

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “ESCULAPIO”**

**I.S.T.E.**

**REGISTRO SENESCYT No. 17-061**

**ESCUELA DE ENSEÑANZA DE TERAPIAS NATURALES**

**2018**

**REFLEXOLOGÍA PODAL PARA TRATAR EL  
ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES HOMBRES Y MUJERES DE 6 A  
75 AÑOS DE LA CIUDAD DE QUITO**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE TECNÓLOGO EN NATUROPATÍA**

**SARA ISABEL MOSCOSO ULLOA**

**LCDA. SARELA QUEZADA**

## RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar los efectos terapéuticos del uso de la reflexología podal como tratamiento para el estreñimiento al trabajar en zonas reflejas del intestino grueso y así lograr un desbloqueo y balance de la energía de esta zona. Este procedimiento que trata tanto la parte fisiológica como la parte emocional, se convierte en una alternativa no invasiva, sin efectos secundarios que proporciona mejoría en las personas independientemente de su edad o género.

Se cree que las causas más comunes de estreñimiento se relacionan con la ingesta de poca fibra, consumo de comida chatarra, poco consumo de agua, estrés, depresión, o la toma de ciertos medicamentos como analgésicos o antidepresivos, así como enfermedades como hipotiroidismo o cáncer.

La reflexología podal se utiliza para mejorar la circulación de la linfa y la sangre, permitiendo que las células del cuerpo obtengan una cantidad suficiente de oxígeno y nutrientes necesarios para un buen funcionamiento de los órganos representados en el pie generando un funcionamiento eficiente y adecuado.

Para esta investigación se ha establecido una sesión semanal de treinta minutos de duración por terapia, es decir, seis sesiones por paciente, en las que se registra

la frecuencia, cantidad y grado de dificultad de las evacuaciones en relación a la etapa inicial del tratamiento.

**Palabras claves:** estreñimiento, reflexología, terapia, tratamiento, efectos.

## CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

CERTIFICO QUE EL TRABAJO "REFLEXOLOGÍA PODAL PARA TRATAR EL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES HOMBRES Y MUJERES DE 6 A 75 AÑOS DE LA CIUDAD DE QUITO", FUE REALIZADO POR LA SRA. SARA MOSCOSO ULLOA.

QUITO, AGOSTO 2018

---

LCDA.SARELA QUEZADA

ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SE PRESENTA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PREVIOS A 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 UN PERÍODO DE 3 AÑOS CONTADOS DESPUÉS DE SU APROBACIÓN.

---

## DEDICATORIA

A mi querida hermana Patricia, por su ayuda y ánimo durante toda mi vida, sus enseñanzas y ejemplo me dan las fuerzas para seguir luchando día a día.

A mi amado esposo, Álvaro, por ser mi fuerza, mi apoyo en los momentos de desánimo y cansancio, su paciencia, cariño y confianza me alentaron a no darme por vencida y seguir adelante, dando siempre lo mejor de mí.

Sara Moscoso Ulloa

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida, por darme fuerzas y consuelo, por ponerme en mi camino a las personas precisas en el momento indicado para lograr con mis metas en la vida.

Al Instituto Superior Tecnológico Esculapio y sus docentes, por los conocimientos adquiridos, los que me servirán para brindar ayuda a las personas de la mejor manera que puede ofrecer la medicina alternativa y así emprender un nuevo camino lleno de satisfacciones y alegrías de una forma ética, profesional y responsable.

A la Licenciada Sarela Quezada, por ser mi tutora y quien con su excelente asesoría colaboró en la realización del presente trabajo, con sus conocimientos y experiencia me incentivó a adentrarme más en las terapias manuales y así sentir amor y verdadero interés por lo aprendido, con la finalidad de ayudar responsablemente a las personas que lo necesiten.

