

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "ESCULAPIO"
I.S.T.E.
REGISTRO SENESCYT No. 17-061
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES

2018

TRATAMIENTO DE MELASMA O CLOASMA CON EL USO DE
JABÓN ARTESANAL DE PEREJIL EN MUJERES EN EDADES
COMPREDIDAS ENTRE 23 Y 60 AÑOS UBICADAS EN LA
CIUDAD DE QUITO

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA

ANA LUISA EGAS CABRERA

DR. RICARDO VÉJAR ROMERO

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación sobre el uso del jabón Artesanal de perejil, como una medida no invasiva, usada para despigmentar la piel del rostro.

El estudio se realizó en 30 personas en edades entre 23 y 60 años, mujeres que presentaban melasma en el rostro, el tratamiento tuvo una duración de 2 meses utilizando de manera diaria 2 veces al día, en la mañana y en la noche.

Se obtuvo como resultado que 63.33% redujo el 25%, que el 23.33% redujo el 50%, que el 3.33% redujo el 75% y que el 10% de la población muestra no obtuvo resultado.

Con esto queda comprobado que el uso del Jabón de Perejil reduce parcialmente el Melasma del rostro en personas en los rangos de leve a moderado.

Palabras Claves: Melasma, Despigmentación, Perejil, Peeling, rayos ultravioletas.

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE ESTE TRABAJO; TRATAMIENTO DEL MELASMA O CLOASMA CON EL USO DE JABÓN ARTESANAL DE PEREJIL EN MUJERES EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 23 Y 60 AÑOS UBICADAS EN LA CIUDAD DE QUITO.FUE REALIZADO POR: ANA LUISA EGAS.

JUNIO 2018

DR. RICARDO VÉJAR ROMERO

"EL PRESENTE TRABAJO SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA POR LO QUE AUTORIZO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO PARA QUE HAGA USO DE ESTE TRABAJO Y SU CONTENIDO COMO UN DOCUMENTO DISPONIBLE PARA SU LECTURA SEGÚN LAS NORMAS DE LA INSTITUCIÓN.

CEDO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO, LOS DERECHOS DE PUBLICACIÓN DE ESTE TRABAJO O DE SUS PARTES, MANTENIENDO MIS DERECHOS DE AUTOR HASTA POR UN PERIODO DE TRES AÑOS CONTADOS DESPUÉS DE SU APROBACIÓN"

ANA LUISA EGAS CABRERA

DEDICATORIA

A mi madre.

Por sus oraciones y aliento.

A mis amigos

Por creer en mí.

A mis maestros

Por su generosidad y entrega demostrada a lo largo de estos tres años. Dr. Ricardo Véjar por su paciencia y por impulsarme a descubrir mis capacidades.

ANA LUISA EGAS

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el soporte en mi vida y permitirme culminar un sueño que en muchas ocasiones me pareció inalcanzable.

A mis amigas Yolanda, Vanessa de manera especial a María Augusta y a todos aquellos que de una u otra forma estuvieron presentes en este proceso.

ANA LUISA EGAS

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1 METODOLOGÍA	7
LIMITACIONES	12
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO.....	13
Historia del uso medicinal de plantas.....	13
Historia del uso medicinal del Perejil	14
Productos medicinales a base de perejil.....	16
El jabón de perejil	17
El aporte medicinal – natural del perejil	18
Componentes del perejil	19
Beneficios del perejil.....	21
Producción artesanal del jabón de perejil	22
Patologías dermatológicas que se puede tratar con el jabón de perejil.....	24
Manchas causadas por el sol	24
Manchas causadas por la edad	24
Manchas causadas por desequilibrios hormonales.....	25
El melasma.....	26
Origen del melasma	27
Efectos negativos del melasma	29
CAPÍTULO 3. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES	42
CAPÍTULO 5. RECOMENDACIONES	43
CAPÍTULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
CAPITULO 7. ANEXOS	47

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Historia Clínica.....	8
Gráfico 2 Consentimiento Informado.....	10
Gráfico 3 Manchas Causadas por el sol.....	24
Gráfico 4 Manchas Hormonas.....	25
Gráfico 5 Melasma.....	27

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	11
Tabla 2	21
Tabla 3.....	32
Tabla 4.....	33
Tabla 5.....	33
Tabla 6.....	35
Tabla 7.....	37

INTRODUCCIÓN

El melasma o cloasma es una patología que se caracteriza por “el desarrollo de una pigmentación que aparece de forma lenta, sobre todo a nivel rostro” (Monge, Tratamiento para el cloasma, 2017, pág. 76). Esta patología es más frecuente en mujeres, pero también se observa en varones que utilizan lociones para después del afeitado con perfumes, jabones u otros cosméticos que “junto al pH corporal desencadena alergias y daños en la dermis” (Monge, Tratamiento para el cloasma, 2017, pág. 98). No obstante, el melasma es especialmente frecuente en las mujeres jóvenes afectando a la frente, mejillas y labio superior. Así, “es más común en las personas de piel oscura que en las de piel clara” (Grammer, 2014, pág. 62). En lenguaje popular se le denomina la máscara del embarazo o paño. Por lo general, el melasma es más visible en las épocas de sol, en verano y después de un embarazo desapareciendo a los pocos meses, si bien nuevos embarazos en la misma persona pueden intensificar la pigmentación.

Además del embarazo existen otras causas que pueden provocar una pigmentación como son la utilización de medicaciones anticonceptivas, tanto por vía oral como en inyecciones, y también puede observarse en personas sanas, “sin que exista ningún factor desencadenante, asumiéndose que es el resultado de discretas alteraciones hormonales” (Akhmetova, 2015, pág. 106).

Adicionalmente, de las variaciones hormonales que se observan con el embarazo y con la ingesta de anticonceptivos existen otros factores que pueden originar la aparición de cloasma tales como “la utilización de cosméticos con perfumes, jabones, desodorante, etc.” (Barrera, 2015, pág. 90).

Esta forma de pigmentación es una reacción fototóxica, debida a la absorción de la radiación ultravioleta por parte de la sustancia química presente en la colonia, perfume u otras fragancias. En estos casos la pigmentación es más extensa, observándose también en el cuello y generalmente es más evidente en un lado de la cara debido a la exposición solar mientras se conduce.

El tratamiento, incluye la reducción de los factores desencadenantes, si se está tomando medicación anticonceptiva debe considerarse su eliminación, sin embargo, los efectos beneficiosos observados por no tomar la medicación anticonceptiva puede tardar mucho tiempo en verse.

Además, es muy importante la utilización de filtros solares, de alta potencia, o maquillajes que ya los tengan incorporados. Y se debe evitar cualquier procedimiento que irrite la piel de la cara, "técnicas como "peeling" o dermoabrasión o láser superficiales" (Carvajal, 2015, pág. 17).

Por tanto, jabones abrasivos no son aconsejables, debe utilizarse una barra muy suave como es el que se puede conformar con un jabón artesanal de perejil.

Es también pertinente considerar, que las cremas despigmentantes contienen hidroquinona, lo cual inhibe la formación de pigmento. Estas deben aplicarse durante largos períodos de tiempo, incluso más de 6 meses, lo cual incrementar en alto nivel en el costo del tratamiento. Por lo general estas cremas es mejor utilizarlas una vez al día durante varios días para medir tolerancia.

Así, por lo expuesto es pertinente recomendar para el tratamiento del melasma el uso de jabón de perejil que más allá de ser natural y con un bajo impacto de irritación y alergia; mantiene un costo accesible.

Si bien, el perejil contiene "sodio, carbohidratos, fibra, azúcares, proteínas, variedad de vitaminas, calcio, hierro y minerales" (Griller, 2015, pág.

177); razón por la cual el ingerirlo puede ser muy bueno para nuestra salud, por otra parte, se podría decir que también tiene usos dermatológicos por medio del contacto con el rostro, sobre todo a nivel de reducción de inflamaciones cutáneas.

En la actualidad, el uso del perejil en productos cosméticos o tratamientos para el cuidado facial no ha sido mayormente aprovechado, muchos expertos en tratamientos de terapia natural para el cuidado de la piel como: (Espinoza, 2016), (Griller, 2015) y (Rames, 2015); afirman que su efectividad para blanquearla es válida y comprobada.

Para lograr un máximo aprovechamiento y obtener todos los beneficios del jabón artesanal de perejil, se recomienda utilizarlo principalmente por las noches que es donde el cuerpo humano libera una gran cantidad de toxinas e impurezas, además que no se encuentra expuesto a una luz solar, permitiendo la regeneración de la dermis.

Cabe recordar que este jabón no posee conservantes así que no es igual a los jabones comerciales, por lo tanto, no se lo debe exponer al contacto directo con el agua porque puede perder consistencia con facilidad, lo más recomendable es que primero sea mojado con las manos y luego se frote el jabón, para posteriormente aplicar en el rostro con un suave masaje. Así “se potencia el nivel de reducción del melasma hasta en un 70% como nivel de eficiencia en un tratamiento de 8 a 12 semanas seguidas” acorde a (Quienert, 2015, pag.92)

Este trabajo responde a las líneas de investigación del Instituto Tecnológico Superior Esculapio de Salud y Terapias Naturales y a su vez a las

sublíneas y descriptores de línea de: Terapias Innovadoras y Terapias ancestrales debido a que se hace una comprobación de la eficiencia de métodos que fueron creadas por la medicina ancestral china y su reflejo directo sobre la zona dolorosa que siendo puestas en práctica mejoran la salud y la calidad de vida de las personas por medio de la externalización de sus emociones (Instituto Tecnológico Superior Esculapio, 2014).

Con respecto a la clasificación CINE de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Ciencia este documento se encuentra alineado al apartado 09 de Salud y Bienestar, 091 Salud y al campo específico 0917 Medicina y terapia tradicional y complementaria. Por otro lado, es importante recalcar que según la Organización de las Naciones Unidas se han determinado objetivos de desarrollo sostenible de la humanidad de los cuales este proyecto se encuentra alineado al objetivo tres en donde se lucha por accesibilidad a la salud y una buena calidad de vida de toda la población (UNESCO, 2017).

Además, de acuerdo a los Objetivos Nacionales de Buen Vivir se alinea al objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población y enfocadamente hacia la sección 3.4. Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud en lo que respecta a los apartados 3.4.a y 3.4.c en donde se habla sobre la inclusión de cosmovisiones ancestrales a los sistemas de salud y también a la creación de protocolos y fichas de uso de estas técnicas ancestrales (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, s.a.).

La motivación principal es de orden personal, que luego de haber pasado por procedimientos agresivos despigmentantes, dolorosos, costosos y

obteniendo resultados pasajeros se plantea el uso de un método no agresivo y natural para disminuir parcialmente las manchas en la zona del rostro a través del uso de un jabón artesanal de perejil.

Demostrar que el uso del jabón artesanal de perejil reduce parcial o totalmente el melasma en la piel del rostro de las mujeres objeto de este estudio.

1.- Comprobar la efectividad del jabón de perejil en la atenuación de manchas del rostro, durante un periodo de 2 meses mediante valoración por observación y percepción personal de las pacientes.

2.- Entregar a la muestra una barra del jabón, artesanal de perejil, cada 15 días para ser usado dos veces al día y hacer seguimiento visual de la evolución.

3.- Evaluar el mejoramiento de la percepción estética personal de las mujeres participantes en este estudio.

CAPITULO 1 METODOLOGÍA

El presente trabajo es acerca del Tratamiento de Melasma o cloasma con el uso de jabón artesanal de perejil en mujeres en edades comprendidas entre 23 y 60 años ubicadas en la ciudad de Quito

La selección de la muestra se basó en una técnica de muestreo sin norma, en la cual los pacientes fueron seleccionados de manera aleatoria. Se asumió que la población es homogénea y que no hay sesgos dentro de la misma (Puerto, 2001). Se realizó una charla explicativa de manera individual a 30 pacientes mujeres de 23 a 60 años, sobre el uso del jabón artesanal de perejil, que consiste en lavar el rostro humedeciendo el jabón hasta formar una pequeña pasta y mantener durante unos 2-3 minutos y enjuagar con agua de la llave: debiendo hacerlo todos los días, por las mañanas y noches por 2 meses mínimo. Debiendo informar a la terapeuta si existe alguna molestia. Previamente se realizó la historia clínica y se firmó el consentimiento informado por parte del paciente y la terapeuta.

Evaluación

El método a utilizar es mixto, que permitirá constatar la información desde un punto subjetivo y objetivo, lo que nos permitirá establecer un porcentaje de los resultados y también la apreciación personal del paciente

GRÁFICO 1: Historia Clínica



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPEIOR ESCULAPIO

I.S.T.E

FICHA MÉDICA



APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	SEXO	RELIGION
DIRECCION			CIUDAD	
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR	TELÉFONO	
MOTIVO DE CONSULTA				
ANTECEDENTES PERSONALES				
	si	no	Cual?	
Alergia a medicamentos				
Alergia a anestesia				
Enfermedades cardíacas				
Toma anticoagulantes				
Diabetes				
Cáncer				
Enfermedades renales				
Enfermedades digestivas				
Sufre convulsiones				
Problemas de piel				
Embarazo				
Ovario poliquístico				
Implantes faciales				
Implantes dentales				
Cirugías				
Fracturas faciales				
Medicamentos de consumo actual				
Herpes				
Micosis				
Alcohol, tabaco, drogas				
Tratamiento dermatológico o estético				
CUIDADOS EN CASA				
Usa Cremas y cosméticos				
Usa protector solar (frecuencia)				
Lava su rostro dia / noche				
Usa hidroquinona				
Cuanta agua bebe al día				

HISTORIA CLÍNICA FACIAL					
TIPOS DE CUTIS		COLOR DE PIEL		GROSOR DE PIEL	
Piel normal		Muy blanca		Fina	
Piel grasa		Blanca		Mediana	
Mixta grasa deshidratada		Ligeramente morena		Gruesa	
Piel acnéica		Morena		Otros	
Piel sensible		Muy morena			
Piel hipersensible		Negra			
Piel fotosensible		Otros			
Otros					
DISCROMÍAS		ACNÉ		FLACIDEZ	
Melasma		Común		Frente	
Efélides		Pre menstrual		Cuello	
Léntigos		Latrogénico		Mejillas	
Post inflamatorias		Rosácea		Papada	
Otros		Severo		Orbicular de párpados	
		Foliculitis		Orbicular de labios	
		Secuelas		Otros	
		Otros			
TRATAMIENTO SUGERIDO			OBSERVACIONES		
					
			NÚMERO DE SESIONES:		

Ana Luisa Egas (2018). *Esquema de Historia Clínica. Formato desarrollado en base a fichas investigadas.*

1.2 Consentimiento Informado

Gráfico 2: Consentimiento Informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DEL JABON ARTESANAL DE PEREJIL.

Don/Dofia.....
(Paciente) de..... años de edad.
Con domicilio en..... C.I.....
En calidad de representante legal. De.....

DECLARO

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO DEL JABON DE PEREJIL

1. Conocer el pronóstico y riesgo propio del tratamiento indicado
- 2.- Antes de comenzar el tratamiento, durante y una vez finalizado el mismo, se realizará una fotografía de la zona tratada que puede ser utilizada con fines didácticos o científicos.
- 3.- Aceptar voluntariamente el procedimiento antes citado, con los riesgos que conlleva, incluyendo los terapéuticos derivados del propio tratamiento, como aquellos riesgos genéricos que acompañan cualquier procedimiento.
- 4.- Si tiene algún tipo de enfermedad de la piel, alergias, problemas de coagulación, etc.... es necesario, que antes de proceder al tratamiento lo indique
- 5.- Las zonas a tratar son:

6.- Soy consciente de que existe una variabilidad individual en la respuesta a cualquier tratamiento y comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos no deseados, como hinchazón, enrojecimiento, dolor, escozor, algún tipo de reacción alérgica.

7.- He sido advertida de que pese a esperar resultados excelentes, existen contratiempos y complicaciones que no pueden ser previstos y que, por tanto, no existe garantía expresa o implícita en cuanto al resultado satisfactorio del tratamiento.

8.- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones, **ACEPTO** que se me realice el **TRATAMIENTO** con el Jabón artesanal de Perejil.

En.....a.....de.....De 2017.....

Firma del Profesional

Firma del paciente o (representante legal)

Ana Luisa Egas (2018). Esquema de Consentimiento Informado firmado por cada uno de los pacientes estudiados. Formato desarrollado en base a fichas investigadas.

1.3 Diseño del Test

Para poder tabular los rangos de efectividad del procedimiento se diseñó una evaluación basada en los parámetros de la escala visual análoga (EVA) determinados por la percepción subjetiva de las pacientes tanto al inicio del proceso como al final del mismo.

Gráfico 3 Rango



Ana Luisa Egas (2018). *Gráfico Rango de valoración*

Tabla 1. Tabla de valoración

Numero Asignado a cada Paciente	LEVE	MODERADO	SEVERO	TOTAL

Ana Luisa Egas (2018). *Esquema de Tabla de valoración. Formato desarrollado en base a fichas investigadas.*

1.3.1 Análisis Estadístico

Se llevó a cabo un estudio estadístico utilizando una hoja de cálculo en el programa Excel, donde se introdujeron los valores encontrados en el test, en cada una de las sesiones y por paciente.

Con los datos determinados se creó una lista de valores que nos permite realizar un análisis de tendencia para comprobar la efectividad del uso del jabón artesanal de perejil (Bologna, 2012).

LIMITACIONES

- 1.- El escepticismo del paciente ante el poder despigmentante del perejil
- 2.- La falta de disciplina en la rutina de uso del jabón de perejil.
- 3.- El paciente compara el efecto lento del jabón versus el resultado rápido aunque no duradero de otros procedimientos. En los casos en donde las pacientes ya se habían sometido a tratamientos despigmentantes. (Casos detallados en la tabla 3 del presente documento)

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO

Historia del uso medicinal de plantas

El uso tradicional de las plantas medicinales, como una ciencia ancestral, se originó con el comienzo de la vida en la Tierra y la aparición del ser humano, cuando gran parte de estas plantas no solo se empleaban como medicinas, sino que también, eran aprovechadas para la alimentación y servían como refugios de supervivencia. Por lo que, la conciencia del uso de plantas medicinales es el resultado de muchos años de luchas contra enfermedades, en donde el hombre aprendió a buscar cortezas de plantas, semillas, frutas y otras partes de las plantas, para desarrollar sus propiedades medicinales.

Con el tiempo, las necesidades del ser humano demandaban atención prioritaria, por lo que los primeros seres humanos empezaron a categorizar el uso de las hierbas y extractos de las plantas para emplear sus poderes curativos. Varios escritos tradicionales, han sido utilizados para codificar que las plantas fueron en un inicio utilizadas para aliviar el dolor y tratar enfermedades.

Así también, "las plantas con atributos medicinales fueron las primeras medicinas utilizadas en forma empírica para la cura de enfermedades que padecía el hombre; así diferenciaron las que curaban de las que mataban, conocimientos transmitidos oralmente por la carencia de escritura." (Marinoff, 2006)

Las primeras áreas locales dedicadas a la evolución de los sistemas de medicina tradicional basados en el uso de las plantas se desarrollaron en torno a la medicina ayurvédica y Unani del subcontinente indio, la china, tibetana y japonesa en Asia, la nativa americana en Norteamérica, la amazónica en Sudamérica, y varios sistemas locales dentro de África.

Hoy en día, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “alrededor del 70% de la población mundial depende de las plantas para su atención primaria de salud, y unas 35.000 a 70.000 especies se han utilizado como medicamentos, una cifra que corresponde al 14-28% de las 25.000 especies de plantas estimadas alrededor del planeta, y que equivale al 35-70% de las todas las especies utilizadas”. (Akerelle, 2012)

El conocimiento de la medicina contemporánea y el estudio industrial de la medicina tradicional han surtido efectos en el desarrollo de ideas relacionadas a la importancia de emplear en fármacos plantas medicinales, así la conciencia humana ha ido aumentando y pretende responder a los nuevos desafíos para la salud, con la investigación de nuevas especies botánicas que favorezcan al tratamiento de una medicina alternativa.

Gráfico 4: Plantas medicinales



Ana Luisa Egas (2018) gráfico plantas medicinales Fuente: (Barrera, 2015)

Historia del uso medicinal del Perejil

El perejil es originario de la región mediterránea del sur de Europa, por lo que en un principio, esta planta fue considerada en alta estima por los griegos y romanos. Su estudio y desarrollo con fines medicinales empezó a partir del siglo

IV. Posteriormente, se introdujo en Inglaterra desde Cerdeña en 1548. Los colonos europeos llevaron el perejil a los Estados Unidos en el siglo XVII, por lo que hoy en día, sigue siendo una hortaliza de jardín. (Stephens, 2014, págs. 1-5)

En la antigüedad, el médico romano Galeno, lo recetó para curar la epilepsia, además como diurético en el caso del edema. Más tarde, Pedanius Dioscorides, un médico y botánico griego, describe la hierba como un diurético y como remedio para la menstruación irregular. Luego, la alemana Hildegard de Bingen recomendó compresas de perejil para tratar la artritis y para combatir el dolor en el pecho. (Herbal Resource, 2016)

Gráfico 5: Perejil



Ana Luisa Egas (2018). *Gráfico perejil Fuente:* (Barrera, 2015)

Durante siglos, la hierba se ha utilizado tradicionalmente para tratar diversas dolencias y enfermedades. Externamente, la hierba se usó para tratar picaduras de insectos, lesiones y deshacerse de los piojos, e internamente como un tratamiento para la disentería, cálculos biliares e ictericia. (Cisneros, 2017, pág. 14)

Incluso se usaron semillas de perejil como un remedio contra la peste durante la Edad Media y se utilizó como reemplazo de la quinina para tratar la malaria. Durante los años 1800 y 1900, el perejil figuraba en las farmacopeas

como un laxante y como un agente diurético que podía usarse como tratamiento para los problemas renales y el edema causado por la insuficiencia cardíaca. (Herbal Resource, 2016)

Productos medicinales a base de perejil

El perejil es una fuente de vitaminas y minerales, contiene gran cantidad de clorofila, al comer sus hojas ayuda a combatir el mal aliento.

A lo largo de la historia, los tés de perejil se han utilizado principalmente para cálculos renales, infecciones de la vejiga y medicamentos para la ictericia, así como también como auxiliares digestivos, que favorecen a la reducción de peso. En ocasiones, la raíz parece ser más efectiva que las hojas, pero las hojas también se pueden usar. Sus hojas se secan, pulverizan para obtener un polvo y finalmente se inserta en cápsulas, con el fin de fabricar fármacos.

El aceite de hojas y raíces de perejil, es excelente para repeler los piojos y si se usa para la fabricación de ungüentos, sirve para reducir las hinchazones de la piel o de los ojos. Las hojas en pasta se utilizan para aliviar los síntomas de picaduras de insectos y picaduras.

Gráfico 6: Crema de perejil



Ana Luisa Egas (2018). *Crema de perejil*. Fuente: (Foller, 2014)

El jabón de perejil

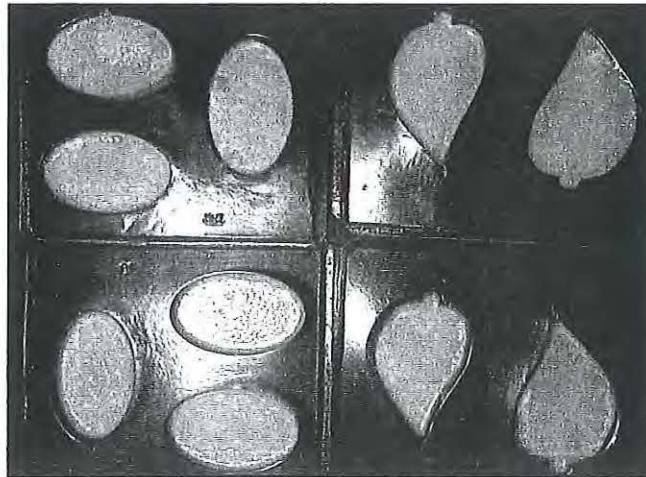
El jabón de perejil es un producto natural que combina las propiedades de este prodigioso vegetal con otros ingredientes saludables cuya composición nutricional beneficia la piel. Dicha planta, se ha aprovechado desde la antigüedad con fines cosméticos, ya que, gracias a sus propiedades, limpia a profundidad los poros, remueve la piel muerta y disminuye el aspecto de las manchas.

