



Mini Nutritional Assessment (MNA)

Rellene en cada respuesta el cuadro correspondiente, tal y como se indica a continuación.

marque así

así no marque



Código Postal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Edad

Más de 99	5	6	7	8	9				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Sexo:

Hombre
 Mujer

Lugar realización encuesta:

Farmacia
 Centro asistencial
 Otros

Peso (Kg)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Talla (cms)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

PRIMERA PARTE

1. ¿Ha perdido apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos tres meses?

0 Pérdida severa del apetito 2 Sin pérdida del apetito
1 Pérdida moderada del apetito

2. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

0 Pérdida de peso > 3 kg
1 No lo sabe
2 Pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 No ha habido pérdida de peso

3. Movilidad

0 De la cama al sillón 2 Sale del domicilio
1 Autonomía en el interior

4. ¿Ha tenido alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

0 Sí 2 No

5. Problemas neuropsicológicos

0 Demencia o depresión grave
1 Demencia o depresión moderada
2 Sin problemas psicológicos

6. Índice de masa corporal IMC = (peso en kg) / (talla en m)²

0 IMC < 19 2 21 ≤ IMC < 23
1 19 ≤ IMC < 21 3 IMC ≥ 23

PUNTUACIÓN PRIMERA PARTE

Dec.

0	1
0	1

Unid.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

EVALUACIÓN DEL CRIBADO (subtotal máx. 14 puntos)

12 puntos o más: Normal, no es necesario continuar la evaluación
11 puntos o menos: Posible desnutrición, continuar la evaluación

(Doblar por esta línea)

SEGUNDA PARTE

7. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

0 No 1 Sí

8. ¿Toma más de tres medicaciones al día?

0 Sí 1 No

9. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

0 Sí 1 No

10. ¿Cuántas comidas completas toma al día (desayuno, comida y cena)?

0 1 comida 2 3 comidas
1 2 comidas

11. ¿Consumo productos lácteos al menos una vez al día?

Sí No

¿Consumo huevos o legumbres dos o más veces por semana?

Sí No

¿Consumo carne, pescado o aves al menos una vez al día?

Sí No

0 0 ó 1 sies 0,5 2 sies 1 3 sies

12. ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?

0 No 1 Sí

13. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día (agua, zumo, café, té, leche, etc.)?

0 Menos de 3 vasos
0,5 De 3 a 5 vasos
1 Más de 5 vasos

14. Forma de alimentarse

0 Necesita ayuda
1 Se alimenta sólo, con dificultad
2 Se alimenta sólo, sin dificultad

15. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido?

0 Desnutrición grave
1 Desnutrición moderada o no lo sabe
2 Sin problemas de desnutrición

16. ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud, en comparación con las personas de su edad?

0 Peor 1 Igual
0,5 No lo sabe 2 Mejor

17. Circunferencia braquial (CB en centímetros)

0 < 21 1 > 22
0,5 21 - 22

18. Circunferencia de la pantorrilla (CP en centímetros)

0 < 31 1 ≥ 31

PUNTUACIÓN GLOBAL

Dec.

0	1	2	3
0	1	2	3

Unid.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

EVALUACIÓN GLOBAL (max. 30 puntos)

De 17 a 23,5 puntos: Riesgo de desnutrición
Menos de 17 puntos: Desnutrición