A mi querido esposo, sin su incentivo y apoyo no habría continuado con mi decisión de ser naturópata, su confianza, admiración, cariño y buenos consejos me animaron a no discontinuar mis estudios a pesar del cansancio, desánimo o cuando se presentaron diferentes problemas en el camino.

Sara Moscoso Ulloa

## Índice

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN .....	2
CAPITULO 2: METODOLOGÍA.....	7
CAPITULO 3 ESTREÑIMIENTO.....	9
3.1. Causas del estreñimiento .....	10
3.1.1 Causas psicósomáticas del estreñimiento.....	11
3.2. Tipos de estreñimiento.....	11
3.3. Efectos del estreñimiento.....	13
CAPITULO 4: REFLEXOLOGÍA.....	15
4.1. Reflexología Podal.....	16
4.2. Historia.....	17
4.3. Embriología del pie .....	19
4.4. Reflexología podal para el estreñimiento.....	20
4.4.1 Contraindicaciones .....	22
4.4.2 Técnica para tratar el estreñimiento .....	23
4.4.2.1 Calentamiento del pie.....	23
4.4.2.2 Puntos reflejos para el estreñimiento .....	25
CAPITULO 5: RESULTADOS.....	27
5.1. Análisis descriptivo de los datos previo a la aplicación de la terapia .....	27
5.1.1 Población por género.....	27
5.1.2 Población según la edad .....	28
5.1.3 Hábitos .....	29
5.1.4 Datos clínicos .....	32
5.1.5 Emociones.....	34
5.2. Análisis descriptivo de resultados finales de la terapia.....	35
CAPITULO 6: CONCLUSIONES.....	38
CAPITULO 7: RECOMENDACIONES .....	39
BIBLIOGRAFIA .....	40
ANEXOS .....	42

## **Gráficos**

Gráfico 1 Porcentaje de población por género.....	28
Gráfico 2 Porcentaje de población según la edad.....	29
Gráfico 3 Porcentaje de Personas que acostumbran hacer ejercicio .....	30
Gráfico 4 Porcentaje de agua que consumen diariamente .....	31
Gráfico 5 Cantidad de veces a la semana que evacúa.....	32
Gráfico 6 Grado de dificultad al momento de evacuar .....	32
Gráfico 7 Ayudas para facilitar la evacuación .....	33
Gráfico 8 Emociones más comunes en los pacientes.....	34

## **Dibujos**

Dibujo 1 Pie de Buda .....	18
Dibujo 2 Embriología del pie .....	20
Dibujo 3 Mapa de Reflexología Podal.....	22
Dibujo 4 Calentamiento del pie .....	24
Dibujo 5 Puntos reflejos en el pie para el estreñimiento .....	26
Dibujo 6 Puntos linfáticos en el pie para estreñimiento.....	26

## **Tablas**

Tabla 1 Acepciones de estreñimiento según el paciente .....	9
Tabla 2 Alteraciones orgánicas o trastornos secundarios que causan estreñimiento.....	10
Tabla 3 Criterios Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional .....	13
Tabla 4 Zonas a masajear .....	25
Tabla 5 Número de población por género.....	27
Tabla 6 Número de población según la edad.....	28
Tabla 7 Personas que acostumbran hacer ejercicio .....	29
Tabla 8 Cantidad de agua que consumen diariamente.....	30
Tabla 9 Ayudas para facilitar la evacuación.....	33
Tabla 10 Emociones más comunes en los pacientes .....	34
Tabla 11 Resultados de la terapia por sesión .....	35
Tabla 12 ¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?.....	36
Tabla 13 ¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento? .....	36
Tabla 14 ¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento? .....	36
Tabla 15 ¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento? ..	37
Tabla 16 En general, ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida? .....	37

## **Anexos**

Anexo A Encuesta inicial.....	42
Anexo B Consentimiento informado.....	43
Anexo C Historia clínica .....	44
Anexo D Encuesta final.....	45

millones de visitas médicas y 92.000 hospitalizaciones, por lo cual se prescribió el uso de laxantes a al menos un 85% de estos pacientes (Sonnenberg, 1989).