Contiene poderosos antioxidantes, vitaminas y minerales que, tras ser asimilados en la piel, contrarrestan los efectos negativos de los radicales libres y el sol, a la vez que mejoran el proceso de reparación celular. Su aporte de vitamina C “contribuye a mantener el colágeno y la elastina, por lo que disminuye el riesgo de flacidez y arrugas prematuras” (Barrera, 2015, pág. 62).

Además, sus agentes blanqueadores reducen la hiper pigmentación y, a su vez, aclaran las manchas oscuras que afectan la estética del rostro. Cuenta con un efecto tonificante y refrescante que, además de reafirmar la piel, “ayuda a controlar la hinchazón e irritación en casos de alergias” (Cisneros, 2017, pág. 187).

Sus activos naturales también mejoran la circulación en el rostro. Así, “aumentan el proceso de oxigenación celular y disminuyen problemas como las ojeras y las bolsas” (Foller, 2014, pág. 38).

Gráfico 7: Jabón de perejil



Ana Egas (2018), *Jabón de perejil*. *Fotografía Original*

El aporte medicinal – natural del perejil

Debido a que el perejil posee altas propiedades curativas, además de antioxidantes, “tiene gran cantidad de compuestos fitoquímicos o fitonutrientes, y es posible que muchos de ellos impidan que las células normales y sanas se vuelvan cancerosas.” (Muñiz & Valdivia, 2010, pág. 52)

En la medicina natural tradicional se ha empleado el uso del perejil debido a sus “propiedades laxantes, atribuibles a la presencia de algunos aceites volátiles que están más concentrados en las semillas que en los tallos u hojas”. (Reyes, Zavala, & Alonso, 2012, pág. 5) Además el uso de las semillas de este vegetal sirve para “la preparación de laxantes y tés adelgazantes; usados como un remedio popular para disminuir la glucosa en la sangre”. (Tunali, Yarat, Yanardag, Ozcelik, & Ozsoy, 1999, págs. 138-141)

Adicionalmente, el perejil se emplea para fines terapéuticos, como “relajante muscular, diurético, carminativo, expectorante, reumatoide, antibronquial, laxante y vasodilatador.” (Gil & Martí, 1997, pág. 193) También tiene una larga historia de uso como digestivo, en “tratamiento de cólicos, para el alivio de la inflamación de la vejiga, para tratar enfermedades del riñón, para la interrupción de la lactancia, reducción de los dolores de las encías y en el tratamiento de las enfermedades de la piel; así mismo, presenta actividad anticoagulante” (Hoffman, 2000, pág. 672)

Componentes del perejil

- *Vitamina A*: Contiene altas cantidades del carotenoide beta caroteno, es un poderoso antioxidante que ayuda a proteger el hígado, los pulmones y el colon contra el daño de la expulsión de toxinas. La vitamina A es importante para los ojos, la piel y el sistema inmunitario, y también se usa para la asimilación de proteínas.
- *Vitamina C*: Impulsa el sistema inmune, además de ser un nutriente clave para la salud de las glándulas suprarrenales que son quienes junto a los ovarios producen los estrógenos. Junto con la luteolina, la vitamina C que se encuentra en el perejil sirve como un eficaz agente antiinflamatorio en el cuerpo. Adicionalmente, combate la aparición de trastornos inflamatorios, como la osteoartritis (la degeneración del cartílago articular y el hueso subyacente) y la artritis reumatoide (una enfermedad que causa inflamación en las articulaciones).
- *Vitamina K*: Ayuda a coagular la sangre adecuadamente para producir osteocalcina, una proteína que fortalece la composición de los huesos. El

perejil, usa vitamina K para mantener la capa de mielina alrededor de los nervios, para proteger y fortalecer el sistema nervioso en general.

- *Clorofila*: El perejil es abundante en clorofila, y en consecuencia, purifica la sangre e inhibe la propagación de bacterias, hongos y otros organismos. La clorofila también suprime los virus y ayuda a los pulmones a descargar los residuos de la contaminación ambiental. Tiene potentes propiedades antioxidantes y es eficaz para prevenir y tratar muchos tipos de cáncer.
- *Hierro*: El perejil tiene una gran cantidad de vitamina C que el cuerpo necesita para absorber el hierro, por lo que es una fuente muy efectiva de ello.
- *Vitamina B12*: Favorece a la producción de glóbulos rojos y crecimiento celular normal, importante para la fertilidad, el embarazo, la inmunidad y la prevención de enfermedades degenerativas. Sin embargo, la acción de la vitamina B12 se ve inhibida por las píldoras anticonceptivas, los antibióticos, los estupefacientes, el estrés, el hígado congestionado y el exceso de bacterias o parásitos en el colon o el tracto digestivo. El perejil ayuda a contrarrestar estos inhibidores.
- *Aminoácidos*: El perejil contiene los aminoácidos esenciales que el cuerpo usa para producir proteínas. El veinte por ciento de sus calorías provienen de proteínas, casi la misma cantidad de proteínas que los hongos. El perejil también contiene fósforo, potasio, manganeso, inositol y azufre, todos nutrientes importantes para la salud general a largo plazo.

Tabla 2: Parámetros de cuidado para el trabajo terapéutico del perejil

Pretratamiento	Temperatura de secado (°C)
Perejil fresco	-
Sin pretratamiento	50
	60
Osmodeshidratado	50
	60
Osmodeshidratado al vacío	50
	60

Ana Luisa Egas (2018). *Parámetros de cuidado perejil* Fuente: (Herbal Resource, 2016)

Beneficios del perejil

Puesto que el perejil es una planta rica en antioxidantes que sumados a la acción de sus propiedades como las vitaminas A y C, provee de grandes beneficios a la salud de las personas. Algunos de estos beneficios incluyen (Gunatillake, 2015, págs. 15-23):

- **Propiedades antioxidantes en la piel:** El perejil es una planta de fácil disponibilidad que posee múltiples vitaminas. Y no solo eso, además actúa como un gran agente estimulante de la inmunidad, actúa contra los radicales libres y como un excelente antioxidante.
Al disponer de vitamina C, nutre la piel, actúa como cicatrizante y estimula la producción de colágeno. El perejil es un reparador natural.
- **Reduce las arrugas, líneas finas y cicatrices:** Dado que la vitamina C no está presente naturalmente en el cuerpo, hay que consumir lo suficiente a través de los alimentos. El perejil nutre la piel desde el interior, estimula la producción de colágeno en la piel y promueve la reproducción y la

reparación de las células. Esto conduce a un crecimiento más rápido de la nueva piel que resulta impecable, suave y regular.

- **Mejora la cicatrización:** El perejil contiene beta-caroteno, que se convierte en vitamina A para el mantenimiento adecuado y la reparación de la piel. Así que comer perejil mejora la elasticidad de la piel, las arrugas que luchan y acelera el proceso de cicatrización de la herida.
- **Aclara y da brillo a la piel:** Consumir abundante perejil ayuda a equilibrar la secreción de exceso de sebo en la piel grasa. También ayuda a limpiar los poros, que de otro modo podrían dar lugar a brotes de acné. Zinc en el perejil controla la inflamación de la piel y promueve su regeneración. También reduce el enrojecimiento y reduce los defectos del acné.
- **Propiedades antiinflamatorias:** reducen las inflamaciones internas, ayudan a la limpieza del hígado, además de utilizarse para el dolor de muelas, hematomas, picaduras de insectos y la piel áspera.
- **Fortalece el sistema inmune:** las vitaminas, minerales y antioxidantes que se encuentran en el perejil son útiles para fortalecer la inmunidad.

Producción artesanal del jabón de perejil

El jabón de perejil se elabora a partir de la combinación de esta planta con ingredientes sanos para la piel como es el caso de:

- La avena.
- El té verde.
- La leche.
- La miel de abejas.

Esta mezcla da como resultado un producto con propiedades aclaradoras, exfoliantes y reparadoras que, usado de forma regular, mejora de forma notable el aspecto de la piel. Su aplicación varias veces a la semana, preferiblemente en horas de la noche, mantiene el rostro libre de impurezas, mientras reduce poco a poco las manchas e imperfecciones.

Ingredientes

- Infusión de té verde (50 ml.)
- ½ taza de infusión de perejil (125 ml.)
- 2 cucharadas de leche en polvo (20 g.)
- 2 cucharadas de harina de avena (20 g.)
- 2 cucharadas de miel de abejas orgánica (50 g.)
- 6 cucharadas de jabón de glicerina (60 g.)

Preparación

- Tres cucharadas de hojas de perejil. Entibiadas, se incorpora leche en polvo, harina de avena y cucharadas de miel.
- Mezclar todo con la ayuda de un utensilio de madera y remover hasta obtener una pasta homogénea.
- Aparte, tomar el jabón de glicerina y ponerlo a derretir al baño María.
- Cuando esté líquido, apagar el fuego y mezclarlo con los demás ingredientes hasta que se enfríe.
- Pasar el producto a los moldes deseados y dejarlo reposar durante 2 o 3 horas para que se solidifique.

Patologías dermatológicas que se puede tratar con el jabón de perejil

Es normal que en muchas ocasiones la piel presente ciertos cambios en su pigmentación, los cuales pueden deberse a diversos factores. Pueden ser causadas durante el embarazo, pueden ser heredadas en los genes, los diferentes tipos de manchas en la piel que puede ser tratados por medio de un jabón artesanal de perejil, son los siguientes:

Manchas causadas por el sol

Exponerse con demasiada frecuencia a los rayos solares sin ningún tipo de protección, hace que la producción de la melanina aumente en la piel, por tanto, tienden a aparecer algunas manchas que en muchas ocasiones son permanentes, cuyo tratamiento por medio del jabón artesanal de perejil, puede ayudar a reducir su coloración.

Gráfico 8: Manchas causadas por el sol



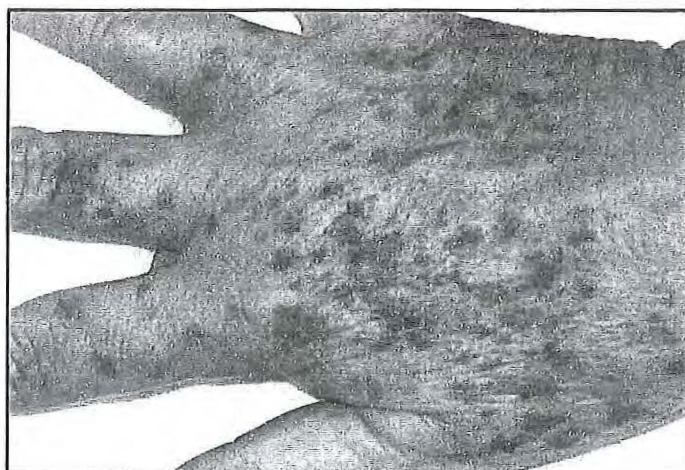
Ana Egas (2018) *Manchas causadas por sol* Fotografía Original. (Autorizada por pacientes)

Manchas causadas por la edad

En muchas ocasiones, los signos del envejecimiento no son únicamente las tan detestadas arrugas y el pelo blanco, sino que también pueden llegar a salir algunas manchas en el rostro. A pesar de que no se pueden desaparecer

por completo, es posible disminuirlas de tamaño de forma significativa con el jabón artesanal de perejil, además de la frecuencia con la que salen.

Gráfico 9: Manchas causadas por la edad



Ana Egas (2018) Manchas causadas por edad. Fuente: (Monge, Patologías del cutis, 2016)

Manchas causadas por desequilibrios hormonales

Algunas veces las hormonas sufren algunos trastornos o desequilibrios, así como ocurre con el embarazo o con los tratamientos que usan estrógenos, que tienen como consecuencia la aparición de manchas oscuras en la piel de diversas zonas del cuerpo, especialmente del rostro. Así, el jabón artesanal de perejil ayudar a reducirles o prevenir su apareamiento.

Gráfico 10: Manchas causadas por desequilibrio hormonal



Ana Egas (2018) Manchas causadas por desequilibrio hormonal. Fuente: (Pallares, 2017)

El melasma

El nombre proviene de la palabra griega '*melas*', que antiguamente se utilizó para referirse al color negro, o incluso del término también de origen griego '*cloasma*', que significa color verde o máscara de embarazo. Aunque esta alteración dermatológica puede afectar a ambos géneros y cualquier raza, es más común en mujeres y personas con tipos de piel oscuras que viven en climas soleados. Por lo que este, se vuelve más notable en el verano y mejora durante los meses de invierno.

El melasma o cloasma es un trastorno cutáneo pigmentario común, caracterizado principalmente por la aparición sobre la epidermis de hiperpigmentos simétricamente distribuidos en la piel de los adultos. Estas manchas poseen bordes dentados, irregulares y filosos, además de presentar un color de marrón claro a grisáceo, y pueden ser lineales o confluentes. Por lo general, afecta a las áreas cutáneas crónicamente expuestas a la luz solar, especialmente en las zonas que rodean el rostro y el cuello. Estas pueden ser: la frente, las mejillas, las sienes, el labio superior, el mentón o la nariz, y raramente, estas pueden lesionar las áreas de los brazos o la espalda. (Consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de los Trastornos Pigmentarios, 2007, págs. 112-117)

Esta pigmentación tiende a no presentar signos significados de inflamación, por lo que en principio su diagnóstico es muy incierto, debido a que este trastorno puede ser confundido, al ser en origen, sutil y levente oscuro. Las poblaciones más susceptibles son "los afroamericanos, los asiáticos y los hispanos son las poblaciones más susceptibles" (Habif, 2009, pág. 46), aunque como se sostuvo, esta patología no distingue razas en particular.

Gráfico 11: Melasma



Ana Egas (2018) Melasma. Fotografía Original. (Autorizada por pacientes)

El manejo del melasma es complicado, por lo que es de importancia advertir al paciente sobre los efectos que se desencadenaran posteriormente, agravando la patología dermatológica. “Deben ser advertidos de que la exposición al sol agrava la condición, obviar los tratamientos hormonales en cuanto sea posible y conocer los riesgos de futuros embarazos”. (Paul & Rose, 2009, pág. 31) Por lo que consecuentemente, “cada paciente debe estar enterado sobre el curso natural de la patología, y la respuesta a los tratamientos.” (Prignano, Ortonne, & Buggiani, 2007, págs. 337–342)

“El melasma ha tenido un impacto psicológico importante en la población femenina y ha sido de difícil manejo, por lo que se ha introducido al mercado diferentes opciones de tratamiento con el fin de aclarar la hiperpigmentación provocada, desde tratamientos tópicos hasta tratamientos con láser y luz pulsada.” (Porat, 2011, pág. 60)

Origen del melasma

La causa exacta del origen del melasma es incierta, aunque se puede sostener que varios factores contribuyen a su apareamiento. Estos incluyen embarazo, medicamentos hormonales (tales como píldoras anticonceptivas), y en ocasiones afecciones médicas que afectan a los niveles hormonales. Algunos

cosméticos, especialmente que contienen perfumes, pueden provocar el melasma. Existen investigaciones que sugiere que se puede desencadenar también por el estrés. Los rayos solares generalmente empeoran cualquier tendencia al melasma. Comúnmente esta patología dermatológica "es motivada por razones médicas, cosméticas o por la creencia errónea de que se trata de una condición secundaria a trastornos hepáticos o renales". (Consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de los Trastornos Pigmentarios, 2007, pág. 112)

Aunque la enfermedad se presenta comúnmente en mujeres en edad reproductiva, este trastorno parece ser una interacción de varios factores internos y ambientales. Entre estos factores se encuentran: la predisposición genética, la exposición al sol, y los factores hormonales, lo cual afecta significativamente la actividad de la tirosinasa.

La predisposición genética se asocia con la evidencia de una historia familiar en común, o a su vez, se presenta significativamente en razas particulares, por lo que varios estudios han demostrado que los genes relacionados con el metabolismo de los lípidos están expresados en el melasma. (Bagherani, Gianfaldoni, & Smoller, 2015, págs. 2-18)

El papel de la radiación UVR ha sido significativa para el desarrollo de los efectos del melasma, por lo que las lesiones se localizan primordialmente en las áreas con mayor exposición del sol. En consecuencia, la población con mayor presencia de esta afección se encuentra en áreas del mundo donde existe mayor presencia de radiación ultravioleta. Es decir, están personas presentan mayor acentuación de las lesiones en los veranos y atenuación en los inviernos.

La actividad hormonal del sexo femenino tiene un papel preponderante en la patogénesis del melasma, especialmente la asociación de este trastorno está

vinculada con el embarazo, el consumo de píldoras anticonceptivas orales y las terapias de reemplazo hormonal en la postmenopausia. (Bagherani, Gianfaldoni, & Smoller, 2015, págs. 2-18)

Efectos negativos del melasma

Debido a que este desorden crónico recurrente es complejo y no se puede determinar con certeza su origen, puede ser responsable de desencadenar, mantener o recaer en lesiones.

Además de que no ser canceroso, ni devenir en un futuro cáncer de piel, no es clasificada como una infección dermatológica, no es contagiosa, ni se debe a una alergia común. Por lo que, este trastorno ha sido considerado como una afección benigna, que generalmente solo tiene implicaciones estéticas, afectando la autoimagen o la autoestima, y generando un impacto negativo en la calidad de vida del paciente que la padece.

CAPÍTULO 3. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para trabajar en las manchas cutáneas ocasionadas por melasma en las pacientes muestra del estudio, se realizó un trabajo de investigación en cada individuo, observando las posibles causas, tratamientos previos, reacción ante estos tratamientos y documentando mediante historia clínica, informando y aplicando el jabón en el rostro sistemáticamente de acuerdo a las instrucciones dadas por la terapeuta.

Las actividades que se realizaron durante la investigación fueron charlas enfocadas al tema de la presente investigación, dando a conocer:

- Que es el jabón artesanal de perejil y cómo actúa en el organismo
- Que son y que provoca las manchas de melasma
- Como influye en el organismo y en la autopercepción la presencia de manchas faciales de cloasma

En la tabla No. 1 que se presenta a continuación se evidencian los parámetros evaluados como intensidad el padecimiento, tratamientos previos, presuntas causas y ubicación en el rostro de las pacientes.

Se determinó que:

- La edad promedio de la muestra estudiada es de 39.6 años.
- El 40% de las pacientes presentaba melasma de intensidad moderada al inicio del estudio
- El 100% de la muestra se había sometido a algún tipo de tratamiento despigmentante.

- La causa mayoritaria del cloasma es por sol 77%
- La ubicación de la mancha de melasma es mayoritariamente en mejillas

CUADRO DE RESULTADOS OBTENIDOS

PACIENTE No.	EDAD	RANGO			FORMAS DE DESPIGMENTACIÓN				PRESUNTA CAUSA			UBICACIÓN DE LA MANCHA					
		LEVE	MODERADO	SEVERO	LASER	Crema Despigmen tante	Peeling Químico	NINGUA	SOLAR	HORMONAL	ANTI CONCEPTIVOS	OTROS	LABIO	MEJILLA	LABIO SUPERIOR	NARIZ	REDEDOR DE OJOS
1	23	x						x			x		x				
2	28	x				x				x			x				
3	26	x				x						x	x	x	x		
4	42		x		x	x			x				x	x	x		
5	45		x		x	x	x		x				x	x		x	
6	38	x				x						x			x		
7	52			x	x	x	x		x				x				
8	47			x			x		x				x	x			
9	35		x					x	x				x				x
10	42		x		x				x				x				
11	40		x		x		x		x				x				x
12	48		x		x	x			x				x	x			
13	59			x	x	x	x		x				x	x			x
14	60			x				x	x				x	x			
15	24		x		x				x				x	x			
16	60			x				x	x				x	x	x		
17	38		x		x				x								x
18	50			x	x		x		x				x	x	x	x	
19	35	x				x			x						x	x	
20	32	x				x			x						x	x	
21	38		x		x	x			x				x				
22	40		x					x	x				x				
23	41		x			x	x		x				x	x			
24	25		x		x				x				x	x			
25	40	x				x			x				x				
26	36	x				x			x				x				
27	32		x			x				x			x	x			
28	57			x				x	x				x	x			
29	28	x						x			x		x	x			
30	29	x						x		x			x				

Tabla 3 Rangos, tratamientos previos, presuntas causas y ubicación en rostro

Ana Egas (2018) Tabla 3 Rangos, tratamientos previos, presuntas causas y ubicación en rostro

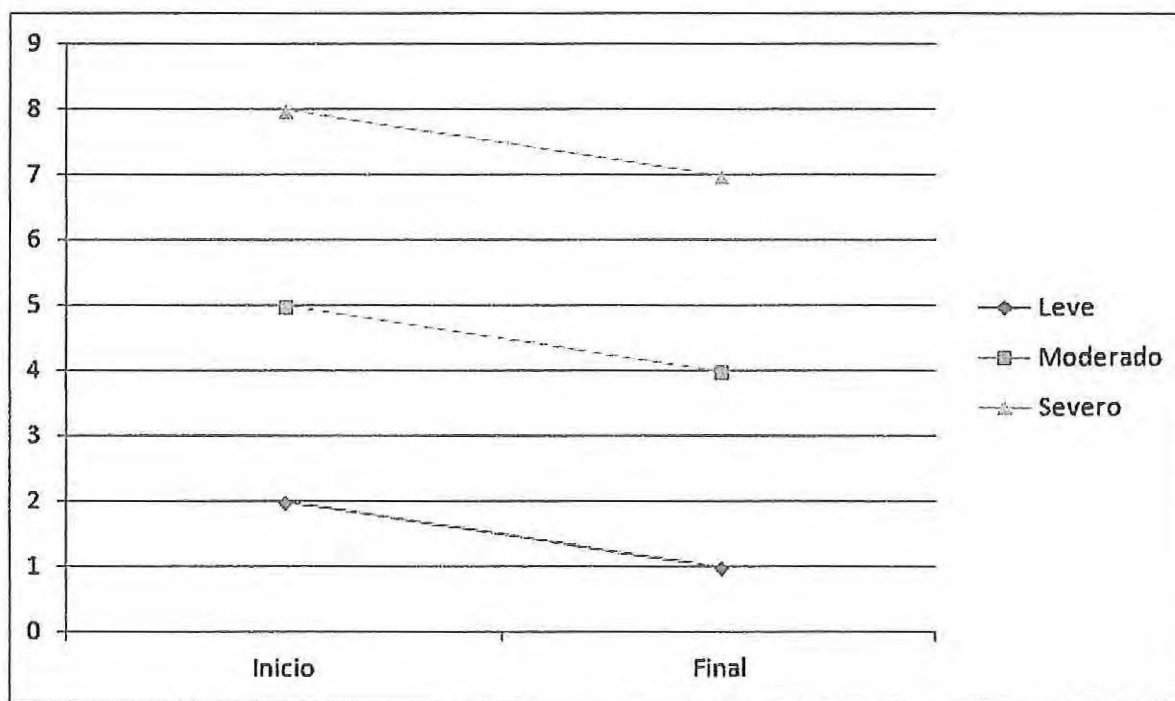
Interpretación tabla 3: en la tabla se evidencian rangos de edad la muestra estudiada, si se sometieron a tratamientos despigmentantes previos, presuntas causas de la mancha y ubicación en el rostro de las pacientes estudiadas.

