderados de la desnutrición energético-nutricional (DEN) prevalecieron en la serie de estudio: *Hemodiálisis:* 72.4% vs. *Diálisis peritoneal ambulatoria:* 43.0%. Las variables serohematológicas empleadas para describir el estado nutricional del enfermo fueron independientes del estado nutricional, las características demográficas y clínicas del nefrópata, y el tratamiento depurador administrado. **Conclusiones:** La DEN leve-moderada está presente en la mayoría de los pacientes sujetos a diálisis.