Según la Fundación Española del Aparato Digestivo, entre el 2004 y 2006 se realizó una encuesta en la población del área mediterránea de España que arrojó resultados que mostraron una prevalencia de estreñimiento del 29.5% según criterio autodefinido (propio), 29.2% según criterios Roma I y 14% según criterio Roma II. La prevalencia es significativamente mayor en mujeres que hombres, según criterio autodefinido, 40.1% mujeres y 18% hombres; según criterio Roma I, 28.6% mujeres y 9% hombres; según criterio Roma II, 22% mujeres, 5.5% hombres (Minguez, 2013).

Asimismo, según artículos publicados en PubMed, Medline, y Science Direct entre el 2005 y 2015, se hicieron estudios sobre la constipación de acuerdo a los criterios Roma II y Roma III en una población asiática adulta con un tamaño de muestra superior a 50. Los resultados arrojados muestran que la constipación entre asiáticos adultos está caracterizada por tres síntomas principales: 82.8% esfuerzo al defecar, 74.2% heces grumosas y duras, el 68.1% sensación de evacuación incompleta y un 23.3% utiliza maniobras manuales para facilitar la defecación (Patimah, 2017).

En Latinoamérica sólo se disponen de datos epidemiológicos sobre el estreñimiento en países como México y Nicaragua. Es así que un estudio realizado a pacientes voluntarios de una población urbana en México, dio como resultado una frecuencia en cuanto a estreñimiento de 18,8%. Por otra parte, en Nicaragua, en un estudio realizado a una comunidad, se determinó una frecuencia de estreñimiento del 21,1% en dicha población.

De acuerdo al estudio de Enriquez Blanco en su libro *Síndrome de Intestino Irritable y Otros Trastornos Relacionados*, en cuanto al género, el estreñimiento es más frecuente en mujeres con una relación mujeres-varones de 3:1. Siendo asimismo el estreñimiento crónico más frecuente en 21% de mujeres y tan solo 15% en varones. Por último, la edad promedio de los sujetos que lo padecen fluctúa entre los 16 y 38 años (Enriquez Blanco, 2010).

Aunque existen diferentes tratamientos para el estreñimiento, se observa con mayor frecuencia el uso de laxantes, la ingesta de fibra, el tratamiento con enemas para evitar la compactación fecal, los fitofármacos, y todo tipo de tratamiento casero como lo es el uso de plantas, dietas y terapias manuales (Mearin, 2016).

Con la reflexología podal, cuando se da un masaje en los pies en el punto reflejo que corresponde a un órgano afectado, se descubre unos depósitos de cristales de ácido úrico u otras toxinas. Estos cristales se acumulan en los lugares en los que la circulación es defectuosa. Si se sigue dando masaje en estas zonas reflejas, se disolverá poco a poco los cristales y se ayuda al restablecimiento de la circulación y, por vía refleja, al restablecimiento del funcionamiento armonioso del órgano causante o de la parte del cuerpo correspondiente (Krasensky, 1994).

De acuerdo con este planteamiento, la reflexología podal se utiliza para mejorar la circulación de la linfa y la sangre, permitiendo que las células del cuerpo obtengan una cantidad suficiente de nutrientes y oxígeno necesario para un buen funcionamiento, aplicando presión sobre un punto reflejo se crea estimulación generando un funcionamiento eficiente y adecuado del órgano a tratar (Krasensky, 1994).

Esta investigación tiene como finalidad comprobar si la reflexología podal es una alternativa sin efectos secundarios para tratar el estreñimiento, que trabaje de forma integral no solo en la parte fisiológica sino también en la parte emocional, que ayude tanto a niños como adultos de todas las edades y todos los estratos sociales por ser una terapia accesible económicamente, no invasiva y sin efectos secundarios relevantes.