Tabla No 4: CUADRO COMPARATIVO ANTES Y DESPUÉS DEL ESTUDIO

PACIENT E No.	EDAD	RANGO AL INICIO			RANGO AL FINAL		
		LEVE	MODERADO	SEVERO	LEVE	MODERADO	SEVERO
1	23	2			1		
2	28	2			1		
3	26	2			1		
4	42		5			4	
5	45		4			3	
6	38	3			1		
7	52			8			7
8	47			8			7
9	35		5			4	
10	42		6			4	
11	40		5			4	
12	48		5			4	
13	59			7			7
14	60			9			8
15	24		6			4	
16	60			8			7
17	38		5			4	
18	50			8			7
19	35	3			2		
20	32	3			2		
21	38		5			4	
22	40		6			5	
23	41		4			4	
24	25		4			4	
25	40	2			1		
26	36	2			1		
27	32		6			4	
28	57			8			7
29	28	2			1		
30	29	3			2		

Ana Luisa Egas, (2018) *cuadro comparativo antes y después del estudio, Datos recopilados en la investigación*

Tabla No 5 CUADRO ESTADÍSTICO COMPARATIVO ANTES Y DESPUÉS DEL ESTUDIO



Ana Luisa Egas, (2018) *cuadro comparativo antes y después del estudio, Datos recopilados en la investigación*

Interpretación tablas 4 y 5

En el cuadro 4 y en la tabla estadística 5 se evidencia la reducción parcial de las manchas de melasma con el uso del jabón artesanal de perejil durante un período de dos meses.

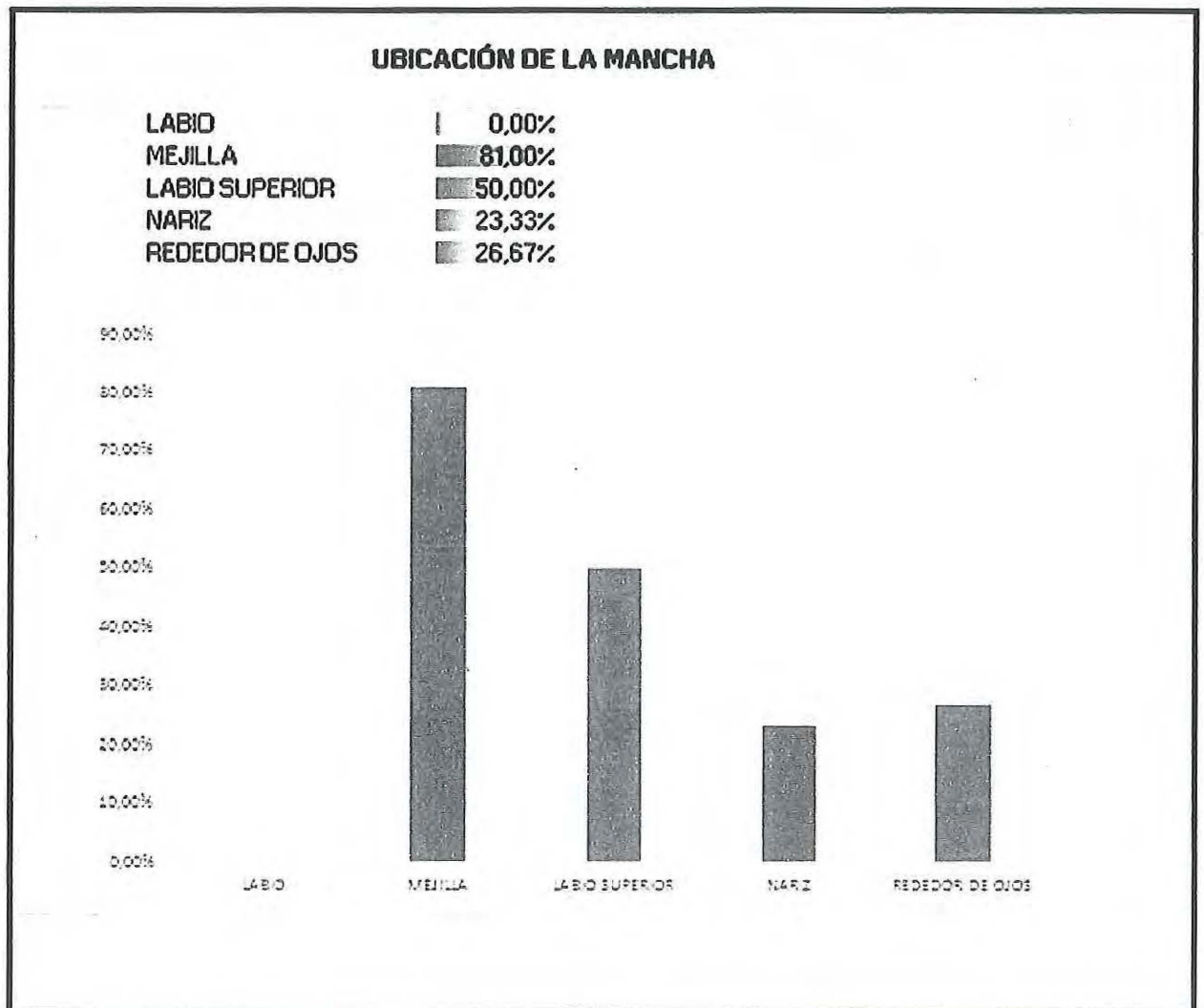
- El 63.33% de la población muestra, redujo un 25%
- El 23.33% de la población muestra redujo un 50%
- El 3.33% de la población muestra redujo un 75%
- El 10% de la población muestra no evidencia resultado alguno

Tabla No 6 UBICACIÓN DE LA MANCHA

PACIENTE N°	LABIO	MEJILLA	LABIO SUPERIOR	BARBILLO	REDEJON DE OJOS
1		X			
2		X			
3		X	X	X	
4		X	X	X	
5		X	X		X
6		X		X	
7		X			
8		X	X		
9		X			X
10		X			
11		X			X
12		X	X		
13		X	X		X
14		X	X		
15		X	X	X	
16		X			X
17		X	X	X	X
18		X		X	X
19		X			
20		X			
21		X	X		
22		X	X		
23		X			
24		X	X		
25		X	X		
26		X			
27		X			
28		X	X		
29		X	X		
30		X			

Ana Luisa Egas, (2018) *Ubicación de la mancha, Datos recopilados en la investigación*

**Tabla No 7 CUADRO ESTADÍSTICO COMPARATIVO ANTES Y DESPUÉS
DEL ESTUDIO de Ubicación de la mancha**



Ana Luisa Egas, (2018) *ubicación de la mancha, Datos recopilados en la investigación*

Interpretación tablas 6 y 7 Ubicación de la Mancha

Mejillas 90%

Labio superior 50%

Nariz 23.33

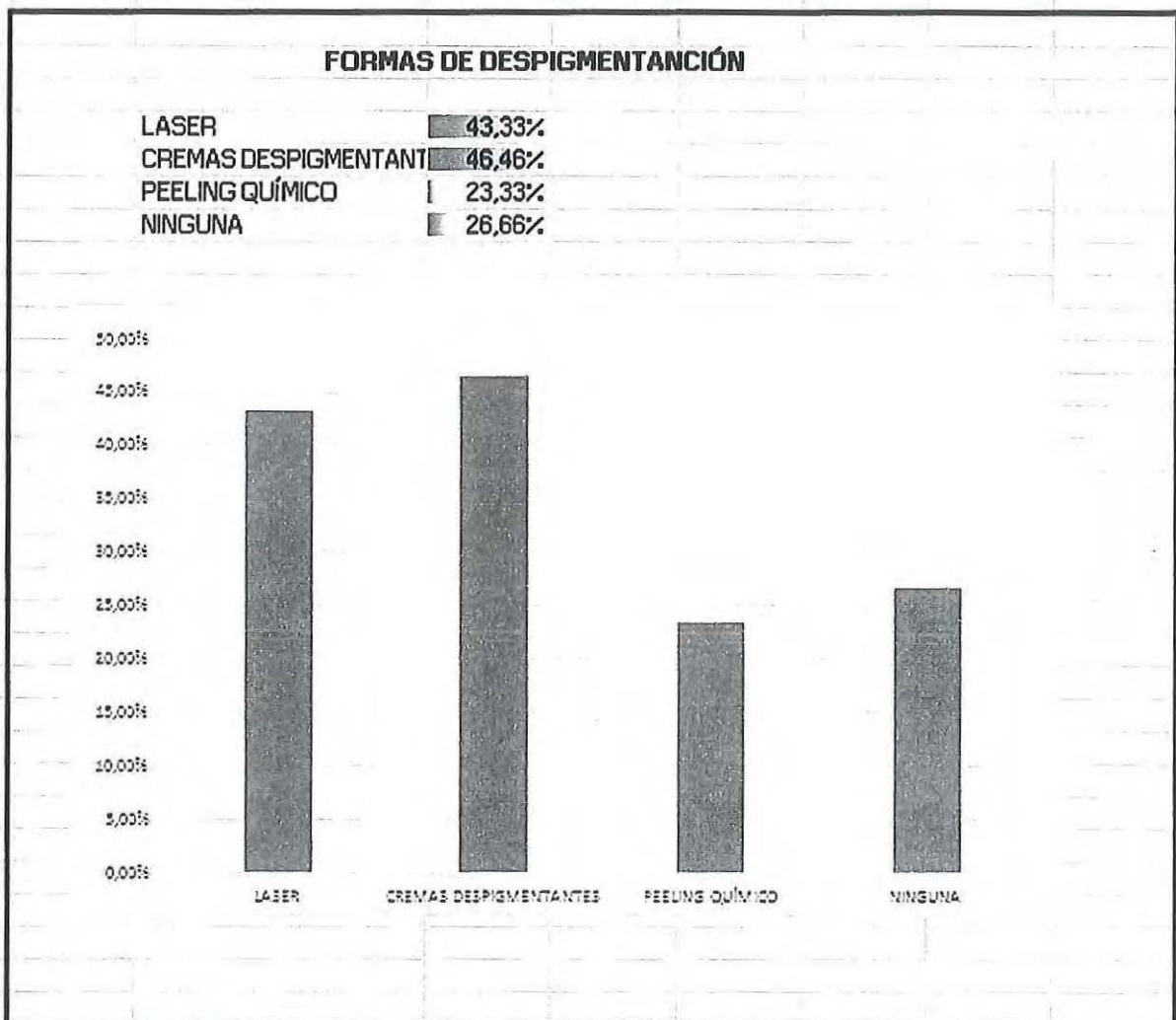
Rededor de ojos 26.66%

Tabla No 8 INTERPRETACIÓN DE FORMAS DE DESPIGMENTACIÓN

PACIENTE N°	LASER	Cremas Despigmentante	Peeling Químico	NINGUNA
1				X
2		X		
3		X		
4	X	X		
5	X	X	X	
6		X		
7	X	X	X	
8			X	
9				X
10	X			
11	X		X	
12	X	X		
13	X	X	X	
14				X
15	X			
16				X
17	X			
18	X		X	
19		X		
20	X			
21	X	X		
22				X
23		X	X	
24	X			
25		X		
26		X		
27		X		
28				X
29				X
30				X

Ana Luisa Egas, (2018) *Formas de Despigmentación, Datos recopilados en la investigación*

Tabla No 9 CUADRO ESTADÍSTICO DE FORMAS DE DESPIGMENTACIÓN



Ana Luisa Egas, (2018) Cuadro estadístico de *Formas de Despigmentación*,
Datos recopilados en la investigación

Interpretación tablas 8 y 9 Formas de despigmentación:

Laser 43.33%

Crema despigmentante 43.33%

Peeling químico 26.66%

No usó ningún tratamiento 26.66%

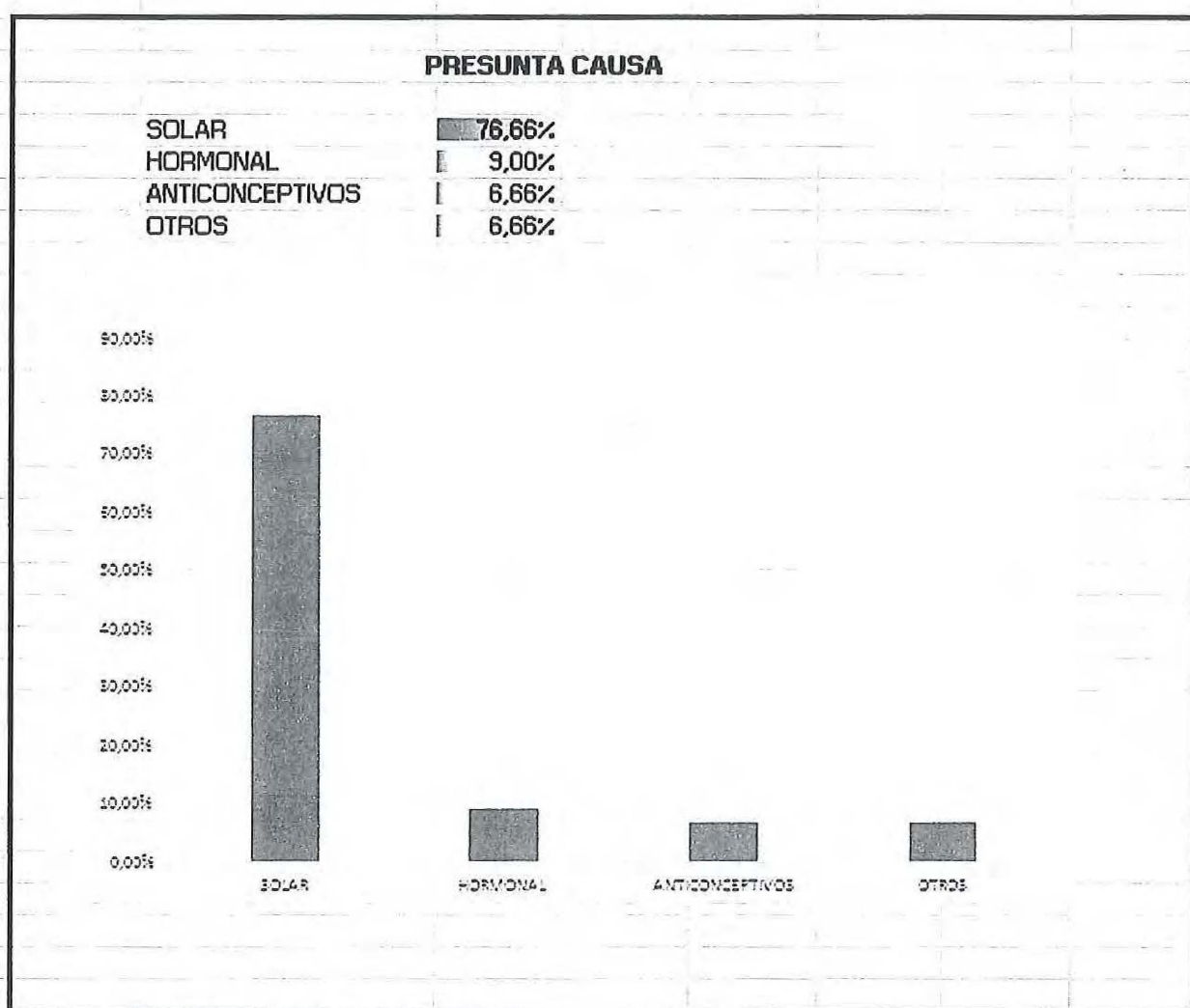
La razón por la que la estadística da un porcentaje mayor al 100% es debido a que algunas de las pacientes de la muestra se realizaron mas de un procedimiento despigmentante previo a este estudio.

Tabla N°10 PRESUNTA CAUSA

PACIENTE N°	SOLAR	HORMONAL	ANTI CONCEPTIVOS	OTROS
1			x	
2		x		
3				x
4	x			
5	x			
6				x
7	x			
8	x			
9	x			
10	x			
11	x			
12	x			
13	x			
14	x			
15	x			
16	x			
17	x			
18	x			
19	x			
20	x			
21	x			
22	x			
23	x			
24	x			
25	x			
26	x			
27		x		
28	x			
29			x	
30		x		

Ana Luisa Egas, (2018) Presunta causa, Datos recopilados en la investigación

Tabla No 11 CUADRO ESTADÍSTICO DE PRESUNTA CAUSA



Ana Luisa Egas, (2018) Cuadro estadístico de *Presunta causa*, Datos recopilados en la investigación

Interpretación tablas 10 y 11 Presunta causa:

El 76% producido por exposición solar

El 10% producido por factores hormonales

El 6.66% producido por uso de anticonceptivos

El 6.66% producido por otros factores

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, los resultados de despigmentación del melasma con el uso sucesivo de jabón artesanal de perejil fueron notorios y positivos.

El 3.33% de la población de estudio, redujo el 75% de la intensidad de la mancha

El 23.33% redujo el 50% de la intensidad de la mancha

El 63.33% redujo el 25% de la intensidad de la mancha

El 10% no mostró cambio alguno.

Los resultados demuestran que el uso del jabón artesanal de perejil es una manera saludable y efectiva en despigmentar la piel del rostro. La disciplina en su aplicación garantiza el éxito en el tratamiento.

Los resultados favorables obtenidos hacen que la población vaya confiando en los beneficios que pueden obtener con la utilización de productos naturales.

Las pacientes que participaron en este estudio, reportaron que su autopercepción fue mejorando conforme notaban mejoría en la despigmentación de su piel.

Las manchas en la cara se producen por diferentes causas y motivos. Desde causas que son sencillas y estéticas hasta cuadros de los que hay que preocuparse como el melasma.

CAPÍTULO 5. RECOMENDACIONES

Se recomienda aumentar la concentración de perejil en la composición del jabón artesanal.

Se recomienda aumentar la cantidad de aplicaciones por parte de las personas que utilicen este método de despigmentación como un mínimo de tres veces al día.

Para potencializar el efecto despigmentante del producto se debería usar tópicamente durante 5 minutos a manera de mascarilla antes de proceder al lavado.

Los efectos se mejorarían si además las personas utilizarían un tónico de perejil por las noches.

Se recomienda utilizar durante el día bloqueador solar en repetidas aplicaciones durante el tiempo que se esté expuesto a la luz solar.

Este tratamiento debería realizarse en los períodos invernales en donde la radiación solar es menor.

Socializar las investigaciones realizadas, dentro de la comunidad interesada en estos temas.

El diagnóstico correcto será lo único que asegure un tratamiento adecuado.

CAPÍTULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Akerele, O. (2012). *Importance of medicinal plants: WHO's programme*. In: *Natural Resources and Human Health: plants of medicinal and nutritional value*. Amsterdam: Elsevier.
- Akhmetova, R. (2015). *Treatment and use of parsley*. Estados Unidos: King ediciones.
- Bagherani, N., Gianfaldoni, S., & Smoller, B. (2015). *An Overview on Melasma*. *Journal of Pigmentary Disorders* .
- Barrera, D. (2015). *Usos bióticos de plantas medicinales*. Madrid - España: Marcus ediciones.
- Carvajal, F. (2015). *Tratamiento natural con plantas*. Estados Unidos: Seville ediciones.
- Cisneros, D. (2017). *Tratamiento de plantas naturales*. Estados Unidos: Ballrer ediciones.
- Consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de los Trastornos Pigmentarios. (2007). *Melasma*. México D.F.
- Espinoza, M. (2016). *Microbiología nutricional*. México D.F.: Klopper ediciones.
- Foller, A. (2014). *Plantas naturales para todos: Salud natural global*. Estados Unidos: Karmony ediciones.
- Garzón, E. (2012). *Análisis de los alimentos: fundamentos, métodos, aplicaciones*. México D.F.: Unión académica.
- Gil, J., & Martí, E. (1997). *Medicina Valenciana Mágica y Popular*. Valencia: Carena.
- Grammer, M. (2014). *Importancia del consumo de productos naturales*. Barcelona, España: Krosse ediciones.

- Griller, A. (2015). *Importancia del consumo del perejil*. Estados Unidos: Atenea ediciones académicas.
- Gunatillake, H. (2015). *Health Benefits of Parsley*. Melbourne: University of Melbourne.
- Habif. (2009). *Clinical Dermatology*. Los Angeles: Elsevier.
- Herbal Resource. (2016). *Parsley uses and medical benefits*.
- Hoffman, D. (2000). *Medical Herbalism. The Science and Practice of Herbal Medicine*. Vermont: Healing Arts Press.
- Marghitas, O. (2014). *Examination of antioxidant capacity of parsley*. Estados Unidos: Poker ediciones.
- Marinoff, M. (2006). *Las plantas medicinales desde la Biblia a la actualidad*. Chaco - Argentina: Universidad Nacional del Nordeste.
- Monge, D. (2016). *Patologías del cutis*. México D.F.: Palenque ediciones médicas.
- Monge, D. (2017). *Tratamiento para el cloasma*. México D.F.: Atenea ediciones.
- Muñiz, D., & Valdivia, B. (2010). *Uso alternativo de fitoquímicos de algunas especias para el control de enfermedades transmitidas por alimentos*. México D.F.: Acta química mexicana.
- Palermo, R. (2012). *Alimentación y nutrición de plantas medicinales*. México D.F.: Faro ediciones.
- Pallares, M. (2017). *La pubertad y cómo combatirla en forma natural*. México D.F.: Queen ediciones.
- Paul, T., & Rose, M. (2009). *Pigmentary Disorders*. New York: Medical Clinics of North America.
- Porat, K. (2011). *Etiología, clínica y manejo del melasma*. San José: Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.
- Prignano, F., Ortonne, J., & Buggiani, G. (2007). *Therapeutical Approaches in Melasma*. Boston: *Dermatol Clin* 25.

Puerto, L. y. (2001). B.A.

Quienert, J. (2015). *Digestibility of parsley*. Estados Unidos: Makro ediciones.

Rames, A. (2015). *Beneficios del perejil*. Estados Unidos: Amperio ediciones.

Reyes, A., Zavala, D., & Alonso, A. (2012). *Perejil (petroselinum crispum): compuestos químicos y aplicaciones*. México D.F.: Revista Académica de Investigación: TLATEMOANI.

Sevilla, E. (2015). *Tratamiento para el cloasma*. México D.F.: Atlas ediciones.

Stephens, J. (2014). *Parsley—Petroselinum crispum*. Miami: University of Florida.

