

Nombre:

Código:

Fecha:

CUADRO 5.4 MINI-EXAMEN NUTRICIONAL/ Mini Nutritional Assessment MNA: SSE – UNAH / UIC – ASHALZ, IHSS

TAMIZAJE

<p>A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o tragar en los últimos 3 meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = Sin anorexia</p>	<input type="checkbox"/>
<p>B. Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso >3kg (6.6 libras) 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3Kg (2.2 – 6.6 libras) 3 = no ha habido pérdida de peso</p>	<input type="checkbox"/>
<p>C. Movilidad (escoja la mejor) 0 = camina o se moviliza de la cama la sillón (o postrado) 1 = independiente adentro de la casa 2 = sale de la casa</p>	<input type="checkbox"/>
<p>D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o una situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = si 2= no</p>	<input type="checkbox"/>
<p>E. Problemas Neuropsicológicos 0 = Demencia, pérdida de memoria o depresión grave 1 = Demencia, pérdida de memoria o depresión moderada 2 = Sin problema psicológico</p>	<input type="checkbox"/>
<p>F. Índice de masa corporal IMC = (peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Evaluación (subtotal máximo 14 puntos)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>12 puntos o más normal, no es necesario continuar la evaluación</p>	
<p>11 puntos o menos posible malnutrición continuar la evaluación</p>	
EVALUACION	
<p>G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = No 1 = Si</p>	<input type="checkbox"/>
<p>H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = Si 1 = No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>Edad en años: _____</p> <p>Peso en kilogramos: _____</p> <p>Talla en centímetros: _____</p> <p>IMC (IMC = [Peso en Kg / (Talla en metros)²): _____</p> <p>Guigoz y bellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assesment tool for gradning the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology, Supplement 2: 15 – 59, 1994.</p>	

<p>I. ¿Úlceras e incisiones cutáneas? 0 = Si 1 = No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos o más porciones) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p>	<input type="checkbox"/>
<p>K. ¿Consume el paciente? • Productos lácteos al menos una vez al día • Huevo o legumbres 1 o 2 veces por semana • Come pescado o aves diariamente</p>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>0.0 = 0 o 1 “sí” 0.5 = 2 “sí” 1.0 = 3 “sí”</p>	
<p>L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = No 1 = Si</p>	<input type="checkbox"/>
<p>M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, te, refresco, leche...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = mas de 5 vasos</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>N. Forma de alimentarse: 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad</p>	<input type="checkbox"/>
<p>O. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (Problemas nutricionales) 0 = mal nutrición grave 1 = no lo sabe o mal nutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición</p>	<input type="checkbox"/>
<p>P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Q. Circunferencia Branquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31</p>	<input type="checkbox"/>
<p>EVALUACION (MAXIMA 16 puntos)</p>	
TAMIZAJE	
<p>EVALUACION global (MAX. 30 puntos)</p>	
EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL	
<p>De 17 al 23.5 puntos: riesgo de mal nutrición</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Menos de 17 puntos: malnutrición</p>	<input type="checkbox"/>

Nombre:

Código:

Fecha:

**CUADRO 5.4 MINI-EXAMEN NUTRICIONAL/ Mini Nutritional Assessment MNA: SSE – UNAH / UIC – ASHALZ, IHSS
TAMIZAJE**