Es por esto que este estudio pretende responder como principal pregunta de investigación si realmente la Reflexología podal puede ayudar a mejorar la evacuación intestinal y evitar el estreñimiento, hecho que ha servido como principal motivación al observar que el estreñimiento es una alteración intestinal recurrente en la población debido a varios factores. Existen muchas consecuencias cuando este problema no es tratado a tiempo y se ha podido determinar que las personas que padecen de esta alteración también pueden presentar hemorroides, fisura anal, obstrucción intestinal, problemas coronarios, cerebrovasculares, colitis, prolapso rectal, bajo sistema inmunológico, cambios en el estado de ánimo, etc. (Minguez, 2013).

El desconocimiento de los efectos nocivos del estreñimiento trae como resultado que no se le dé la debida importancia e incluso se llegue a hacer uso de laxantes químicos o naturales sin ningún control médico que puede acarrear consecuencias graves en la flora intestinal, o en su defecto puede causar que haya una adaptación al fármaco, tornando en flácido al intestino perdiendo su fuerza y desencadenando otro tipo de problemas igualmente nocivos para nuestro organismo (Botanical Online SL, 2018).

Se considera importante esta investigación para encontrar en la reflexología podal una alternativa sin efectos secundarios, que trabaja de forma integral no

solo en la parte fisiológica sino también en la parte emocional y que está al alcance de todo tipo de personas independientemente de su edad y género.

Finalmente cabe recalcar que ésta investigación se sustenta en el numeral 0917: "Medicina y Terapia Tradicional y Complementaria" correspondiente a los campos de Educación y Capacitación 2013 de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), puesto que la reflexología está considerada como parte de la Medicina y la rama de las terapias complementarias (CINE, 2014).

Del mismo modo este trabajo de investigación está considerado de acuerdo a las líneas de Investigación que corresponden a Salud y Terapias Naturales, con una subclasificación dentro de la cual se enmarca en la línea investigativa de "Salud: Terapéutica Innovadora", dado que el objetivo de esta investigación es aplicar la reflexología como un método alternativo e innovador que no se ha utilizado con anterioridad y que genera un alto impacto en los pacientes dado su bajo riesgo, bajo costo y accesibilidad.

Así mismo y de acuerdo a los objetivos nacionales de desarrollo planteados en el Plan Nacional del Buen Vivir este trabajo cumple con el Objetivo 1 que señala como prioridad "Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas" (SENPLADES, 2017).

## CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

Para dar cumplimiento a los objetivos de este estudio se ha tomado como base un enfoque mixto o cualicuantitativo, empírico y analítico para el cual se ha utilizado herramientas tales como encuestas, historias clínicas y notas de evolución, que se utilizaron para registrar el progreso de cada paciente a medida que se realizó la terapia y así poder establecer una mejora en cuanto a la evolución del cuadro de estreñimiento en un tiempo determinado de cuatro semanas.

Para dar inicio al trabajo práctico de este estudio, se determinó una muestra de 30 pacientes, personas adultas de género masculino y femenino, entre 17 a 75 años de edad, escogidas de forma aleatoria en las parroquias de Tumbaco y Cumbayá a quienes como primer paso se les informó acerca del estudio y se solicitó llenar una encuesta para conocer el tipo de estreñimiento, el tiempo de evolución de su padecimiento, hábitos y otros datos clínicos que aportaron información relevante para determinar si calificaban como pacientes para realizar este tratamiento. A estos pacientes se les solicitó acudir a la consulta por un total de seis sesiones, una vez a la semana por 30 minutos.

Luego de la recolección de datos registrados en la historia clínica, hoja de consentimiento informado y encuestas se compararon los resultados obtenidos para realizar como último paso el análisis estadístico correspondiente.