Tunali, T., Yarat, A., Yanardag, R., Ozcelik, F., & Ozsoy, O. (1999). *Effects of parsley*. *Phytotherapy Research*.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturopatía		
LUGAR: _____	DIA: _____	MES: _____	AÑO: _____
Yo _____, con CI. _____; domiciliado en _____ de la ciudad de _____; en calidad de paciente ____ o como representante ____ del paciente _____; autorizo a _____, con profesión o especialidad _____, para la realización del procedimiento _____, previo a lo cual SI ____ NO ____ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento. SI ____ NO ____ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Granos o enrojecimiento en la piel. 2. Deseos frecuentes de orinar. 3. Cólicos o diarreas. SI ____ NO ____ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son: <ol style="list-style-type: none"> 1. Infección grave en el organismo. 2. Várices, trombosis o flebitis. 3. Problemas cardíacos. SI ____ NO ____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento. SI ____ NO ____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad. SI ____ NO ____ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. SI ____ NO ____ he leído este documento en su totalidad y SI ____ NO ____ estoy de acuerdo con su contenido. Por este motivo SI ____ NO ____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.			
FIRMA DEL PACIENTE: _____			
NOMBRE DEL PACIENTE: _____			
CEDULA DE IDENTIDAD: _____			
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____			
CEDULA DE IDENTIDAD: _____			
RELACION CONELPACIENTE: _____			
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____			
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____			
CEDULA DE IDENTIDAD: _____			

ANEXO C

HISTORIA CLÍNICA

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

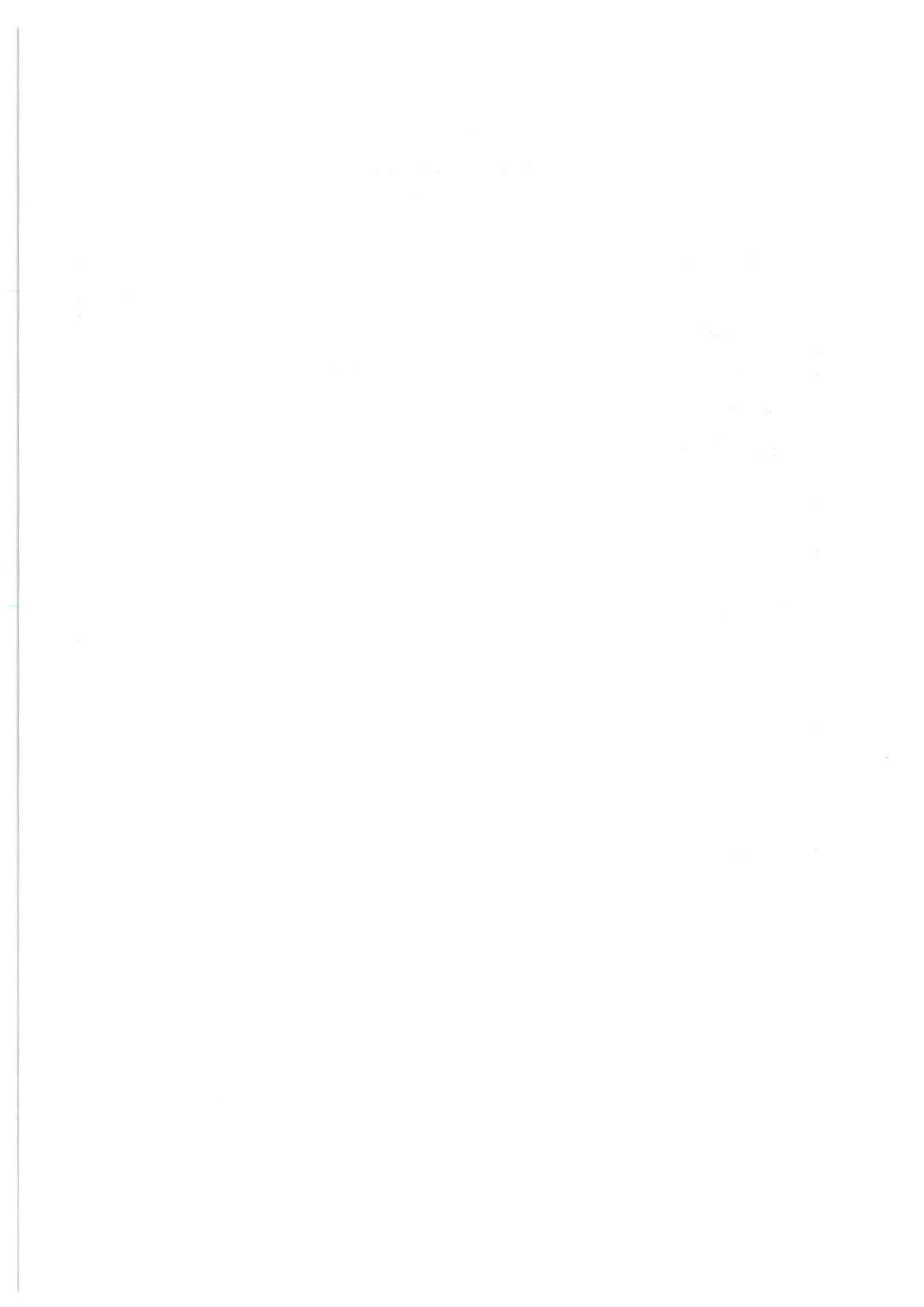
Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales



ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
DIRECCION		CIUDAD		TELEFONOS		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO	
1 MOTIVO DE CONSULTA						
4 ENFERMEDAD ACTUAL						
2 ANTECEDENTES PERSONALES				DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS		
AGO						
MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	CICLOS
3 ANTECEDENTES FAMILIARES						
1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL
8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL. FORMACIÓN	10. OTRO				
7 SIGNOS VITALES						
DIA / MES / AÑO						
TA.						
PESO / Kg		TALLA / cm				
10 EXAMEN PIES						
DIA / MES / AÑO						
DIA / MES / AÑO						



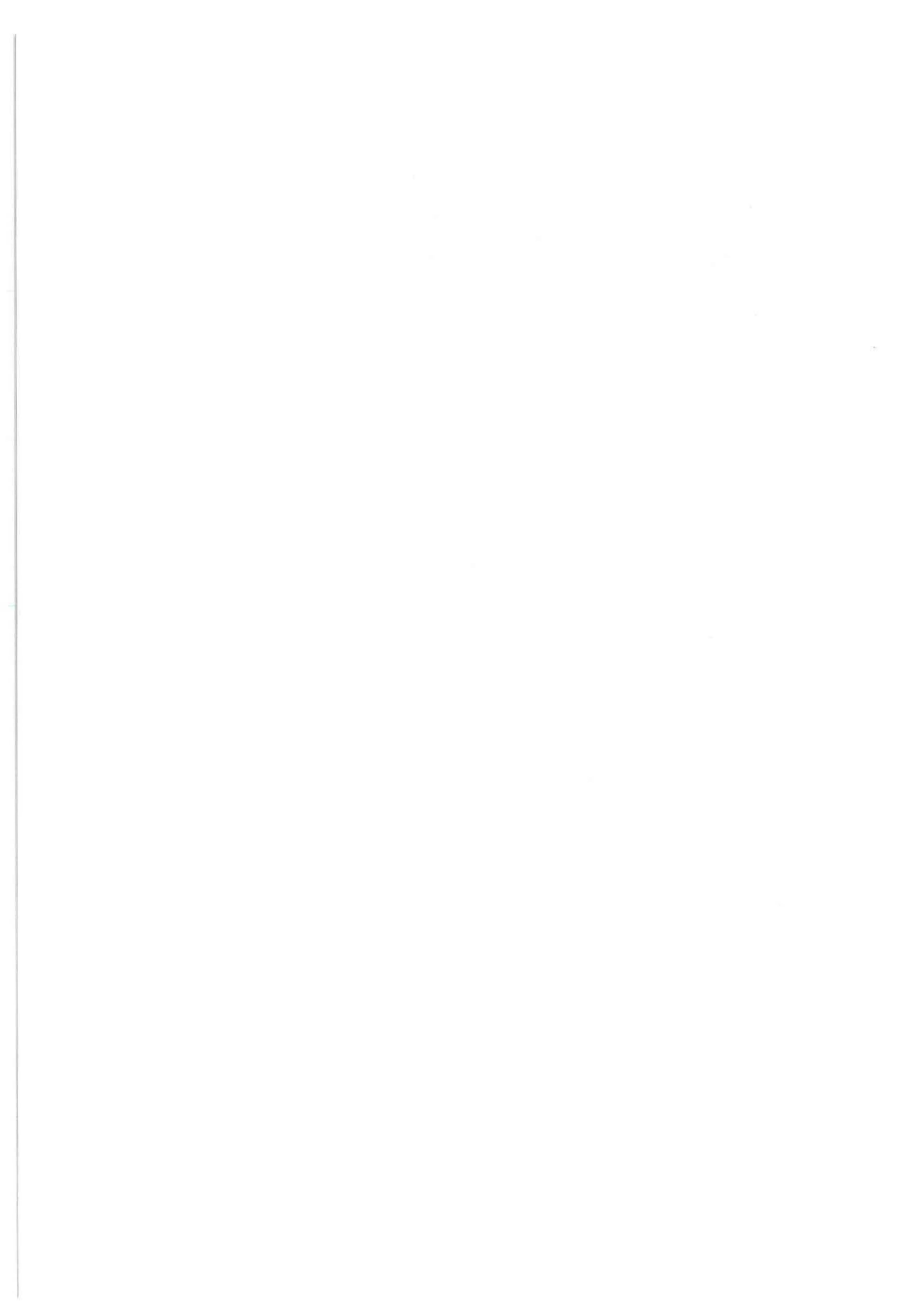
ANEXO D
ENCUESTA SATISFACCIÓN

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	

Firma



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 32

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? X

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 6-8

¿Cuantas veces a la semana consume fruta? Todo lo día

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 4

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Linzo

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD <u>Sara Moscoso</u>		ESPECIALIDAD <u>Naturopatía</u>	
LUGAR: <u>Cumbaya</u>	DIA: <u>08</u>	MES: <u>06</u>	AÑO: <u>2018</u>
Yo _____ con CI. _____; domiciliado en <u>Tumbaco</u> de la ciudad de <u>Quito</u> ; en calidad de paciente <input checked="" type="checkbox"/> o como representante ___ del paciente _____; autorizo a <u>Sara Moscoso</u> , con profesión o especialidad <u>Reflexología Podal</u> para la realización del procedimiento <u>Reflexología Podal</u> , previo a lo cual SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:			
<ol style="list-style-type: none">1. Granos o enrojecimiento en la piel.2. Deseos frecuentes de orinar.3. Cólicos o diarreas.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:			
<ol style="list-style-type: none">1. Infección grave en el organismo.2. Várices, trombosis o flebitis.3. Problemas cardíacos.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.			
Por este motivo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.			
FIRMA DEL PACIENTE: _____			
NOMBRE DEL PACIENTE: _____			
CEDULA DE IDENTIDAD: _____			
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____			
CEDULA DE IDENTIDAD: _____			
RELACION CON EL PACIENTE: _____			
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>			
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>			
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0915357651</u>			

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		09/03/1986	32	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
TUMBACO, GASPAR DE CARVAJAL		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO
DOCENTE	LICENCIADA				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE HACE 6 MESES PRESENTA ESTREÑIMIENTO ACOMPAÑADO DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, MAL GENIO Y CANSANCIO. RELACIONA CON EL TRABAJO EN LA ESCUELA. TOMA AGUA 6-8 VASOS AL DIA, COME MUCHA FRUTA, COME FIBRA NATURAL (LINAZA EN EL DESAYUNO). PROBLEMAS EN EL TRABAJO NO EXPRESA LO QUE PIENSA, POR LO QUE SUELE SENTIR AHOGO Y PALPITACIONES, SE ANTEPONE A LO QUE VA A PASAR Y SE PONE MUY NERVIOSA Y SE LE DISTENSIONA EL VIENTRE. A VECES SE AFLOJA EL ESTOMAGO CUANDO PASA POR MUCHO ESTRÉS, DIARREA AMARILLO CLARO. CEFALEA EN SIENES Y OCCIPITAL. DOLOR EN DORSALES, CERVICALES Y AMBAS RODILLAS SIN RAZON APARENTE Y A CUALQUIER HORA JUNTO CON DOLOR EN LAS PLANTAS DE LOS PIES Y TOBILLO

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL. GRIPES RECURRENTES DESDE QUE NACIÓ HASTA LOS 29 AÑOS. 2 1/2 AÑOS CAIDA DE SEGUNDO PISO, LESION EN LA ESPALDA. 5 AÑOS MORDEDURA DE PERRO EN MEJILLA DERECHA, NO HAY CICATRIZ. 8 AÑOS VARICELA. 9 AÑOS SARAMPION. 10 AÑOS CAIDA DE CABALLO, NO PERDIÓ EL CONOCIMIENTO. 15 AÑOS CAIDA DE BICICLETA, TIENE CICATRICES EN AMBAS RODILLAS.

AGO

MENARQUIA	13	FUM	30-may	G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	--------	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA 2. DIABETES 3. ENF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. ENF. MENTAL 8. ENF. INFECCIOSA 9. MAL FORMACIÓN 10. OTRO

PAPA Y HERMANOS SANOS, MAMA HIPERTIROIDISMO EN ESTUDIO. ABUELO MATERNO NEUMONIA, TIA TUBERCULOSIS

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	08-jun		14-jun		21-jun		28-jun	
TA.	94	60	100	68	100	70	90	60
PESO / Kg TALLA / cm	48	153	48	153	48	153	48	153
DIA / MES / AÑO	20-jul		27-jul					
TA.	100	70	98	68				
PESO / Kg TALLA / cm	48	153	48	153				

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	08-jun	14-jun	21-jun	28-jun
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.
	INFLAMACION A NIVEL DORSAL	INFLAMACION A NIVEL DORSAL	MEJORA CANSANCIO, MUCHA HAMBRE	MEJORA CANSANCIO, NO DUELE LA
	CANSANCIO TODO EL DIA, INSOMNIO,	INSOMNIO PERSISTE, RELAJADA, DOLOR	NO DUELE ESPALDA, RELAJADA. MAS	ESPALDA, RELAJADA, CONTENTA,
	MAL GENIO	GARGANTA.	ALEGRE	MEJORA ESTREÑIMIENTO POCO
DIA / MES / AÑO	20-jul	26-jul		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.		
	NO ESTA CANSADA, DUERME BIEN. ESTA	NO ESTA CANSADA, DUERME BIEN. ESTA		
	MUY RELAJADA, NO PASA MAL GENIO	MUY RELAJADA, NO PASA MAL GENIO		
	VA AL BAÑO UN POCO MEJOR	VA AL BAÑO MAS VECES QUE AL INICIO		

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	1
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	1
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	3
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	

 Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 53

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 8

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? —

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 2

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros —

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Arvejas

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD <u>Sara Moscoso</u>	ESPECIALIDAD <u>Naturopata</u>
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>29</u> MES: <u>Mayo</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en Tumbaco de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturopata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO _____ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO _____ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: M. Luzmila Mejía

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CONELPACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915357657

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		25/11/1964	53	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
GASPAR DE CARVAJAL Y EL LIMONAR		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 32 AÑOS ATRÁS DESDE SU PRIMER PARTO PRESENTA ESTREÑIMIENTO, NO TOMA LAXANTES HASTA HACE 2-3 AÑOS QUE TOMA CIRUELAX QUE LE AYUDA A EVACUAR. HACE 3 MESES TOMA OCASIONALMENTE DULCOLAX. TOMA MAS DE 8 VASOS AL DIA DE AGUA Y COME FRUTA OCASIONALMENTE. PRESENTA TAMBIEN DOLOR LUMBAR, HOMBROS, TALONES Y PLANTAS DEL PIE. TRABAJÓ COMO EMPLEADA DOMESTICA HASTA HACE 3 MESES ATRÁS, PASABA TODO EL DIA DE PIE O AGACHADA. HIPERTIROIDISMO EN ESTUDIO, BAJO PESO Y POCA HAMBRE. SE SIENTE MUY TRISTE SIN RAZÓN APARENTE.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL. GESTACION NORMAL. 6 AÑOS VARICELA Y SARAMPION. HEPATITIS A LOS 9 AÑOS TOMÓ MEDICACION. 21 AÑOS ESTREÑIMIENTO DESPUES DEL PRIMER EMBARAZO. 50 AÑOS DOLOR EN HOMBROS, LUMBARES Y PIES, IVU A REPETICIÓN UNA VEZ AL AÑO. 52 AÑOS HIPERTIROIDISMO EN ESTUDIO.

AGO

MEMARQUIA	18 AÑOS	FUM	2017	G		P	2	A		C		HV	2	HM		PF		CICLOS	
-----------	---------	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATA | 2. DIABETES | 3. ENF. C. VASCULAR | 4. HIPERTENSIÓN | 5. CÁNCER | 6. TUBERCULOSIS | 7. ENF. MENTAL | 8. ENF. INFECTIOSA | 9. MAL FORMACIÓN | 10. OTRO

PAPA FALLECIDO NEUMONIA, HERMANA FALLECIDA CON TUBERCULOSIS, MADRE SANA.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	29-may		05-jun		12-jun		19-jun	
TA.	100	70	96	68	90	60	94	66
PESO / Kg								
TALLA / cm	48	151	48	151	48	151	48	151
DIA / MES / AÑO	11-jul		20-jul					
TA.	100	64	98	68				
PESO / Kg								
TALLA / cm	48	151	48	151				

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	29-may	05-jun	12-jun	19-jun
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN
	PLEXO SOLAR. LLORA EN LA SESION	PLEXO SOLAR. MEJORA DOLOR CUELLO	PLEXO SOLAR.	PLANTA DE PIE IZO. DUERME BIEN
	DOLOR CUELLO.	DURMIO MEJOR DESDE LA 1RA SESION	DUERME MEJOR ESTA MAS ALEGRE	NO MEJORA EL ESTREÑIMIENTO
		NO MEJORA EL ESTREÑIMIENTO	NO MEJORA EL ESTREÑIMIENTO	
DIA / MES / AÑO	11-jul	20-jul		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN		
	PLANTA DE PIE IZQ. DUERME BIEN	PLANTA DE PIE IZQ. SE QUITA		
	NO MEJORA EL ESTREÑIMIENTO	DUERME BIEN TODOS LOS DIAS		
		NO MEJORA EL ESTREÑIMIENTO		

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	4
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	4
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	

M. Luzmila Murrillo
Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 49

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 2-3

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 0

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Dolcolax

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>7</u> MES: <u>06</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo, _____, con C.I. _____; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante ___ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO ___ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO ___ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO ___ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO ___ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CONELPACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 09115357651



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		06/09/1968	49	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
EL ROSARIO		QUITO	-----		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE EL 2014 SUFRE DE ESTREÑIMIENTO QUE EMPEORA CUANDO VIAJA JUNTO CON HALITOSIS, ACIDEZ ESTOMACAL, CEFALEA. TOMA LAXANTES CUANDO VIAJA (DULCOLAX), TOMA Poca AGUA, NO HACE EJERCICIO POR DOLOR LUMBAR QUE SE IRRADIA EN LAS PANTORRILLAS Y EMPEINES. TIENE GRIPES RECURRENTES CON VOZ RONCA, ULTIMAMENTE TIENE CERVICALGIA, DOLOR PIE IZQUIERDO Y CADERA, NO TOMA NADA PARA EL DOLOR.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL. 10 AÑOS FIEBRE REUMÁTICA QUE DURÓ HASTA LOS 14 AÑOS. 20 AÑOS MANCHAS EN LOS PÓMULOS, RINITIS ALÉRGICA. 29 AÑOS QUISTES EN AMBOS OVARIOS. 39 AÑOS ABDOMINOPLASTIA + MAMOPLASTIA. 44 AÑOS CEFALÉAS RECURRENTES EN AREA OCCIPITAL JUNTO CON CERVICALGIA, LUMBALGIA SI ESTA SENTADA MUCHO TIEMPO, DOLOR Y CALAMBRES EN AMBAS PANTORRILLAS Y EMPEINES. MIOMA UTERINO DE 10CM. 45 AÑOS GASTRITIS, HALITOSIS, DOLOR PIE IZQUIERDO, SACRO Y CUELLO.

AGO

MENARQUIA	13	FUM	2014	G		P	1	A		C		HV	1	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA | 2. DIABETES | 3. ENF. C. VASCULAR | 4. HIPERTENSIÓN | 5. CÁNCER | 6. TUBERCULOSIS | 7. ENF. MENTAL | 8. ENF. INFERIOR | 9. MALFORMACIÓN | 10. OTRO

MADRE HTA, PADRE SANO, HERMANOS SIN PROBLEMAS APARENTES

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	07-jun		14-jun		21-jun		28-jun	
TA	114	78	116	82	112	74	114	76
PESO / Kg	68	160	68	160	68	160	68	160
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	12-jul		20-jul					
TA	112	76	114	78				
PESO / Kg	68	160	68	160				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	07-jun	14-jun	21-jun	28-jun
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR PLEXO	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR PLEXO	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.
	SOLAR. ZONA DE LA ESPALDA	SOLAR. ZONA DE LA ESPALDA MEJORA	ZONA DE LA ESPALDA MEJORA	ZONA DE LA ESPALDA MEJORA
		EL DOLOR. NO CAMBIA FRECUENCIA DE	NO CAMBIA FRECUENCIA DE	NO CAMBIA FRECUENCIA DE
		EVACUACIONES	EVACUACIONES	EVACUACIONES. DUERME BIEN
DIA / MES / AÑO	13-jul	20-jul		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.		
	ZONA DE LA ESPALDA MEJORA	ZONA DE LA ESPALDA MEJORA		
	NO CAMBIA FRECUENCIA DE	NO CAMBIA FRECUENCIA DE		
	EVACUACIONES. DUERME BIEN	EVACUACIONES. DUERME BIEN		

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	4
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


 Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 30

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? 1-3

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 4 o menos

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 4-5

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 5

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Dulcolax

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>15</u> MES: <u>5</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____, con CI _____; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturopatía para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: Renata Sánchez

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CONELPACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: 0915287601

CEDULA DE IDENTIDAD: Sara Moscoso



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		24/04/1982	36	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
TUMBACO		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA
 TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 PACIENTE REFIERE QUE DESDE 4 AÑOS PRESENTA ESTREÑIMIENTO SIN RAZON APARENTE, AL FORZAR LAS EVACUACIONES OCASIONÓ HEMORROIDES INTERNA PRESENTA DOLOR DE COLON ASCENDENTE EVENTUALMENTE. SE HIZO TRATAMIENTO CON BIOMAGNETISMO PORQUE TAMBIÉN PRESENTÓ VERTIGO QUE AFECTA A OIDO DERECHO. TIENE PROGRAMADA CIRUGIA PARA LAS HEMORROIDES.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
 PARTO NORMAL. 8 AÑOS VARICELA. 30 AÑOS INCOTINENCIA URINARIA A RAIZ DE PARTO. 32 AÑOS HERNIA UMBILICAL Y ABDOMINAL, LESION DE VENA, HEMORRAGIA. 33 AÑOS OIDO DERECHO TAPADO DESPUES DE SUBIR A MONTAÑA RUSA, VERTIGO, BOTOX CAPILAR. 36 AÑOS HERPES ZOSTER QUE DURÓ 2 SEMANAS. DOLOR DE RODILLA DERECHA CUANDO CAMINA MUCHO POR PIE PLANO.

AGO

MENARQUIA	13	FUM	23-abr	G		P	1	A		C		HV	1	HM		PF		CICLOS	
-----------	----	-----	--------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MALFORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	-----------------	----------

HTA AMBOS PADRES. MAMA SIND. COLON IRRITABLE

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	15-may		22-may		29-may		07-jun	
TA.	110	72	110	70	110	72	112	72
PESO / Kg	TALLA / cm							
DIA / MES / AÑO	14-jun		21-jun					
TA.								
PESO / Kg	110	70	114	72				
	TALLA / cm							

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	15-may		22-may		29-may		07-jun	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN		HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN		HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN		HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN	
	PLEXO SOLAR. VA MENOS DE 3 VECES }		PLEXO SOLAR. VA MENOS DE 3 VECES }		PLEXO SOLAR. VA MENOS DE 3 VECES }		PLEXO SOLAR. VA MENOS DE 3 VECES }	
	AL BAÑO. PIE PLANO		AL BAÑO. NO MEJORA		AL BAÑO. NO MEJORA		AL BAÑO. MEJORA MEDIANAMENTE	
							VA 3 - 4 VECES, HECES DURAS.	
DIA / MES / AÑO	14-jun		21-jun					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.					
	MEJORA MEDIANAMENTE. VA 3-4 VECES		MEJORA MEDIANAMENTE. VA 3-4 VECES					
	TIENE DOLOR POR HEMORROIDES		TIENE DOLOR POR HEMORROIDES					
			PROGRAMA CIRUGIA					

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 29

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? todos los días

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 2-4

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 3-5

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 4

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Cascara Sagrada

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturopatía
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>06</u> MES: <u>06</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en Cumbaya de la ciudad de Quito; en calidad de paciente f o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturopatía para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0918387651



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		13/05/1989	29	M	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
LUMBISI		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO
NINGUNA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 9 AÑOS PRESENTA ESTREÑIMIENTO CRONICO COMO CONSECUENCIA DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA PARA CONTROLAR LA ESQUIZOFRENIA Y DEPRESIÓN, TOMA LEPONEX. TIENE CERVICALGIA Y DORSALGIA, MEMORIA DEBIL, MUCHO SUEÑO PRODUCTO DE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA. VA AL GIMNASIO TODOS LOS DIAS, NO TOMA MUCHA AGUA, NO COME MUCHA FRUTA. TOMA LAXANTES NATURALES (CASCARA SAGRADA) PARA PODER EVACUAR.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

CESAREA. GESTACION NORMAL. 8 AÑOS VARICELA. 6 A 12 AÑOS DERMATITIS ALERGICA CUANDO CONSUME COLORANTES, 14 AÑOS AMIGDALITIS RECURRENTE 19 AÑOS ESQUIZOFRENIA DESPUES DE UN VIAJE A LA INDIA, DEPRESIÓN, MEMORIA DEBIL, ESTREÑIMIENTO. 25 AÑOS TUVO DOS CRISIS DE ESQUIZOFRENIA PSQUIATRA LE AUMENTA LA DOSIS. 26 AÑOS CAIDAS VARIAS VECES, PRESENTA CONTUSIONES Y SUTURAS EN LA CABEZA. 27 AÑOS DORSALGIA, CERVICALGIA, INSOMNIO Y ANSIEDAD NERVIOSA.

AGO

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA 2. DIABETES 3. ENF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSION 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. ENF. MENTAL 8. ENF. INFECCIOSA 9. MALFORMACIÓN 10. OTRO

MAMA SIN PROBLEMAS DE SALUD, PADRE ADICCION AL ALCOHOL, LUMBALGIA CRONICA. HERMANO SIN PROBLEMAS DE SALUD

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	06-jun		13-jun		27-jun		11-jul	
TA.	110	72	110	72	110	72	110	70
PESO / Kg TALLA / cm	68	175	68	175	68	175	68	175
DIA / MES / AÑO	25-jul		07-ago					
TA.	110	72	110	70				
PESO / Kg TALLA / cm	68	175	68	175				

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	06-jun		20-jun		04-jul		18-jul	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	
	CABEZA, CEREBRO, LUMBARES		CABEZA, CEREBRO, LUMBARES		CABEZA, CEREBRO, LUMBARES		CABEZA, CEREBRO, LUMBARES	
			SIGUE ESTREÑIDO, MUY CANSADO		SIGUE ESTREÑIDO, MUY CANSADO		SIGUE ESTREÑIDO, MUY CANSADO	
DIA / MES / AÑO	24-jul		07-ago					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR					
	CABEZA, CEREBRO, LUMBARES		CABEZA, CEREBRO, LUMBARES					
	NO SIENTE MUCHA MEJORIA		NO SIENTE MUCHA MEJORIA					

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 59

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? _____

¿Cuántos vasos de toma agua al día? + 8

¿Cuantas veces a la semana consume fruta? todos los días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 4

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? _____

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>22</u> MES: <u>05</u> AÑO: <u>2010</u>

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante ___ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO ___ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI ___ NO ___ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO ___ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO ___ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: SARA MOSCOSO
 CEDULA DE IDENTIDAD: 0915357651



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA				
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION			
		14/09/1958	59	F				
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS					
MONTESERRIN		QUITO						
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO				
PROPIETARIA RESTAURANT	CHEF							
1 MOTIVO DE CONSULTA								
TIENE ESTREÑIMIENTO								
4 ENFERMEDAD ACTUAL								
<p>PACIENTE REFIERE QUE DESDE EL 2016 TIENE ESTREÑIMIENTO COMBINADO CON SINDROME DE COLON IRRITABLE A RAÍZ DE FALLECIMIENTO DE HERMANA Y NIETO JUNTO CON LUMBALGIA, MANGUITO ROTADOR DERECHO. NO TOMA LAXANTES, COME MUCHA FRUTA Y TOMA MÁS DE 8 VASOS DE AGUA AL DÍA. SU TRABAJO ES ESTRESANTE POR EL MANEJO DEL RESTAURANTE. DOLOR DE AMBOS HOMBROS.</p>								
2 ANTECEDENTES PERSONALES								
DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS								
<p>PARTO NORMAL. 10 AÑOS SARAMPION, VARICELA. 44 AÑOS HISTERECTOMIA. 56 AÑOS LUMBALGIA EVENTUAL, DOLOR ABDOMEN BAJO, ACIDEZ. 57 AÑOS MANGUITO ROTADOR DERECHO, LUMBALGIA, SIND. COLON IRRITABLE NERVIOSA POR PERDIDA DE SERES QUERIDOS. 59 AÑOS DOLOR DE HOMBROS POR ESFUERZO FISICO.</p>								
AGO								
MENARQUIA	12	FUM	2002	G				
				P				
				A				
				C	3			
				HV	3			
				HM				
				PF				
				CICLOS				
3 ANTECEDENTES FAMILIARES								
<p>1. CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> 2. DIABETES <input checked="" type="checkbox"/> 3. EHF. C. VASCULAR <input type="checkbox"/> 4. HIPERTENSIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 5. CÁNCER <input type="checkbox"/> 6. TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> 7. ENF. MENTAL <input type="checkbox"/> 8. ENF. INFECCIOSA <input type="checkbox"/> 9. MALFORMACIÓN <input type="checkbox"/> 10. OTRO <input type="checkbox"/></p>								
MADRE DIABETICA, PADRE HIPERTENSO, HERMANA FALLECE ACC.TRANSITO.								
7 SIGNOS VITALES								
DIA / MES / AÑO	22-may		29-may		05-jun		12-jun	
TA.	110	72	110	72	112	76	112	74
PESO / Kg	55	156	55	156	55	156	55	156
DIA / MES / AÑO	19-jun		26-jun					
TA.	110	74	110	76				
PESO / Kg	55	156	55	156				
10 EXAMEN PIES								
DIA / MES / AÑO	22-may		29-may		05-jun		12-jun	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR PLEXO		HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR PLEXO		HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR PLEXO		HIGADO, SIST.LINFATICO. MEJORA	
	SOLAR. ZONA DE ESPALDA Y HOMBROS		SOLAR. ZONA DE ESPALDA Y HOMBROS		SOLAR. ZONA DE ESPALDA Y HOMBROS		DOLOR DE ESPALDA Y HOMBROS	
			NO MEJORA ESTREÑIMIENTO		NO MEJORA ESTREÑIMIENTO		NO MEJORA ESTREÑIMIENTO	
DIA / MES / AÑO	19-jun		26-jun					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST.LINFATICO. MEJORA		HIGADO, SIST.LINFATICO. MEJORA					
	DOLOR DE ESPALDA Y HOMBROS		DOLOR DE ESPALDA Y HOMBROS					
	NO MEJORA ESTREÑIMIENTO		NO MEJORA ESTREÑIMIENTO					

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: *[Handwritten Signature]*

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	1
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	2
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	

[Handwritten Signature]
 Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 68

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? 2-3 veces

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 1-3

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? todos los días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Senokot

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>12</u> MES: <u>06</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en La Pampa de la ciudad de Quito; en calidad de paciente _____ o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata, para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CONELPACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915307651



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		30/08/1950	68	M	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
LA PAMPA		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
DOCENTE	LICENCIADO				

1 MOTIVO DE CONSULTA
 TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 PACIENTE REFIERE QUE DESDE EL 2016 PRESENTA ESTREÑIMIENTO, EVACUA MENOS DE 3 VECES SI NO TOMA LAXANTES, ESTO DESENCADENO EN GASTRITIS POR LO QUE TOMA REFLUX Y SE SIENTE MEJOR CON LA GASTRITIS. TIENE NEURALGIAS INTERCOSTAL, VERTEBRAL Y ARTICULAR, PASA POR MUCHO ESTRÉS EN SU LUGAR DE TRABAJO (COLEGIO). INSOMNIO LEVE,. MICCION DIFICULTUOSA. FRIOLENTO.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
 PARTO NORMAL. 12 AÑOS VARICELA. 20 AÑOS DOLOR FRECUENTES DE ESTOMAGO, NO DIAGNOSTICADA GASTRITIS. 60 AÑOS OMALGIA. 64 AÑOS DOLOR DE ESPALDA QUE PASA NADANDO. 67 AÑOS GASTRITIS ULCEROSA, CEFALEA OCCIPITAL, DOLOR EN MANOS, INSOMNIO MODERADO, ALERGIA A PINTURA LACA.

AGO

MENARQUIA	FUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES
 1. CARDIOPATIA 2. DIABETES 3. ENF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. ENF. MENTAL 8. ENF. INFECCIOSA 9. MALFORMACIÓN 10. OTRO
 PAPA FALLECIÓ POR INFARTO AL MIOCARDIO. MAMA HIPERTENSA Y DIABETICA.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	12-jun		26-jun		03-jul		17-jul	
TA.	96	68	96	68	100	70	100	70
PESO / Kg TALLA / cm	67	170	67	170	67	170	67	170
DIA / MES / AÑO	24-jul		07-ago					
TA.	98	68	100	68				
PESO / Kg TALLA / cm	67	170	67	170				


10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	12-jun	26-jun	03-jul	17-jul
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR
	COLUMNA, CUELLO, HOMBROS	COLUMNA, CUELLO, HOMBROS	COLUMNA, CUELLO, HOMBROS	COLUMNA, CUELLO, HOMBROS
		MEJORA DOLORS, NO MEJORA	MEJORA DOLORS, NO MEJORA	DUELE MENOS QUE AL INICIO DE LAS
		ESTREÑIMIENTO	ESTREÑIMIENTO	TERAPIAS, EVACUA MEJOR.
DIA / MES / AÑO	24-jul	07-ago		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		
	COLUMNA, CUELLO, HOMBROS	COLUMNA, CUELLO, HOMBROS		
	POCO DOLOR, RELAJADO, DUERME	POCO DOLOR, RELAJADO, DUERME		
	BIEN. EVACUA CON MENOS AYUDA DE	BIEN. EVACUA CON MENOS AYUDA DE		
	LAXANTES	LAXANTES		

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGÍA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	2
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	5
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


 Firma _____



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		23/11/1957	60	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
TUMBACO		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO
CHEF	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 10 AÑOS TIENE ESTREÑIMIENTO, ES VEGANA, NO COME NADA DE CARNE, COME MUCHOS VEGETALES, NO TOMA MUCHA AGUA, LE GUSTA MUCHO EL PAN, PROBLEMA EMPEORÓ A RAIZ DE LA MENOPAUSIA, SIENTE MUCHO CALOR Y SOFOCOS, TOMA PHYTO SOYA Y AYUDÓ A CONTROLAR LOS CALORES. DESDE HACE 6 AÑOS PRESENTA DOLOR DE RODILLA IZQUIERDA POR ARTROSIS.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL. GESTACION NORMAL. VARICELA A LOS 5 AÑOS. 16 AÑOS RINITIS ALÉRGICA. 20 AÑOS HEPATITIS. 40 AÑOS DEPRESIÓN POR PERDIDA DE UNICO HIJO. 50 AÑOS MENOPAUSIA, ARTROSIS EN RODILLA DERECHA. 55 AÑOS ACCIDENTE CON MAQUINA DE CORTAR, PERDIDA PARCIAL DE DEDO MEÑIQUE MANO DERECHA, SUTURAS, QUEDA INMOVILIZADO. 60 AÑOS LUMBALGIA, CANSANCIO.

AGO

MENARQUIA	13	FUM	2008	G		P	1	A		C		HV		HM	1	PF		CICLOS
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	--	----	---	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA 2. DIABETES 3. ENF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. ENF. MENTAL 8. ENF. INFECCIOSA 9. MAL FORMACIÓN 10. OTRO

PADRE MUERE ACCIDENTE TRANSITO, MADRE VIVA CON ALZHEIMER, HERMANA SANA.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	12-jun		19-jun		26-jun		03-jul	
TA	120	80	120	78	118	78	118	78
PESO / Kg	65	168	65	168	65	168	65	168
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	10-jul		24-jul					
TA	120	78	118	76				
PESO / Kg	65	168	65	168				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	12-jun	19-jun	26-jun	03-jul
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN	HIGADO, SIST.LINFATICO. DOLOR EN	HIGADO, SIST.LINFATICO.
	PLEXO SOLAR, ZONA DE RODILLA	PLEXO SOLAR, ZONA DE RODILLA	PLEXO SOLAR, ZONA DE RODILLA	ZONA DE RODILLA
		MEJORA DOLOR RODILLA, NO MEJORA	SIGUE MEJOR RODILLA. VA AL BANO	HECES UN POCO MAS BLANDAS
		ESTREÑIMIENTO	UN POCO MEJOR	
DIA / MES / AÑO	10-jul	24-jul		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.		
	ZONA DE RODILLA, CEREBRO	ZONA DE RODILLA, CEREBRO		
	HECES UN POCO MAS BLANDAS	MEJORA LA FRECUENCIA DE EVACUA		
		CIONES		

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	3
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	3
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


 Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>12</u> MES: <u>6</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____ con Cl. _____; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata, para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915307657



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLINICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		06/12/1967	50	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
MONTESERRIN		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
EMPRESARIA	INGENIERA				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE LOS 21 AÑOS SUFRE DE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, TOMA LAXANTES NATURALES, EN PERIODOS DE MUCHO ESTRÉS EN EL TRABAJO TIENE SINDROME DE COLON IRRITABLE. VA MENOS DE 3 VECES AL BAÑO EN LA SEMANA SI NO TOMA LAXANTES. NO HACE EJERCICIO, NO LE GUSTA EL AGUA, COME MUCHOS DULCES. PERDIDA DE SUEÑO DESDE HACE 7 AÑOS, TOMA MEDICINA HOMEOPATICA PARA PODER DORMIR, TIENE MAL GENIO POR ESTRÉS. ULTIMO AÑO IVU A REPETICION, CEFALEA. TOMA LEVOTIROXINA POR HIPOTIROIDISMO.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL, 8 AÑOS GRIPES FRECUENTES HASTA LOS 12 AÑOS. 21 AÑOS CIATALGIA, ESTREÑIMIENTO CRONICO. 33 AÑOS CESAREA, 35 AÑOS CESAREA, 37 AÑOS CESAREA. 41 AÑOS COLECISTECTOMIA. 43 AÑOS INSOMNIO HASTA LA FECHA, HIPOTIROIDISMO, SOBREPESO. 48 AÑOS SINUSITIS. 49 AÑOS HEPATOPATIA, DESCENSO DE VEJIGA, CLIMATERIO, IVU, ABDOMINOPLASTIA + CIRUGIA DE VEJIGA, PRODUCE EMBOLIA PULMONAR POSTQUIRURGICA. 50 AÑOS CEFALEA MAS IVU.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	2016	G	P	A	C	3	HV	3	HM	PF	CICLOS
-----------	----	-----	------	---	---	---	---	---	----	---	----	----	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA | 2. DIABETES | 3. DEF. C. VASCULAR | 4. HIPERTENSION | 5. CÁNCER | 6. TUBERCULOSIS | 7. DEF. MENTAL | 8. DEF. INFECCIOSA | 9. MAL FORMACIÓN | 10. OTROS

PADRE HIPERTENSO, DIABETICO. MADRE GASTRITIS.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	12-jun		19-jun		26-jun		03-jul	
TA.	110	74	112	72	110	72	110	74
PESO / Kg	59	165	59	165	59	165	59	165
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	17-jul		24-jul					
TA.	112	72	110	72				
PESO / Kg	59	165	59	165				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	12-jun		19-jun		26-jun		03-jul	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.	
	MUCHO ESTRÉS		NO PRESENTA MEJORIA		NO PRESENTA MEJORIA		SE TRABAJA EN PLEXO SOLAR	
	ESTREÑIMIENTO CRONICO						NO PRESENTA MEJORIA	
DIA / MES / AÑO	17-jul		24-jul					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.					
	SE TRABAJA EN PLEXO SOLAR. MENOS		SE TRABAJA EN PLEXO SOLAR. MENOS					
	ESTRÉS. NO PRESENTA MEJORIA		ESTRÉS. NO PRESENTA MEJORIA					
	ESTREÑIMIENTO		ESTREÑIMIENTO					

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 50

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? 3-4 / semana

¿Cuántos vasos de toma agua al día? + 8 vasos

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? todos los días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 5

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? _____

Usted sufre de: Depresión _____ Estrés _____ Ansiedad _____ Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: Quito	DIA: 01 MES: 06 AÑO: 2018

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en _____ de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____
CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
CEDULA DE IDENTIDAD: _____
RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso
CEDULA DE IDENTIDAD: 0915307651



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		07/12/1967	50	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
CUMBAYA		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA
TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 1 AÑO TIENE ESTREÑIMIENTO A RAIZ QUE EMPEZÓ EL CLIMATERIO, VA AL GIMNASIO 3-4 VECES A LA SEMANA, TOMA MÁS DE 8 VASOS DE AGUA, COME MUCHA FRUTA, NO CONSUME FIBRA NI LAXANTES. SIENTE DOLOR CADERA IZQUIERDA, CALOR DE CLIMATERIO, CIATALGIA, VAGINITIS RECURRENTES.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
PARTO NORMAL, 6 AÑOS HEPATITIS, 12 AÑOS AMIGDALITIS AGUDA, LORDOSIS, 46 AÑOS CIRUGIA CADERA BILATERAL POR PINZAMIENTO ACETABULAR. 48 AÑOS CLIMATERIO, CALOR EXCESIVO, ANSIEDAD, ENOJO. 49 AÑOS DISCARTROSIS L5, BURSITIS, LUMBOCIATALGIA. OSTEOPENIA, NEURITIS EN CABEZA DE FEMUR. 50 AÑOS VAGINITIS A REPETICION, IVU ENE.2018, CIATALGIA, DOLOR RODILLA IZQUIERDA.

AGO

MENARQUIA	14	FUM	2015	G		P	2	A		C		HV	2	HM		PF		CICLOS	
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES
1. CARDIOVITA 2. DIABETES 3. E.F. C. VASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. E.F. MENTAL 8. E.F. INFECCIOSA 9. MALFORMACIÓN 10. OTRO
PADRES SANOS SIN PROBLEMAS APARENTES.

7 SIGNOS VITALES

DÍA / MES / AÑO	01-jun		08-jun		15-jun		22-jun	
TA.	110	72	110	72	114	76	114	76
PESO / Kg	52	156	52	156	52	156	52	156
TALLA / cm								
DÍA / MES / AÑO	12-jul		20-jul					
TA.	112	72	110	72				
PESO / Kg	52	156	52	156				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DÍA / MES / AÑO	01-jun		08-jun		15-jun		22-jun	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.	
	DOLOR EN ZONA RODILLA, CUELLO		DOLOR EN ZONA RODILLA, CUELLO		DOLOR EN ZONA RODILLA, CUELLO		DOLOR EN ZONA RODILLA, CUELLO	
			MEJORA DOLORES. MEJORA MEDIANA-		MEJORA DOLORES. MEJORA MEDIANA-		MEJORA DOLORES. MEJORA MEDIANA-	
			MENTE ESTREÑIMIENTO		MENTE ESTREÑIMIENTO		MENTE ESTREÑIMIENTO	
DÍA / MES / AÑO	13-jul		20-jul					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.					
	MEJORA DOLOR EN RODILLA Y CUELLO		MEJORA DOLOR EN RODILLA Y CUELLO					
	DUERME PROFUNDO , ESTA RELAJADA		DUERME PROFUNDO , ESTA RELAJADA					
	VA MÁS DE 5 VECES AL BAÑO EN LA		VA MÁS DE 5 VECES AL BAÑO EN LA					
	SEMANA		SEMANA					

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGÍA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	4
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	4
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


 Firma _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: Quito	DIA: 8 MES: 06 AÑO: 2017

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en Poján de la ciudad de Quito; en calidad de paciente Y o como representante ___ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915357657

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA							
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION						
		15/11/1977	40	F							
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS								
BARRIO ROJAS		QUITO									
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO							
ASISTENTE CONTABLE	TEC.ADMINISTRACION										
1 MOTIVO DE CONSULTA											
TIENE ESTREÑIMIENTO											
4 ENFERMEDAD ACTUAL											
PACIENTE REFIERE QUE DESDE EL 2015 SUFRE DE ESTREÑIMIENTO, TOMA LAXANTES SOLO SI NO PUEDE EVACUAR MAS DE DOS DÍAS, NO TOMA MUCHA AGUA (2-4 VASOS DIARIOS), NO COME MUCHA FRUTA PORQUE NO LE GUSTA, TOMA GASEOSAS. ADICIONAL TIENE SOBREPESO, HIPOTIROIDISMO, SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO, GRIPES FRECUENTES, TOMA EUTIROX DESDE HACE 3 AÑOS. ULTIMAMENTE SIENTE FLACIDEZ MUSCULAR EN CONTORNO DE OJOS ESPINILLAS Y DEPRESIÓN QUE SE PRESENTA EN EPISODIOS DE MUCHOS PROBLEMAS, NO TOMA ANTIDEPRESIVOS.											
2 ANTECEDENTES PERSONALES											
PARTO NORMAL. GESTACIÓN NORMAL. 6 AÑOS CAIDA DE BICICLETA, NO DEJA CICATRIZ. 9 AÑOS VARICELA. 20 AÑOS DEPRESIÓN POR FALLECIMIENTO DE LA MAMA, NO TOMÓ ANTIDEPRESIVOS. 32 AÑOS SOBREPESO, HACE EJERCICIO PERO BAJA MUY POCO. 36 AÑOS SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO. 37 AÑOS HIPOTIROIDISMO TOMA EUTIROX, GRIPES FRECUENTES. 38 AÑOS PARALISIS FACIAL LADO DERECHO, SE HACE TERAPIA NEURAL Y MEJORA. 40 AÑOS CERVICALGIA QUE LE INMOVILIZA EL CUELLO, TOMA TENSIFLEX.											
DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS											
AGO											
MENARQUIA	12	FUM	20/5	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
3 ANTECEDENTES FAMILIARES											
1. CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> 2. DIABETES <input type="checkbox"/> 3. ENF. C. VASCULAR <input type="checkbox"/> 4. HIPERTENSIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 5. CÁNCER <input checked="" type="checkbox"/> 6. TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> 7. ENF. MENTAL <input type="checkbox"/> 8. ENF. INFECCIOSA <input type="checkbox"/> 9. MAL FORMACIÓN <input type="checkbox"/> 10. OTRO <input checked="" type="checkbox"/>											
MAMA FALLECE DE CANCER DE SENO, PAPA HIPERTENSO, HERMANO HERNIAS INGUINALES Y ABDOMINALES.											
7 SIGNOS VITALES											
DIA / MES / AÑO	08-jun		15-jun		22-jun		29-jun				
TA.	120	80	120	78	116	78	118	80			
PESO / Kg	63		63		63		63				
TALLA / cm	152		152		152		152				
DIA / MES / AÑO	06-jul		20-jul								
TA.	118	78	116	76							
PESO / Kg	61		61								
TALLA / cm	152		152								
10 EXAMEN PIES											
DIA / MES / AÑO	08-jun		15-jun		22-jun		29-jun				
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO				
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.				
	ZONA CABEZA, CUELLO.		ZONA CABEZA, CUELLO.		ZONA CUELLO POR CERVICALGIA		ZONA CUELLO POR CERVICALGIA				
			SE SIENTE RELAJADA, DUERME BIEN		DUERME BIEN, MEJORA LA CANTIDAD		DUERME BIEN, MEJORA LA CANTIDAD				
					EN LAS EVACUACIONES		EN LAS EVACUACIONES				
DIA / MES / AÑO	06-jul		20-jul								
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO								
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.								
	ZONA CUELLO POR CERVICALGIA		ZONA CUELLO POR CERVICALGIA								
	DUERME BIEN, MEJORA LA CANTIDAD		DUERME BIEN, MEJORA LA CANTIDAD								
	EN LAS EVACUACIONES		EN LAS EVACUACIONES								

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	3
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	3
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 45

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 6-8

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 5-7

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 4p

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Caxcana Sagrada

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO			FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		14/07/1973	45	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
EL ARENAL, TUMBACO		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
AMA DE CASA	AZAFATA				

1 MOTIVO DE CONSULTA
TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE REFIERE QUE DESDE EL 2014 PRESENTA ESTREÑIMIENTO SIN RAZON APARENTE, COMO AZAFATA VIAJABA MUCHO Y NO SE ALIMENTABA BIEN. PROBLEMA EMPIEZA A RAIZ DE DEJAR EL TRABAJO PARA DEDICARSE A SU FAMILIA, TOMA LAXANTES NATURALES Y PUEDE IR TODOS LOS DÍAS AL BAÑO. HECES NO SON ABUNDANTES Y SON SECAS, PRODUCTO DE ESTO SE PRODUJO FISURA ANAL CON SANGRADO, QUE FUE TRATADO CON ALOE VERA.
TIENE DEBILIDAD EN AMBAS RODILLAS, DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO Y GANGLIOS INFLAMADOS DE CUELLO, ANTEBRAZO Y AMBOS SENOS.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
PARTO NORMAL. 3 AÑOS ALERGIAS FRECUENTES. 8 AÑOS RINITIS. 15 AÑOS GRIPE FRECUENTES HASTA LOS 18 AÑOS QUE TOMÓ MEDICINAS PARA SUBIR DEFENSAS. 25 AÑOS PARTO NORMAL PRIMER HIJO. 28 AÑOS PARTO NORMAL SEGUNDO HIJO. 41 AÑOS AMIGDALITIS, HEMORROIDES SANGRANTE POR 2 DIAS. 44 AÑOS COLITIS, GANGLIOS INFLAMADOS EN CUELLO, INFECCION INTESTINAL. 45 AÑOS EPICONDILITIS DE CODO DERECHO, ARDOR EPIGASTRICO. PARESTESIA LEVE QUE DURÓ UNA SEMANA.

AGO

MENARQUIA	13	FUM	30/5	G		P	2	A		C		HV	2	HM		PF		CICLOS	
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES
 1. CARDIOPATIA 2. DIABETES 3. E.F. C. VASCULAR 4. HIPERTENSION 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. E.F. MENTAL 8. E.F. INFECTIOSA 9. MALFORMACION 10. OTRO
 PAPA FALLECE CANCER DE PROSTATAS, MAMA TIENE ARTRITIS EN AMBAS MANOS, HERMANOS SANOS.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	08-jun		15-jun		22-jun		29-jun	
TA.	110	70	110	72	112	70	110	70
PESO / Kg TALLA / cm	56	160	56	160	56	160	56	160
DIA / MES / AÑO	06-jul		20-jul					
TA.	110	72	112	72				
PESO / Kg TALLA / cm	56	160	56	160				

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	08-jun	15-jun	22-jun	29-jun
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.
	ZONA BRAZOS, HOMBROS, RODILLAS	ZONA BRAZOS, HOMBROS, RODILLAS	ZONA BRAZOS, HOMBROS, RODILLAS	ZONA BRAZOS, HOMBROS, RODILLAS
		ORINA ABUNDANTE, DOLOR DE GAN	ORINA ABUNDANTE, DOLOR DE GAN	ORINA ABUNDANTE, DOLOR DE GAN
		GLIOS MEJORA. SIGUE ESTREÑIDA	GLIOS MEJORA. SIGUE ESTREÑIDA	GLIOS MEJORA. SIGUE ESTREÑIDA
DIA / MES / AÑO	06-jul	20-jul		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO.	HIGADO, SIST.LINFATICO.		
	ZONA BRAZOS, HOMBROS, RODILLAS	ZONA BRAZOS, HOMBROS, RODILLAS		
	ORINA ABUNDANTE, DOLOR DE GAN	ORINA ABUNDANTE, DOLOR DE GAN		
	GLIOS MEJORA. MEJORA ESTREÑI-	GLIOS MEJORA. MEJORA ESTREÑI-		
	MIENTO	MIENTO		

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
IDROVO LANDI	ROSSANA	10/03/1992	26	F	
DIRECCION	CIUDAD	TELEFONOS			
PONCIANO ALTO	QUITO	2887751			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO
ESTUDIANTE	NINGUNA				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 6 AÑOS SUFRE DE ESTREÑIMIENTO JUNTO CON SINDROME DE COLON IRRITABLE, VA AL BAÑO 2-3 VECES A LA SEMANA CUANDO ESTA MUY NERVIOSA O ESTRESADA SE AFLOJA EL ESTOMAGO JUNTO CON ARDOR E INFLAMACIÓN ABDOMINAL. ESTUDIA MEDICINA DESDE HACE 4 AÑOS Y APARENTEMENTE AGRAVÓ EL PROBLEMA POR ESTRÉS Y CANSANCIO. TIENE QUISTES DE OVARIO, TOMA ANTICONCEPTIVOS CON PRESCRIPCIÓN MEDICA, ÚLTIMOS EXÁMENES SALIO 2 FORMACIONES NODULARES SOLIDA EN MAMA DERECHA, GASTROPATÍA. INTOLERANTE A LAS ALMENDRAS, LACTEOS, HUEVO Y GLUTEN.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO POR CESAREA, NO TOMA LECHE MATERNA, 08 AÑOS DESARROLLA ALERGIA CON INFLAMACIÓN CRÓNICA EN LAS MUCOSAS. 24 AÑOS AMENORREA, CAIDA DE CABELLO POR ANSIEDAD. 25 AÑOS AMENORREA, ANOREXIA FUNCIONAL, DIARREA MENOR PERO PERSISTENTE COMBINADO CON ESTREÑIMIENTO. CAIDA EN LAS ESCALERAS DE LA UNIVERSIDAD, NO QUEDA CICATRIZ.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	9/4	G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS	
-----------	----	-----	-----	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA 2. DIABETES 3. EBF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. EBF. MENTAL 8. EBF. AFECTIOSA 9. MAL FORMACIÓN 10. OTRO

MAMA CA. MAMA TRATADO Y EN REMISION, HERMANO FARINGITIS CRONICA, PADRE SANO.

7 SIGNOS VITALES

DÍA / MES / AÑO	03-may		10-may		24-may		07-jun	
TA.	110	70	100	68	100	70	98	68
PESO / Kg TALLA / cm	52	162	52	162	52	162	52	162
DÍA / MES / AÑO	19-jul		26-jul					
TA.	100	68	110	70				
PESO / Kg TALLA / cm	53	162	53	160				

10 EXAMEN PIES

DÍA / MES / AÑO	03-may		10-may		24-may		07-jun	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO		HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO		HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO		HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO	
	SOLAR		SOLAR		SOLAR		SOLAR	
	MUY ANSIOSA Y NERVIOSA		NO MEJORA ANSIEDAD, SIGUE ESTRE		ANSIEDAD SIGUE IGUAL, TIENE		ESTRESADA POR ESTUDIOS	
			RÍDA		INSOMNIO, SIGUE ESTREÑIDA		DIARREA POR SIND.COLON IRRIT.	
DÍA / MES / AÑO	19-jul		26-jul					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO		HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO					
	SOLAR, CABEZA, CEREBRO		SOLAR, CABEZA, CEREBRO					
	PACIENTE NO SIENTE MEJORIA		PACIENTE NO SIENTE MEJORIA					

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: *Rosanna Llorca*

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	3
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	1
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	2
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	

Rosanna Llorca
 Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 60

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 4-6

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 5-7

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros —

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? lecho Magnesina

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>12</u> MES: <u>6</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo, _____, con CI. _____; domiciliado en Tanda de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO _____ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO _____ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915387607



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		N° HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		20/07/1958	60	F	TJ
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
TANDA		QUITO	!		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA
TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 2 AÑOS PRESENTA CONSTIPACION SIN RAZON APARENTE, PRODUCTO DE LA FUERZA QUE HACE PARA EVACUAR LE DETECTARON HEMORROIDES EN LA PARTE EXTERNA DEL ANO QUE PRESENTAN SANGRADO CUANDO HACE MUCHO ESFUERZO.
TOMA LECHE DE MAGNESIA PARA PODER EVACUAR, TOMA AGUA 3-5 VASOS AL DÍA, NO HACE NINGUNA CLASE DE EJERCICIO, NO CONSUME MUCHOS VEGETALES, TIENE

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
PARTO NORMAL, GESTACION NORMAL. SARAMPION A LOS 8 AÑOS. MORDIDA DE PERRO EN LA PIERNA A LOS 12 AÑOS. SALMONELLOSIS A LOS 20 AÑOS.
DORSALGIA DESDE LOS 55 AÑOS, DOLOR AMBOS HOMBROS, PARESTESIAS, CIATALGIA DESDE LOS 58 AÑOS, USA VOLTAREN.

AGO

MENARQUIA	12	FUM		G		P	3	A		C		HV	3	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	--	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENE. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENE. MENTAL	8. ENE. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

MAMA MUERTE NATURAL, PAPA HIPERTENSO, PREDIABETES.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	12-jun		13-jun		27-jun		11-jul	
TA.	114	72	114	72	112	70	112	72
PESO / Kg	61	155	61	155	61	155	61	155
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	25-jul		07-ago					
TA.	114	70	112	72				
PESO / Kg	61	155	61	155				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	12-jun	20-jun	04-jul	18-jul
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR
	CABEZA, CEREBRO, LUMBARES	CABEZA, CEREBRO, LUMBARES	CABEZA, CEREBRO, LUMBARES	CABEZA, CEREBRO, LUMBARES
		SIGUE ESTREÑIDO, MUY CANSADO	SIGUE ESTREÑIDO, MUY CANSADO	SIGUE ESTREÑIDO, MUY CANSADO
DIA / MES / AÑO	24-jul	07-ago		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		
	CABEZA, CEREBRO, LUMBARES	CABEZA, CEREBRO, LUMBARES		
	NO SIENTE MUCHA MEJORIA	NO SIENTE MUCHA MEJORIA		

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 34

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? 2-3 a la semana

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 8-10

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 4-6

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 2

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Aloe Vera

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Cerito</u>	DIA: <u>14</u> MES: <u>06</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo Sara Moscoso, con CI. _____; domiciliado en Cumbaya de la ciudad de Cerito; en calidad de paciente si o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915307614



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			N° HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		09/06/1984	34	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
CUMBAYA		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
NEGOCIO PROPIO	ABOGADA				

1 MOTIVO DE CONSULTA
TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE REFIERE QUE DESDE NIÑA SUFRE DE ESTREÑIMIENTO, TOMA LAXANTES PARA PODER EVACUAR TODOS LOS DIAS, TOMA MAS DE 8 VASOS DE AGUA DESDE HACE UNOS 6 MESES. COME EN LA CALLE. TIENE HEMORROIDES MÁS FISURA SANGRANTE POR ESFUERZO EXCESIVO EN LAS EVACUACIONES. SE HIZO ABDOMINOPLASTIA Y LIPOSUCCIÓN POR SOBREPESO ESTE AÑO. TIENE DEPRESIÓN DESDE LA ADOLESCENCIA JUNTO CON INSOMNIO. ACTUALMENTE TIENE ANSIEDAD POR COMER, TOMA ZALEPLA, ZOLOFT, SERETIDE, FLUIMICID, PARACETAMOL PARA LA DEPRESION, ANSIEDAD, CUADRO DE ASMA Y ALERGIA A LANA, POLEN, PIÑA KYWI.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
PARTO PREMATURO DE 8 MESES, TOMA LECHE MATERNA POR DOS MESES. VARICELA A LOS 8 AÑOS. 16 AÑOS SOBREPESO, DEPRESION, INSOMNIO. DESARROLLO ALERGIAS POR LANA, POLEN, POLVO, PIÑA, KYWI Y COMPUESTOS DE CIERTOS MEDICAMENTOS, DESENCADENA EN ASMA. 22 HASTA 24 AÑOS ANSIEDAD POR COMER SI PASABA POR SITUACIONES MUY ESTRESANTES. 34 AÑOS HEMORROIDES MAS FISURA SANGRANTE, DOLOR DE GARGANTA.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	03/6	G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS	
-----------	----	-----	------	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA 2. DIABETES 3. DEF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSION 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. DEF. MENTAL 8. DEF. INFECCIOSA 9. MAL FORMACIÓN 10. OTRO

PADRES APARENTEMENTE SANOS, HERMANA MENOR CON DEPRESION CRONICA.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	14-jun		21-jun		28-jun		12-jul	
TA	110	70	110	72	110	70	110	70
PESO / Kg	62	154	62	154	62	154	58	154
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	26-jul		02-ago					
TA	110	74	110	70				
PESO / Kg	57	154	57	154				
TALLA / cm								


10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	14-jun	21-jun	28-jun	12-jul
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO
	SOLAR, CABEZA, CEREBRO.	SOLAR, CABEZA, CEREBRO.	SOLAR, CABEZA, CEREBRO.	SOLAR, CABEZA, CEREBRO.
		NO MEJORA ESTREÑIMIENTO	NO MEJORA ESTREÑIMIENTO. MEJORO	NO MEJORA ESTREÑIMIENTO. MEJORO
			NIVELES DE ANSIEDAD	NIVELES DE ANSIEDAD
DIA / MES / AÑO	26-jul	02-ago		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO		
	SOLAR, CABEZA, CEREBRO.	SOLAR, CABEZA, CEREBRO.		
	NO MEJORA ESTREÑIMIENTO. MEJORO	NO MEJORA ESTREÑIMIENTO. MEJORO		
	NIVELES DE ANSIEDAD,	NIVELES DE ANSIEDAD, PERO SE PONE		
		MUY NERVIOSA POR TODO		

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	1
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	2
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


 Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 37

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? _____

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 8 o +

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? _____

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

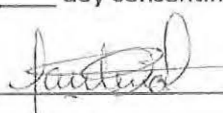
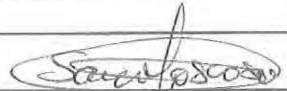
¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? _____

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD <u>Sara Moscoso</u>	ESPECIALIDAD <u>Naturopatía</u>
LUGAR: <u>Cumbaya</u>	DIA: <u>8</u> MES: <u>06</u> AÑO: <u>2018</u>
Yo _____, con CI. _____; domiciliado en <u>Tomborco</u> de la ciudad de <u>Quito</u> ; en calidad de paciente <input checked="" type="checkbox"/> o como representante ___ del paciente _____; autorizo a <u>Sara Moscoso</u> , con profesión o especialidad <u>Naturopatía</u> , para la realización del procedimiento <u>Reflexología Podal</u> , previo a lo cual SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son: 1. Granos o enrojecimiento en la piel. 2. Deseos frecuentes de orinar. 3. Cólicos o diarreas. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son: 1. Infección grave en el organismo. 2. Várices, trombosis o flebitis. 3. Problemas cardíacos. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ estoy de acuerdo con su contenido. Por este motivo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.	
FIRMA DEL PACIENTE: <u></u>	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	
CEDULA DE IDENTIDAD: _____	
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____	
CEDULA DE IDENTIDAD: _____	
RELACION CON EL PACIENTE: _____	
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u></u>	
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>	
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0715307657</u>	

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA	
		08-jun			
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		16/09/1980	37	F	C
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
GASPAR DE CARVAJAL, TUMBACO		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
DOCENTE	LICENCIADA				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE NIÑA SUFRE ESTREÑIMIENTO, VA 3 - 2 VECES AL BAÑO, NO TOMA NI LAXANTES NI FIBRA, CONSUME MÁS DE 8 VASOS DE AGUA AL DIA, SUFRE DE PROBLEMAS DE ANSIEDAD, HIPERHIDROSIS QUE EMPEORA CUANDO ESTA NERVIOSA, SIENTE DOLOR EN ARTICULACIONES DE LOS CODOS Y MUÑECAS, HICHAZON EN AMBAS PIERNAS QUE SE PRESENTAN A CUALQUIER HORA. FIBROMIALGIA DESDE LOS 37 AÑOS TOMA PARAVAY 250mg Y LYMPHDARAL.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL, GESTACION NORMAL, NO TOMÓ LECHE MATERNA. 8 AÑOS HIPERHIDROSIS. 11 AÑOS VARICELA. 29 AÑOS DESARROLLÓ ALERGIA AL PLASIL.

30 AÑOS COLELITIASIS. 32 AÑOS MORDEDURA DE PERRO. 35 AÑOS GASTRITIS YA TRATADA. 37 AÑOS FIBROMIALGIA CONTROLADA.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	03-jun	G		P	2	A	2	C	1	HV	3	HM		PF		CICLOS	
-----------	----	-----	--------	---	--	---	---	---	---	---	---	----	---	----	--	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA | 2. DIABETES | 3. ENF. C. VASCULAR | 4. HIPERTENSIÓN | 5. CÁNCER | 6. TUBERCULOSIS | 7. ENF. MENTAL | 8. ENF. INFECCIOSA | 9. MALFORMACIÓN | 10. OTRO

PAPA FALLECIDO POR DIABETES, MAMA CON HTA Y TIROIDITIS.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	08-jun		15-jun		22-jun		29-jun	
TA.	112	70	110	70	110	70	112	74
PESO / Kg	54	167	54	167	54	167	54	167
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	20-jul		26-jul					
TA.	112	72	114	76				
PESO / Kg	55	167	55	167				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	08-jun		15-jun		22-jun		29-jun	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.	
	TRABAJA EN CEREBRO		DUERME MEJOR, SIGUE ESTREÑIDA		DUERME MEJOR, SIGUE ESTREÑIDA		DUERME MEJOR, SIGUE ESTREÑIDA	
					BAJA LOS NIVELES DE ANSIEDAD		BAJA LOS NIVELES DE ANSIEDAD	
DIA / MES / AÑO	20-jul		26-jul					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST.LINFATICO.		HIGADO, SIST.LINFATICO.					
	DUERME MEJOR, SIGUE ESTREÑIDA		DUERME MEJOR, SIGUE ESTREÑIDA					
	BAJA LOS NIVELES DE ANSIEDAD		BAJA LOS NIVELES DE ANSIEDAD					
			SE LE DERIVA CON HOMEOPATA					

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 60

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 8 vasos o +

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? todos los días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 4

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Fibra natural

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturopatía
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>6</u> MES: <u>7</u> AÑO: <u>2018</u>
Yo _____, con Cl. _____; domiciliado en <u>Cumbaya</u> de la ciudad de <u>Quito</u> ; en calidad de paciente <u>Yo</u> o como representante _____ del paciente _____; autorizo a <u>Sara Moscoso</u> , con profesión o especialidad <u>Naturopatía</u> para la realización del procedimiento <u>Reflexología Podal</u> , previo a lo cual SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.	
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:	
1. Granos o enrojecimiento en la piel. 2. Deseos frecuentes de orinar. 3. Cólicos o diarreas.	
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:	
1. Infección grave en el organismo. 2. Várices, trombosis o flebitis. 3. Problemas cardíacos.	
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.	
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.	
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.	
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he leído este documento en su totalidad y SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> estoy de acuerdo con su contenido.	
Por este motivo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.	
FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CEDULA DE IDENTIDAD: _____	
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____ NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____ CEDULA DE IDENTIDAD: _____	
RELACION CONELPACIENTE: _____	
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u> NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u> CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0915307657</u>	

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA 06 Jul. 2018		N° HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		20 OCT.1957	60	F	TJ
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
CUMBAYA, ALBA CALDERON		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
AMA DE CASA	COSMETOLOGA				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE SIEMPRE HA SUFRIDO DE CONSTIPACIÓN DESDE SU NIÑEZ, VA AL BAÑO 3-4 VECES A LA SEMANA CON HECEAS SECAS Y DE DIFÍCIL EVACUACION, SI VA AL BAÑO MÁS VECES ES PORQUE TOMA FIBRA (PSYLLIUM), EXTRACTOS DE VEGETALES. TIENE DEPRESIÓN DESDE HACE DOS AÑOS POR PROBLEMAS CONYUGALES, NO TOMA ANTIDEPRESIVOS. SUFRE DE INSOMNIO Y TOMA HOMEOPÁTICOS (NEUREXAN, NERVOHEEL) PARA PODER DORMIR Y MANTENERSE CALMADA. PIERDE EL APETITO SI ESTA ESTRESADA O TRISTE Y EL ESTREÑIMIENTO EMPEORA. TIENE GRIPEAS FRECUENTES DESDE HACE UN AÑO Y CALAMBRES EN AMBAS PIERNAS.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL, GESTACION NORMAL, 6 AÑOS VARICELA, 8 AÑOS CAIDA DE BICICLETA, TIENE CICATRICES EN AMBAS RODILLAS, DESDE LOS 10 AÑOS IVU A REPETICION, ESTREÑIMIENTO, TUMOR BENIGNO EN SENO IZQUIERDO DESDE LOS 45 AÑOS, COLECISTECTOMIA A LOS 50 AÑOS, EXTRACCION DE LAS DE PIEZAS DENTALES INFERIORES A LOS 65 AÑOS.

AGO

MENARQUIA	13	FUM	HACE 15 AÑOS	G	NO	P	NO	A	NO	C	NO	HV	NO	HM	NO	PF	NO	CICLOS	
-----------	----	-----	--------------	---	----	---	----	---	----	---	----	----	----	----	----	----	----	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA 2. DIABETES 3. ENF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSION 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. ENF. MENTAL 8. ENF. INFECCIOSA 9. MALFORMACION 10. OTRO

PAPA FALLECIDO CA.PROSTATA, MADRE HIPERTENSION, DIABETES, ULCERA GÁSTRICA FALLECIDA CON EMBOLIA CEREBRAL. HERMANO FALLECIDO CON INFARTO AL MIOCARDIO.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	06-jul		13-jul		20-jul		27-jul	
TA.	110	70	110	72	110	70	110	74
PESO / Kg TALLA / cm	52	158	52	158	52	158	52	158
DIA / MES / AÑO	02-ago		10-ago					
TA.	110	70	110	70				
PESO / Kg TALLA / cm	51	158	51	158				

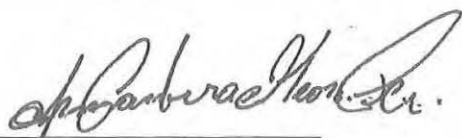
10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	06-jul		13-jul		20-jul		27-jul	
	JUANETE PIE IZQUIERDO, PIES SUAVES	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.
	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	TRABAJA ZONA DE CEREBRO	TRABAJA ZONA DE CEREBRO	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNNA	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNNA	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNNA	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNNA	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNNA
	TRABAJA ZONA DE CEREBRO	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	ORINA ABUNDANTE, ESTOMAGO FLOJO
DIA / MES / AÑO	02-ago		10-ago					
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON				
	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.				
	TRABAJA ZONA DE CEREBRO	TRABAJA ZONA DE CEREBRO	TRABAJA ZONA DE CEREBRO	TRABAJA ZONA DE CEREBRO				
	DUERME MEJOR, MAS TRANQUILA	SIENTE MEJOR ANIMICAMENTE, DUERME	SIENTE MEJOR ANIMICAMENTE, DUERME	SIENTE MEJOR ANIMICAMENTE, DUERME				
	EVACUACION MAS ABUNDANTE	MEJOR, EVACUA MÁS DE 3 VECES/SEM.	MEJOR, EVACUA MÁS DE 3 VECES/SEM.	MEJOR, EVACUA MÁS DE 3 VECES/SEM.				

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	4
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	4
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	5
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	



Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturopatía
LUGAR: Tumbaco	DIA: 05 MES: 07 AÑO: 2018

Yo _____ con Ci. _____; domiciliado en _____ de la ciudad de _____; en calidad de paciente _____ o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturopatía, para la realización del procedimiento _____, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CONELPACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915307657



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO
 Registro SENESCYT No. 17-061
 I.S.T.E.
 Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA	
		05-jul			
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		08/06/1975	43	F	C
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
YARUQUI		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA
 y

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 8 AÑOS TIENE PROBLEMAS PARA EVACUAR SIN RAZÓN APARENTE ACOMPAÑADO DE DISTENSION ABDOMINAL, METEORISMO TOMA LAXANTES (DULCOLAX) TODOS LOS DIAS Y LE AYUDA A EVACUAR. LE DUELE LA ESPALDA DESDE HACE DOS SEMANAS POR UN ESFUERZO HECHO EN CASA.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
 PARTO NORMAL, GESTACION NORMAL. 8 AÑOS VARICELA. 33 AÑOS GLUCOSA ELEVADA SE HIZO TRATAMIENTO HOMEOPATICO Y MEJORÓ. 35 AÑOS HIPERTESIÓN ARTERIAL TOMÓ ENALAPRIL, HIZO TRATAMIENTO NATURAL TOMANDO AJO Y DESDE HACE 5 SEMAMAS DEJÓ DE TOMAR EL MEDICAMENTO, ACTUALMENTE PRESIÓN ARTERIAL ES NORMAL. 43 AÑOS DOLOR DE ESPALDA POR ESFUERZO LEVANTANDO PESOS EN CASA. LUMBARES.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	23-jun	G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	--------	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. EPI. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. EPI. HEPÁTICA	9. MALFORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	------------------	-----------------	----------

PAPA CANCER DE PROSTATA, MAMA CANCER DE HIGADO, AMBOS FALLECIDOS.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
TA	110	88	112	80	110	80	110	84
PESO / Kg	64	142	64	142	64	142	64	142
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA	114	86	112	82				
PESO / Kg	64	142	64	142				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	05-jul	12-jul	19-jul	26-jul
	PIES ASPEROS, UN POCO SECOS	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN	ESTOMAGO, HIGADO, LINFATICO	ESTOMAGO, HIGADO, LINFATICO	ESTOMAGO, HIGADO, LINFATICO
	ESTOMAGO, HIGADO, LINFATICO	TRABAJO ZONA ESPALDA, MEJOR	DOLOR CABEZA.	SIENTE MEJOR PERO TUVO QUE USAR
	TRABAJO ZONA ESPALDA, CUELLO	EVACUÓ SIN USO LAXANTES X 2 DIAS	EVACUÓ MEJOR X 2 DIAS SIN LAXANTES	LAXANTES POR ESTREÑIDA 1 DIA
DIA / MES / AÑO	02-ago	09-ago		
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		
	ESTOMAGO, HIGADO, LINFATICO	ESTOMAGO, HIGADO, LINFATICO		
	PUDO EVACUAR SIN LAXANTE X 3 DIAS	PUDO EVACUAR SIN LAXANTE		
	PERO HECE ESTABAN DURAS	PERO HECE ESTABAN DURAS		
		SE DA RECOMENDACIÓN ALIMENTACION		
		INGESTA AGUA, ALGO EJERCICIO.		

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	3
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


 Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 50

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 4

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 5-6

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Laxantes

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD <u>Sara Moscoso</u>	ESPECIALIDAD <u>Naturopatía</u>
LUGAR: <u>Cumbaya</u>	DIA: <u>06</u> MES: <u>07</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____ con CI. _____; domiciliado en Tombao
 de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante _____ del
 paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o
 especialidad Reflexología Podal para la realización del
 procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido
 informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión
 en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con
 esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar
 esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se
 garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del
 mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la
 condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han
 sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su
 contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0918387657



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA	
		JUL.06.2018			
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		01/02/1968	50	F	CATÓLICA
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
URB.PUERTAS DEL SOL		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
DOCENTE	LICENCIADA				

1 MOTIVO DE CONSULTA
 TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 PACIENTE REFIERE QUE TIENE CONSTIPACION DESDE HACE 2 AÑOS DESDE QUE TOMA MEDICINA PSIQUIATRICA (SERTRALINA, PROPADANOL, CLONAZEPAN, ZOPLICOT), SUFRE DE DEPRESION CRONICA, ACUDE UNA VEZ A LA SEMANA AL PSIQUIATRA PARA CONTROLES. DESDE HACE UN AÑO SE LE DIAGNOSTICÓ DIABETES, NO TOMA MEDICACIÓN SOLO HACE DIETA.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
 PARTO NORMAL. GESTACION NORMAL, 4 AÑOS SARAMPION, 7 AÑOS VARICELA, 17 AÑOS MIOMA UTERINO, OPERADA. 47 AÑOS LEGRADO POR ABORTO INVOLUNTARIO, A LOS 48 AÑOS CRISIS EMOCIONAL, PRESENTÓ DESMAYO, AHOGO, 49 AÑOS DIABETES.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	2017	G	NO	P	NO	A	NO	C	2	HV	2	HM	NO	PF	NO	CICLOS	
-----------	----	-----	------	---	----	---	----	---	----	---	---	----	---	----	----	----	----	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATA	2. DIABETES	3. EBF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. EBF. MENTAL	8. EBF. INFECCIOSA	9. MALFORMACIÓN	10. OTRO
---------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	-----------------	----------

PADRES HIPERTENSION ARTERIAL, HERMANA DIABETES, PAPA CON GLAUCOMA.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	06-jul		13-jul		20-jul		27-jul	
TA.	110	80	100	74	104	78	104	76
PESO / Kg	70	160	70	160	70	160	70	160
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	02-ago		10-ago					
TA.	110	74	110	76				
PESO / Kg	70	160	70	160				
TALLA / cm								

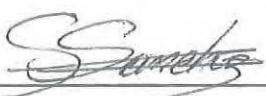
10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	06-jul		13-jul		20-jul		27-jul	
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON	
	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.		MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.		MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.		MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.	
	TRABAJA ZONA DE CEREBRO		TRABAJA ZONA DE CEREBRO		TRABAJA ZONA DE CEREBRO.		TRABAJA ZONA DE CEREBRO.	
			NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.		NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.		NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	
DIA / MES / AÑO	02-ago		10-ago					
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, PULMON					
	MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.		MSJE RIÑON, LINFATICO, HIGADO.					
	TRABAJA ZONA DE CEREBRO.		TRABAJA ZONA DE CEREBRO.					
	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.		NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.					

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGÍA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	1
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	1
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


 Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 17

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? 1-2/semana 30 minutos

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 6

¿Cuantas veces a la semana consume fruta? 4-5 días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO 3-4 veces

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)
SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? _____

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturopatía
LUGAR: Tumbaco	DIA: 05 MES: 07 AÑO: 2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en _____ de la ciudad de _____; en calidad de paciente o como representante del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturopatía, para la realización del procedimiento _____, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CONELPACIENTE: Tía

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA	
		05-jul			
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		31/05/2001	17	F	C
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
YARUQUI		QUITO	0		
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
ESTUDIANTE	NINGUNA			

1 MOTIVO DE CONSULTA
 TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 Paciente refiere que tiene estreñimiento desde hace 2 meses tiene dificultad para evacuar, va al baño con poca dificultad pero acude 3-4 veces, tía piensa que tiene relación con el diagnóstico de hígado graso diagnosticado hace 3 meses atrás (abril).

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
 NACE PARTO NORMAL, GESTACIÓN NORMAL, DIAGNOSTICA SOPLO DEL CORAZÓN AL NACER PERO DESAPARECIÓ, 16 AÑOS VARICELA, 17 AÑOS HIGADO GRASO.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	13-jun	G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	--------	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATÍA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

PADRES SANOS, HERMANOS SANOS. TIA HIPERTENSA .

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
TA.	100	70	100	70	110	72	110	72
PESO / Kg	55	158	55	158	55	158	55	158
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA.	100	70	100	70				
PESO / Kg	55	158	55	157				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
	PIES SUAVES SIN CALLOSIDADES		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN	
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		LINFÁTICO, HIGADO.		LINFÁTICO, HIGADO.		LINFÁTICO, HIGADO, COLUMNA	
	LINFÁTICO, HIGADO.		SE SIENTE RELAJADA		SE SIENTE RELAJADA		SIGUE RELAJADA	
			EVACUÓ UN POCO MAS DE LO HABITUAL		EVACUÓ UN POCO MAS DE LO HABITUAL		EVACUÓ UN POCO MAS DE LO HABITUAL	
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN					
	LINFÁTICO, HIGADO.		LINFÁTICO, HIGADO.					
	SIGUE RELAJADA		SE SIENTE RELAJADA					
	EVACUÓ UN POCO MAS DE LO HABITUAL		EVACUÓ UN POCO MAS DE LO HABITUAL					
			EVACUACIONES NO CAMBIAN					

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGÍA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	4
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	2
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 47

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? -

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 3-4

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? Todos los días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO 4 veces

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? _____

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturopatía
LUGAR: <u>Tumbaco</u>	DIA: <u>05</u> MES: <u>07</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en Tumbaco de la ciudad de Cuenca; en calidad de paciente paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturopatía, para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.


SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: 

NOMBRE DEL PACIENTE: _____


CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: 

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915357151



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA 05-jul			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO 20/11/1970	EDAD 47	SEXO F	RELIGION
DIRECCION LA TOLA, SAN FRANCISCO		CIUDAD QUITO	TELEFONOS		
OCUPACION VENTAS	PROFESION INDEPENDIENTE	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	

1 MOTIVO DE CONSULTA
TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente refiere que tiene estreñimiento desde hace 5 años después de fallecimiento de hija de 9 años, en la semana va 1 vez al día 3-4 veces en la semana con dificultad, evacua en forma de bolitas secas. Si no toma mucho líquido no puede evacuar, tiene que tomar laxantes, tiene lumbalgia especialmente si pasa por emociones fuertes como problemas en su trabajo. Tiene alergia al polvo, cigarrillo, olores fuertes, no toma medicación para la alergia. Pasa todo el día de pie por su trabajo.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
Parto normal, gestación normal. 36 años crisis asmática emocional, varicela. 42 años Crisis asmática emocional por muerte de hija, insomnio, depresión.

AGO

MENARQUIA	13	FUM	2014	G		P	1	A		C		HV		HM	1	PF		CICLOS	
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	--	----	---	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES
1. CARDIOPATIA | 2. DIABETES | 3. ENF. C. VASCULAR | 4. HIPERTENSIÓN | 5. CÁNCER | 6. TUBERCULOSIS | 7. ENF. MENTAL | 8. ENF. INFECCIOSA | 9. MAL FORMACIÓN | 10. OTRO
MADRE HTA, PADRE HTA, HIJA 9 AÑOS FALLECIDA, NO QUIERE INDICAR LAS CAUSAS.

7 SIGNOS VITALES

DÍA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
TA	110	72	114	76	114	76	114	78
PESO / Kg	75	154	75	154	75	152	75	152
TALLA / cm								
DÍA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA	114	78	114	78				
PESO / Kg	60	155	60	155				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DÍA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
	PIES SECOS EN ZONA METATARSOS		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN	
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		LINFÁTICO, HIGADO, COLUMNA		LINFÁTICO, HIGADO, COLUMNA		LINFÁTICO, HIGADO, COLUMNA	
	LINFÁTICO, HIGADO, COLUMNA		INDICA DOLOR ESPALDA Y TALONES		SE SIENTE RELAJADA, NO DOLOR EN		SE SIENTE ALEGRE, CONTINÚA	
	DOLOR EN PLEXO SOLAR,		DUERME MEJOR, NO SE DESPIERTA EN		COLUMNA, DUERME MEJOR.		DURMIENDO BIEN. DIFICULTAD PARA	
			MADRUGADA. NO MEJORA EVACUACION		NO MEJORA EVACUACION		DIFICULTAD PARA EVACUAR MEJORA POCO	
DÍA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN					
	LINFÁTICO, HIGADO, COLUMNA		LINFÁTICO, HIGADO, COLUMNA					
	SE SIENTE ALEGRE, CONTINÚA		SE SIENTE ALEGRE, CONTINÚA					
	DURMIENDO BIEN. DIFICULTAD PARA		DURMIENDO BIEN.					
	DIFICULTAD PARA EVACUAR MEJORA POCO		SIGUE IGUAL CON EVACUACIONES					
			SE DA RECOMENDACIONES PARA TTO.					

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	3
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	2
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	



Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 53

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 4

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? todos los días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 2

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros —

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? —

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa		ESPECIALIDAD Naturopatía	
LUGAR: <u>Tumbaco</u>	DIA: <u>05</u>	MES: <u>07</u>	AÑO: <u>2018</u>
Yo _____, con CI. _____; domiciliado en <u>Quito</u> de la ciudad de <u>Quito</u> ; en calidad de paciente <input checked="" type="checkbox"/> o como representante ___ del paciente _____; autorizo a <u>Sara Moscoso</u> , con profesión o especialidad <u>Naturopatía</u> , para la realización del procedimiento _____, previo a lo cual SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son: 1. Granos o enrojecimiento en la piel. 2. Deseos frecuentes de orinar. 3. Cólicos o diarreas.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son: 1. Infección grave en el organismo. 2. Várices, trombosis o flebitis. 3. Problemas cardíacos.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.			
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> he leído este documento en su totalidad y SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> estoy de acuerdo con su contenido.			
Por este motivo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.			
FIRMA DEL PACIENTE: <u>[Firma]</u>			
NOMBRE DEL PACIENTE: _____			
CEDULA DE IDENTIDAD: _____			
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____			
CEDULA DE IDENTIDAD: _____			
RELACION CON EL PACIENTE: _____			
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>[Firma]</u>			
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>			
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>096337657</u>			



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		N° HISTORIA CLÍNICA	
		05-jul			
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		28/04/1965	53	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
OYAMBARILLO		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA
 TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 PACIENTE REFIERE QUE DESDE NIÑA SUFRE DE ESTREÑIMIENTO, NO TOMA LAXANTES NI MEDICACION ALGUNA. EVACUA MENOS DE 3 VECES A LA SEMANA. SIENTE DOLOR DE ESPALDA Y PIERNA DERECHA. USA POMADAS PARA EL DOLOR

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
 PARTO NORMAL. 5 AÑOS VARICELA, 25 AÑOS APENDICITIS, PERINOTINIS, 36 AÑOS OPERADA DE DIVERTICULITIS, 37 AÑOS QUISTE OVARICO Y SARAMPION. HIJA FALLECIDA HACE 22 AÑOS.

AGO

MEJARQUIA	12	FLUJ	2002	G		P	2	A		C		HV	1	HM	1	PF		CICLOS	
-----------	----	------	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	---	----	--	--------	--

3 ANTECEDENTES FAMILIARES
 1. CARDIOPATA 2. DIABETES 3. EIP C. VASCULAR 4. HIPERTENSION 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. EIP. RESPIR. 8. EIP. INFECCIOSA 9. MAL FORMACIÓN 10. OTRO
 MAMA VIVA 92 AÑOS, HTA. PROBLEMAS PULMONES, PAPA MUERTE NATURAL.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
TA.	120	80	114	76	114	76	114	78
PESO / Kg	60	155	60	155	60	155	60	155
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA.	114	78	114	78				
PESO / Kg	60	155	60	155				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	05-jul	12-jul	19-jul	26-jul
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑON
	LINFATICO, HIGADO, OVARIOS	LINFATICO, HIGADO, OVARIOS	LINFATICO, HIGADO, OVARIOS	LINFATICO, HIGADO, OVARIOS
	COLUMNA	COLUMNA	COLUMNA	COLUMNA
		NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.
DIA / MES / AÑO	02-ago	09-ago		
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑON	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑON		
	LINFATICO, HIGADO, OVARIOS	LINFATICO, HIGADO, OVARIOS		
	COLUMNA	COLUMNA		
	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.	NO PRESENTA MEJORIA EVACUAC.		

**INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
 ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	1
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	1
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


 Firma _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturopatía
---	-----------------------------

LUGAR: TUMBACO DIA: 05 MES: 07 AÑO: 2018

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en TUMBACO de la ciudad de QUITO; en calidad de paciente / o como representante _____ del paciente _____; autorizo a SARA MOSCOSO, con profesión o especialidad Naturopatía para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI / NO _____ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI / NO _____ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI / NO _____ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI / NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI / NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI / NO _____ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI / NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI / NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI / NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: SARA MOSCOSO

CEDULA DE IDENTIDAD: 091837657



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA	
		05-jul			
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		10/09/1965	52	M	C
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
LA TOLA, SAN FRANCISCO		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
ELECTRICISTA	ELECTRICISTA	ZOILA CARRILLO			

1 MOTIVO DE CONSULTA
 TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 5 AÑOS TIENE ESTREÑIMIENTO LEVE SIN OTROS SINTOMAS A RAIZ DE TOMAR ANTIDEPRESIVOS POR MUERTE DE HIJA DE 9 AÑOS, EVACUA 4 VECES O MAS CON AYUDA DE CIRUELAX, TOMA 1-2 VASOS DE AGUA AL DIA PORQUE NO LE GUSTA, TOMA GASEOSAS, NO LE GUSTA LA FRUTA. HECES EN FORMA DE BOLITAS CUANDO NO TOMA CIRUELAX Y A VECES ES FLOJA POR EL CIRUELAX.
 DESDE HACE UN MES PRESENTA DOLOR EN ZONA DORSO LUMBAR POSIBLEMENTE POR EL TRABAJO QUE REALIZA COMO ELECTRICISTA, TOMA RELAJANTES MUSCULARES SI ES MUY FUERTE EL DOLOR. ACUDE A MEDICO HOMEOPATICO POR DOLOR DE ESPALDA.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
 PARTO NORMAL, GESTACION NORMAL. MORDIDA DE PERRO A LOS 8 AÑOS, NO LE APLICAN ANTIRRABICA. VARICELA A LOS 11 AÑOS. 12 AÑOS PAPERAS. 47 AÑOS DEPRESION CRONICA POR MUERTE DE HIJA. TOMA ANTIDEPRESIVOS. CONTROL PSIQUIÁTRICO. 52 AÑOS DOLOR DE ESPALDA, TOMA RELAJANTES MUSCULARES CUANDO EL DOLOR ES INSOPORTABLE.
 AGO

MENARQUIA	FLUM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	------	---	---	---	---	----	----	----	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES
 1. CARCINOMA 2. DIABETES 3. DEF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSION 5. CANCER 6. TUBERCULOSIS 7. DEF. RENAL 8. DEF. HEPATICA 9. MALFORMACION 10. OTRO
 FAMILIA SIN PROBLEMAS APARENTES

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
TA.	102	68	100	70	102	40	100	74
PESO / Kg TALLA / cm	75	168	75	168	75	168	75	168
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA.	104	76	102	70				
PESO / Kg TALLA / cm	75	168	75	168				

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
	CALLOSIDADES EN ZONA DE HOMBROS		SISTEMA INTESTINAL. RIÑON. ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL. RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL. RIÑON, ESTOMAGO	
	PIES SECOS Y ASPEROS. MASAJE		HIGADO. LINFÁTICO. PLEXO SOLAR		HIGADO. LINFÁTICO. PLEXO SOLAR		HIGADO. LINFÁTICO. PLEXO SOLAR	
	SISTEMA INTESTINAL. RIÑON, ESTOMAGO		TRABAJO ZONA ESPALDA. MEJOR		TRABAJO ZONA ESPALDA. MEJOR		QUERME MEJOR, SE SIENTE MAS	
	HIGADO, LINFÁTICO. DOLOR EN PLEXO SOLAR. TRABAJO ZONA ESPALDA.		NO EVACUÓ SIN EL USO DE LAXANTES		DOLOR HOMBROS Y CABEZA. DUERME MEJOR, NO EVACUÓ SIN LAXANTES		RELAJADO. NO EVACUA SIN LAXANTE	
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
	SISTEMA INTESTINAL. RIÑON. ESTOMAGO		MASAJE SISTEMA INTESTINAL. RIÑON					
	HIGADO, LINFÁTICO, PLEXO SOLAR		ESTOMAGO, HIGADO, LINFÁTICO					
	NO EVACUÓ SIN EL USO DE LAXANTES		NO EVACUÓ NORMALMENTE					
	SIGUE DURMIENDO BIEN Y SE SIENTE MAS TRANQUILLO.		SE DA RECOMENDACIÓN DIETA					
			AUMENTAR LA INGESTA DE AGUA					
			MEJORO CALIDA DEL SUEÑO Y TRISTEZA					

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGÍA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO**

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	3
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	1
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	4
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	


Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 62

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? de tomar

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 2-3

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 2

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? Clonno Magnesia

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>16</u> MES: <u>6</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____, con CI. _____; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante ___ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata, para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO ___ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI ___ NO ___ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO ___ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO ___ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 CEDULA DE IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso
 CEDULA DE IDENTIDAD: 0915387657



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			N° HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
		23/4/1656	62	F		
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS			
CLUB LOS CHILLOS		QUITO				
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO	
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE					

1 MOTIVO DE CONSULTA
 TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL
 PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 8 MESES TIENE ESTREÑIMIENTO, VA 1-3 VECES A LA SEMANA AL BAÑO, TOMA CLORURO DE MAGNESIO Y LE AYUDA A EVACUAR MEJOR, SI DEJA DE TOMAR SE VUELVE A ESTREÑIR. TIENE POLIARTRITIS, DISCARTROSIS, VERTIGO DESDE HACE DOS SEMANAS, TIC OJO DERECHO, BRUXISMO, SIENTE MUCHA ANSIEDAD. NO COME DULCES, TOMA POCA AGUA.

2 ANTECEDENTES PERSONALES DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS
 PARTO NORMAL. 6 AÑOS SARAMPION, 9 AÑOS VARICELA Y PAPERAS. 16 AÑOS VERTIGO, NO TOMO MEDICAMENTO. 40 AÑOS CONTRACTURAS MUSCULARES EN ZONAS DE TRAPECIOS QUE NO LE DEJABAN MOVER EL CUELLO. 50 AÑOS HTA. 60 AÑOS DISCARTROSIS, CERVICALGIA, SE CHUPA EL DEDO POR LAS NOCHES.

AGO

MENARQUIA	11	FUM	2008	G		P	1	A		C		HV	1	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATA 2. DIABETES 3. DEF. C. VASCULAR 4. HEMATEMIA 5. CANCER 6. NEURALGIA 7. DEF. RENAL 8. DEF. INFECCIOSA 9. MALFORMACION 10. OTRO

MADRE CANCER DE ESTOMAGO, PADRE VIVO CON ARTROSIS EN AMBAS RODILLAS.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	16-jun		30-jun		14-jul		24-jul	
TA.	128	84	128	84	130	90	128	82
PESO / Kg TALLA / cm	65	156	65	156	65	156	65	156
DIA / MES / AÑO	04-ago		10-ago					
TA.	126	80	126	80				
PESO / Kg TALLA / cm	65	156	65	156				

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	16-jun		30-jun		14-jul		24-jul	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST. LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFATICO, DOLOR EN	
	PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, CUELLO		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, CUELLO		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, CUELLO		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, CUELLO	
			INDICA NO SENTIR MEJORIA		INDICA NO SENTIR MEJORIA		INDICA NO SENTIR MEJORIA	
					INSOMNIO PERO NO MEJORA			
DIA / MES / AÑO	04-ago		10-ago					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST. LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFATICO, PLEXO					
	PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, CUELLO		SOLAR, ZONA ESPALDA, CUELLO					
	INDICA NO SENTIR MEJORIA		INDICA NO SENTIR MEJORIA					
	INSOMNIO PERO NO MEJORA							

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 39

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 1-2

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 2-3

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros —

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? cloruro de magnesio

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>25</u> MES: <u>6</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo [Firma] con C.I. [C.I.]; domiciliado en Tumbaco de la ciudad de Quito; en calidad de paciente 4 o como representante del paciente ; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata, para la realización del procedimiento , previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de **ayudar en el estreñimiento**.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 CEDULA DE IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Firma]
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso
 CEDULA DE IDENTIDAD: 0918 372037



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
		14/07/1979	39	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
RUMIHUAICO, TUMBACO		QUITO			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
REPARTE PROD.LACTEOS	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE NIÑA TIENE ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, EVACÚA MENOS DE 3 VECES A LA SEMANA, POR SU TRABAJO TIENE QUE ESTAR EN LA CALLE MANEJANDO HASTA LAS 12 POR LO QUE NO TOMA AGUA MAS ALLÁ DE 1-2 VASOS AL DÍA. TIENE 2 HERNIAS DISCALES ENTRE L4-L5-S1 QUE LE PRODUCE UNA FUERTE CIATALGIA QUE LE IMPIDE CAMINAR CON LIBERTAD O LEVANTAR PESOS. ULTIMO EXAMEN DE IMAGEN MUESTRA DISMINUCION DE LOS ESPACIOS ARTICULARES COXO-FEMORALES. FUE OPERADA HACE 2 MESES DE APENDICITIS, PRODUCTO DE LA MEDICACION TIENE GASTRITIS MODERADA. TIENE PROBLEMAS DE DEPRESIÓN CON SENTIMIENTO DE ABANDONO POR LA MADRE.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTETRICOS

PARTO NORMAL, 7 AÑOS VARICELA, 10 AÑOS HEPATITIS, ESTREÑIMIENTO, RINITIS ALERGICA, 18 AÑOS EMBARAZO, PARTO NORMAL, 37 AÑOS FUERTE DOLOR A NIVEL DE LAS LUMBARES, DIANOSTICAN HERNIA DISCAL, 39 AÑOS APENDICITIS, DEBILIDAD Y MAREO POSTERIOR A LA CIRUGÍA, CIATALGIA SEVERA.

AGO

MENARQUIA	11	FUM	03/6	G		P	1	A		C		HV	1	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATA 2. DIABETES 3. DEF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. SINDROME 7. EP. MELN. 8. EP. PASADORA 9. MALFORMACIÓN 10. OTRO

MADRE DIABETES MAS HIPERTENSIÓN, HERMANAS SANAS, NO CONOCE AL PAPA.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	25-jun		02-jul		09-jul		16-jul	
TA.	114	74	114	72	112	72	114	74
PESO / Kg	66	160	66	160	65	160	65	160
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	23-jul		06-ago					
TA.	112	74	114	76				
PESO / Kg	65	160	64	160				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	25-jun		02-jul		09-jul		16-jul	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST. LINFÁTICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFÁTICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFÁTICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFÁTICO, DOLOR EN	
	PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, PIERNA.		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, PIERNA.		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, PIERNA.		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, PIERNA.	
	DEPRESION CRONICA		DEPRESION CRÓNICA		DEPRESION CRONICA		SIENTE MENOS DEPRESIVA PERO	
			NO MEJORA EN NINGUN ASPECTO		NO MEJORA EN NINGUN ASPECTO		ESTA CANSADA, SIGUE ESTREÑIDA	
DIA / MES / AÑO	23-jul		06-ago					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST. LINFÁTICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFÁTICO, DOLOR EN					
	PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, BAJA.		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA, BAJA.					
	DOLOR Y DE PIERNA.		DOLOR Y DE PIERNA.					
	SIGUE ESTREÑIDA		SIGUE ESTREÑIDA, SE DA INDICACIONES					
			DE DIETA.					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quinto</u>	DIA: <u>15</u> MES: <u>6</u> AÑO: <u>2018</u>
Yo _____, con CI. _____; domiciliado en <u>Ruan A.H.</u> de la ciudad de <u>Quinto</u> ; en calidad de paciente <input checked="" type="checkbox"/> o como representante _____ del paciente _____; autorizo a <u>Sara Moscoso</u> , con profesión o especialidad <u>Naturópata</u> , para la realización del procedimiento <u>Reflexología Podal</u> , previo a lo cual SI _____ NO _____ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO _____ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son: 1. Granos o enrojecimiento en la piel. 2. Deseos frecuentes de orinar. 3. Cólicos o diarreas. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO _____ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son: 1. Infección grave en el organismo. 2. Várices, trombosis o flebitis. 3. Problemas cardíacos. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO _____ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI <input checked="" type="checkbox"/> NO _____ estoy de acuerdo con su contenido. Por este motivo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.	
FIRMA DEL PACIENTE: <u>[Firma]</u>	_____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	_____
CEDULA DE IDENTIDAD: _____	_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____	_____
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____	_____
CEDULA DE IDENTIDAD: _____	_____
RELACION CON EL PACIENTE: _____	_____
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>[Firma]</u>	_____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>	_____
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0915357657</u>	_____



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			N° HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
		22/07/1968	49	F		
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS			
PINAR ALTO		QUITO				
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO	
EJECUTIVO	ECONOMISTA					

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS SUFRE DE ESTREÑIMIENTO CRONICO, TOMA FIBRA NATURAL Y EVENTUALMENTE TOMA ALGUN LAXANTE QUE LE AYUDA A EVACUAR. EMPEORÓ DESDE ESTE AÑO CUANDO EMPEZÓ EL CLIMATERIO ACOMPAÑADO DE DISTENSIÓN ABDOMINAL, METEORISMO, MIGRAÑAS, CALOR EN CINCO CENTROS. TAMBIEN LE DIAGNOSTICARON CIATALGIA DERECHA PRODUCTO DE 2 HERNIAS LUMBARES, NO TIENE FUERZA EN EL PIE DERECHO. TOMA ABIOSTAL, SERTRALINA (DEPRESION), LYRICA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL, PREMATURA DE 8 MESES DE EMBARAZO, 8 AÑOS VARICELA, 16 AÑOS GRIPES FRECUENTES HASTA LOS 20 AÑOS, 32 AÑOS SALMONELLOSIS 40 AÑOS CEFALEAS DE FORMAS DISTINTAS, 48 AÑOS HERNIAS LUMBARES NO TOMA MEDICACION, CLIMATERIO QUE EMPEORÓ LAS MIGRAÑAS Y EL ESTREÑIMIENTO, DEPRESIÓN APARENTEMENTE INICIÓ JUNTO CON EL CLIMATERIO.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	2017	G	P	A	C	2	HV	2	HM	PF	CICLOS
-----------	----	-----	------	---	---	---	---	---	----	---	----	----	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATA 2. DIABETES 3. EF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. EP. MENTAL 8. EP. NEUROLÓGICA 9. MALFORMACIÓN 10. OTRO

MAMA DIABETICA, PADRE PROBLEMAS DE NEFRITIS, HERMANO CON GASTRITIS CRONICA.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	15-jun		22-jun		29-jun		06-jul	
TA.	112	70	112	72	114	72	110	70
PESO / Kg	54	156	54	156	54	156	54	156
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	20-jul		26-jul					
TA.	110	72	112	70				
PESO / Kg	54	156	54	156				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	15-jun		22-jun		29-jun		06-jul	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST LINFATICO	
	PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA,		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA,		PLEXO SOLAR, ZONA ESPALDA,		MEJORA DOLOR ESPALDA, DUERME	
	DEPRESION		DEPRESION		MEJORA DEPRESION, DUERME BIEN		MEJOR, SE SIENTE TRANQUILA	
					NO MEJORA ESTREÑIMIENTO		NO MEJORA ESTREÑIMIENTO	
DIA / MES / AÑO	20-jul		26-jul					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST LINFATICO,		HIGADO, SIST LINFATICO					
	MEJORA DOLOR ESPALDA, DUERME		MEJORA DOLOR ESPALDA, DUERME					
	MEJOR, SE SIENTE TRANQUILA, RELAJA		MEJOR, SE SIENTE RELAJADA					
	DA, NO MEJORA ESTREÑIMIENTO		NO MEJORA ESTREÑIMIENTO					

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	2
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	1
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	2
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	2
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	



Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 51

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? _____

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 8+

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? todos los días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? laxante Abacavona

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>26</u> MES: <u>6</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____, con C.I. _____; domiciliado en Cumbayá de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante _____ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Dietista para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO he leído este documento en su totalidad y SI NO estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: *[Firma]*

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CONELPACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: *[Firma]*

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915337657



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			N° HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
		01/01/1967	51	F		
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS			
CUMBAYA		QUITO				
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO	
DIRECTORA TEATRO	ACTRIZ					

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE A RAIZ DE DESARROLLARSE HIPOTIROIDISMO DE HASHIMOTO, PRESENTA ESTREÑIMIENTO HACE 7 AÑOS ATRÁS, EN CONJUNTO CON ANSIEDAD POR COMER, AUMENTANDO DE PESO, FATIGA. TOMA ABUNDANTE AGUA, ESTA EMPEZANDO A COMER MAS VEGETALES Y FRUTAS Y ESTA EN PLAN PARA BAJAR DE PESO. TOMA TRILEPTAL 600MG AL DIA, LEVOTIROXINA 125 MC AL DIA, GLUCOFAGE 850MG. TOMA LECHE DE MAGNESIA CUANDO ESTA MUY ESTREÑIDA.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTETRICOS

PARTO NORMAL VARICELA A LOS 6 AÑOS. 12 AÑOS AMIGDALITIS RECURRENTES. 24 AÑOS EPILEPSIA LEVE. 41 AÑOS MAMOPLASTIA. 44 AÑOS HIPOTIROIDISMO. 51 AÑOS LIPOSUCCION, PRESENTA MUCHO DOLOR Y FATIGA.

AGO

MENARQUIA	12	FUM	2017	G		P		A		C	2	HV	2	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	------	---	--	---	--	---	--	---	---	----	---	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATIA 2. DIABETES 3. DEF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSION 5. CÁNCER 6. GLUCEROSIS 7. DEF. MENTAL 8. DEF. INFECCIOSA 9. MALFORMACIÓN 10. OTRO

PADRES VIVOS. PAPA DIABETICO, MAMA HIPOTIROIDISMO.

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	26-jun		04-jul		11-jul		25-jul	
TA	114	76	114	76	114	76	112	72
PESO / Kg	65	160	65	160	65	160	64	160
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA	110	72	110	72				
PESO / Kg	64	160	64	160				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	26-jun		04-jul		11-jul		25-jul	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	
	HIGADO, SIST. LINFATICO, PLEXO SOLAR		HIGADO, SIST. LINFATICO, PLEXO SOLAR		HIGADO, SIST. LINFATICO, PLEXO SOLAR		HIGADO, SIST. LINFATICO, PLEXO SOLAR	
	CABEZA, CEREBRO		CABEZA, CEREBRO		CABEZA, CEREBRO		CABEZA, CEREBRO	
			NO MEJORA EN CANTIDAD DE EVACUACIONES		MEJORA EVACUACIONES UN 15%		SIENTE RELAJADA, MEJORA EVACUACIONES	
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST. LINFATICO, PLEXO SOLAR		HIGADO, SIST. LINFATICO, PLEXO SOLAR					
	CABEZA, CEREBRO		CABEZA, CEREBRO					
	SIENTE RELAJADA, MEJORA		SIENTE RELAJADA, MEJORA					
	EVACUACIONES		EVACUACIONES					

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino 8 Masculino _____

Edad: 52

¿Hace ejercicio regularmente? SI _____ NO 1 A VECES _____

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? _____

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 8+

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? todos los días

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO _____

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI _____ NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI _____ NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI _____ NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI _____ NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? _____

Usted sufre de: Depresión _____ Estrés _____ Ansiedad _____ Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>22</u> MES: <u>04</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo [Firma], con C.I. _____; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente o como representante ___ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturópata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI ___ NO ___ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI ___ NO ___ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO ___ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO ___ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915357651



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			N° HISTORIA CLÍNICA	
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION	
		27/02/1966	52	F		
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS			
CUMBAYA		QUITO				
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR			TELEFONO	
NEGOCIO PROPIO	INGENIERA					

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE EL 2016 PRESENTA ESTREÑIMIENTO, TOMA MAS DE 8 VASOS DE AGUA, NO HACE EJERCICIO, CONSUME FRUTA, VIAJA CONSTANTEMENTE POR LO QUE NO COME EN CASA. DESARROLLÓ FOBIA A VOLAR DESDE AGOSTO 2017 SIN RAZON APARENTE, BRONQUITIS. ESOFAGITIS. TIENE INSOMNIO MEDIO Y GRIPES FRECUENTES, APARENTEMENTE POR AIRE CONDICIONADO DE LOS HOTELES.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLINICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTETRICOS

PARTO NORMAL. 9 AÑOS VARICELA. SARAMPION. 18 AÑOS LUMBOSACRALGIA CON DOLOR DE PIE IZQUIERDO. CEFALEA Y DOLOR DE OMOPLATO. 45 AÑOS AMENORREA HASTA OCT.2017. 50 AÑOS QUISTE OVARICO DERECHO CON DOLOR PUNZANTE EN EL ABDOMEN. 51 AÑOS CALOR CLIMATERIO, METEORISMO, INSOMNIO. 52 AÑOS BRONQUITIS, ESOFAGITIS.

AGO

MEMORQUIA	13	FUM	2017 SEP	G		P	I	A		C		HV	I	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	----------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1. CARDIOPATA 2. DIABETES 3. E.F. C. VASCULAR 4. HIPERTENSION 5. CANCER 6. TUBERCULOSIS 7. E.F. MENTAL 8. E.F. AFÉCCIOSA 9. MALFORMACIÓN 10. OTRO

PADRES AMBOS HIPERTENSOS, VIVOS

7 SIGNOS VITALES

DIA / MES / AÑO	27-abr		04-may		18-may		15-jun	
TA.	112	72	112	72	114	76	112	70
PESO / Kg	60	165	60	165	60	165	60	165
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	25-jul		02-ago					
TA.	112	74	110	70				
PESO / Kg	60	165	60	165				
TALLA / cm								

10 EXAMEN PIES

DIA / MES / AÑO	27-abr		04-may		18-may		15-jun	
	SISTEMA INTESTINAL. RIÑON. ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL. RIÑON. ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL. RIÑON. ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL. RIÑON. ESTOMAGO	
	HIGADO. SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		HIGADO. SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		HIGADO. SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		HIGADO. SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	
	ZONA PULMON		ZONA PULMON		ZONA PULMON. EVACUA MEJOR		ZONA PULMON. EVACUA MEJOR	
			SIENTE MENOS MIEDO. DUERME BIEN					
DIA / MES / AÑO	25-jul		02-ago					
	SISTEMA INTESTINAL. RIÑON. ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL. RIÑON. ESTOMAGO					
	HIGADO. SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		HIGADO. SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR					
	ZONA PULMON. EVACUA MEJOR		ZONA PULMON. EVACUA MEJOR					

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGÍA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	1
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	4
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	4
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	



Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 78

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? —

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 2-3

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 5

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros _____

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? _____

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturopatía
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>06</u> MES: <u>06</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo _____, con Cl. enfermo; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente X o como representante ___ del paciente _____; autorizo a Sara Moscoso, con profesión o especialidad Naturopatía para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI NO ___ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO ___ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI NO ___ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO ___ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO ___ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO ___ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO ___ he leído este documento en su totalidad y SI NO ___ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO ___ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: [Firma]

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

CEDULA DE IDENTIDAD: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Firma]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0915307657

INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGIA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	1
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	1
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	1
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	1
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	1
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	



Firma

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA

Prevalencia de estreñimiento crónico según los criterios de Roma III en el cantón Quito, Pichincha

Encuestador(a): Sara Moscoso Ulloa

Fecha de la encuesta:

Datos generales del encuestado:

Sexo: Femenino Masculino

Edad: 56

¿Hace ejercicio regularmente? SI NO A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 4-5

¿Cuantas veces a la semana consume fruta? —

Datos clínicos:

¿Considera que usted tiene estreñimiento? SI NO

Va al baño: ¿3 veces a la semana o menos? SI NO

¿Tiene dificultad al evacuar? SI NO

En una escala del 1 al 5, siendo 1 Ninguna dificultad y 5 Mucha dificultad, ¿Qué grado de dificultad tiene al evacuar? 3

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI NO

Otros —

¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

SI NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? —

Usted sufre de: Depresión Estrés Ansiedad Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>03</u> MES: <u>5</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo, _____ con C.I. _____; domiciliado en Cayambe de la ciudad de _____; en calidad de paciente _____ (o como representante _____ del paciente _____); autorizo a Sara Moscoso Ulloa, con profesión o especialidad Naturópata para la realización del procedimiento Reflexología Podal, previo a lo cual SI _____ NO _____ he sido informado claramente sobre la reflexoterapia podal, que consiste en un masaje manual aplicando presión en ambos pies para estimular puntos reflejos con el fin de ayudar en el estreñimiento.

SI NO _____ he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:

1. Granos o enrojecimiento en la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar.
3. Cólicos o diarreas.

SI _____ NO _____ he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:

1. Infección grave en el organismo.
2. Várices, trombosis o flebitis.
3. Problemas cardíacos.

SI NO _____ he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.

SI NO _____ comprendo y acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que por lo tanto no se garantiza al 100% los resultados esperados con el procedimiento terapéutico, ya que la eficacia del mismo depende no sólo del terapeuta sino del cumplimiento de las recomendaciones generales y de la condición propia de la enfermedad.

SI NO _____ reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

SI NO _____ he leído este documento en su totalidad y SI NO _____ estoy de acuerdo con su contenido.

Por este motivo SI NO _____ doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.

FIRMA DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 CEDULA DE IDENTIDAD: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____
 CEDULA DE IDENTIDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: _____
 NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso Ulloa
 CEDULA DE IDENTIDAD: 0915357651



INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO			FECHA		Nº HISTORIA CLÍNICA
APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	RELIGION
			56	F	
DIRECCION		CIUDAD	TELEFONOS		
COTACACHI		IBARRA			
OCUPACION	PROFESION	REFERENCIA FAMILIAR		TELEFONO	
AMA DE CASA	INDEPENDIENTE				

1 MOTIVO DE CONSULTA

TIENE ESTREÑIMIENTO

4 ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 20 AÑOS PRESENTA ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, FUE OPERADA POR COLECISTECTOMIA, HISTERECTOMIA POR LA PRESENCIA DE MIOMA CON HEMORRAGIA. DESENCADENÓ EN MIGRAÑAS A REPETICIÓN Y POSTERIORMENTE SE PRESENTÓ ARTRITIS EN RODILLAS Y MANOS HASTA LA ACTUALIDAD. HACE UN AÑO LE DIAGNOSTICARON UN QUISTE MAMARIO DERECHO, NO SE HACE QUIMIO, TIENE HIPERTENSIÓN. EN EL 2017 TUVO EPISODIOS DE DIARREA CON BILIS POR UN MES. ACTUALMENTE ESTA CONSTIPADA Y SE LE HINCHAN LAS MANOS TIENE LUMBALGIA.

2 ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL. 2 AÑOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS. 36 AÑOS COLECISTECTOMIA, HISTERECTOMIA, MIGRAÑAS, ARTRITIS EN RODILLAS Y MANOS. 40 AÑOS HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TOMA LOSARTAN. 51 AÑOS QUISTE MAMARIO EN SENO DERECHO, HACE BIOPSIA CA. BASOCELULAR DE PATRÓN ADENOIDE DE DORSO, NO SE HACE QUIMIO, SE HACE TRATAMIENTO NATURAL. 52 AÑOS BAJA DE PESO, INSOMNIO MEDIO, CAÍDA DE VELLO. 53 AÑOS GASTRITIS MODERADA, CALOR CLIMATERIO, RINITIS ALÉRGICA, IVU. 54 AÑOS DOLOR HOMBRO DERECHO, PIES QUEMAN, LUMBALGIA. 55 AÑOS PIES Y MANOS SE HINCHAN, DESMAYO HACE FEBRERO 2018, LUMBALGIA.

AGO

MENARQUIA	13	FUM	2015	G		P	1	A		C		HV	1	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

1 CARDIOPATA 2 DIABETES 3 DEF. C. VASCULAR 4 HIPERTENSIÓN 5 CÁNCER 6 ESTREÑIMIENTO 7 EMF. VENTIL 8 EMF. CRÓNICA 9 MALFORMACIÓN 10 OTRO

PADRES FALLECIDOS POR MUERTE NATURAL

7 SIGNOS VITALES

DÍA / MES / AÑO	03-may		24-may		14-jun		05-jul		
TA	124	80	124	82	126	82	120	80	
PESO / Kg	TALLA / cm	70	156	70	156	70	156	70	156
DÍA / MES / AÑO	26-jul		03-ago						
TA	118	80	120	80					
PESO / Kg	TALLA / cm	70	156	70	156				

10 EXAMEN PIES

DÍA / MES / AÑO	03-may		24-may		14-jun		05-jul	
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTÓMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTÓMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTÓMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTÓMAGO	
	HIGADO, NO TOCO SIST. LINFÁTICO		HIGADO, NO TOCO SIST. LINFÁTICO		HIGADO, NO TOCO SIST. LINFÁTICO		HIGADO, NO TOCO SIST. LINFÁTICO	
			MEJORA ESTREÑIMIENTO UN POCO		MEJORA ESTREÑIMIENTO UN POCO		MEJORA ESTREÑIMIENTO UN POCO	
					SINTIÓ DOLOR CABEZA, ESPALDA		DOLOR ESPALDA MEJORO CON	
							EL PASO DE LOS DÍAS	
DÍA / MES / AÑO	26-jul		03-ago					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTÓMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTÓMAGO					
	HIGADO, NO TOCO SIST. LINFÁTICO		HIGADO, NO TOCO SIST. LINFÁTICO					
	MEJORA ESTREÑIMIENTO		MEJORA ESTREÑIMIENTO					
			SIENTE LOS PIES LIGEROS. SE SIENTE					
			RELAJADA Y TRANQUILA					

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO
ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REFLEXOLOGÍA PODAL PARA ESTREÑIMIENTO

NOMBRE: _____

No.	Pregunta	Valoración
1	¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?	1
	1 = Demasiado estreñido 2 = Muy estreñido 3 = Algo estreñido 4 = No muy estreñido	
2	¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?	1
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces pero no todos los días	
3	¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?	3
	1 = Menos de 3 veces 2 = 3 veces 3 = Más de 3 veces 4 = Casi todos los días	
4	¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?	3
	1 = No mejoró 2 = Casi no mejoró 3 = Mejoró medianamente 4 = Mejoró completamente	
5	En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?	3
	1 = Totalmente insatisfecho/a 2 = Insatisfecho/a 3 = Satisfecho/a 4 = Muy Satisfecho 5 = Totalmente satisfecho/a	



 Firma