En el desarrollo de este trabajo de investigación "Reflexología podal para tratar el estreñimiento" se utilizaron varias fuentes que permitieron conocer con mayor amplitud conceptos, estudios, opiniones e investigaciones sobre el estreñimiento y cómo la aplicación terapéutica de la reflexología podal puede

ayudar a mejorar el estado de los pacientes que padecen trastornos digestivos y estreñimiento.

A través de la reflexología podal se puede tratar esta patología de forma natural, no invasiva y sin efectos secundarios. Es decir, a través de éste método terapéutico se ha logrado alcanzar resultados integrales efectivos que incluyen la mejoría tanto de la parte emocional como física.

Cabe recalcar, que para la realización de este trabajo se usaron fuentes de investigación primaria en formato de encuestas iniciales y finales, historias clínicas adjuntas a este trabajo y fuentes de investigación secundarias como, libros, artículos en pdf, ensayos y páginas web. Asimismo, como herramientas informáticas se utilizaron softwares como Word para documentar la información recopilada y Excell para procesar los datos, diseñar tablas y gráficos estadísticos.

En cuanto a las limitaciones para la realización de este trabajo académico fue la obtención de la muestra correspondiente a 30 pacientes, ya que a muchos de ellos les causa vergüenza admitir su problema de estreñimiento y a otros se les hace difícil reconocer si lo padecen o no.

Un gran limitante en cuanto a tiempo fue el organizar el horario de trabajo para poder atender a los pacientes voluntarios para este estudio sin que eso afecte el desempeño en el trabajo en cuanto al cumplimiento de horarios. Y por último, no siempre se cuenta con el compromiso y constancia de los pacientes, tanto para ser atendidos, como para ser tratados., por lo cual en tres ocasiones se tuvo que acudir a tres pacientes extras que colaboraron con este estudio.

### CAPÍTULO 3: ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es una condición cada vez más común entre las personas. En la actualidad podemos ver que desde muy tierna edad ya se conocen casos de estreñimiento, algo que no era frecuente hace algunos años atrás (Remes-Troche, 2005).

Se puede definir como estreñimiento a la falta de frecuencia en las deposiciones, insuficiencia en la cantidad de heces o porque la consistencia es más dura y seca de lo que consideramos normal. Esto es subjetivo, tomando en cuenta que la definición de normal puede depender de la cultura, país o religión. Para las sociedades occidentales, por ejemplo, una deposición normal puede oscilar entre tres deposiciones diarias como máximo y tres deposiciones semanales como mínimo, otras personas pueden definir como estreñimiento la defecación de heces duras o escasas, el esfuerzo al momento de defecar, una sensación de evacuación incompleta o la ausencia del deseo de defecación (Mearin F. , 2016)

**TABLA N°1: Acepciones de estreñimiento según el paciente**

• Esfuerzo y/o dificultad excesivos para expulsar el contenido fecal.
• Heces de menor volumen y consistencia dura.
• Deseo de defecar sin conseguirlo.
• Disminución en la frecuencia de las deposiciones.
• Sensación de evacuación incompleta.
• Ausencia de deseo de defecar.

Sandler RS, (1987). *Acepciones de estreñimiento según el paciente.*  
Recuperado de: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08\\_Estre%C3%B1imiento.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf)

### 3.1. Causas del estreñimiento

Existen varias causas de estreñimiento, entre estas pueden ser la presencia de alteraciones orgánicas, por un trastorno secundario de la función motora que puede estar relacionado con el uso de determinados fármacos, o por la presencia de enfermedades sistémicas de naturaleza endocrino metabólica, neurógena o neuromuscular (Mearin F. , 2016).

**TABLA N°2: Alteraciones orgánicas o trastornos secundarios que causan estreñimiento**

<b>Estreñimiento secundario como consecuencia de un desorden gastrointestinal</b>	
Enfermedad del tracto digestivo	Acalasia, estenosis pilórica, neoplasias.
Enfermedades que causan obstrucción del colon	Hernias reductibles, bridas, vólvulos, diverticulitis, colitis isquémica o enfermedad inflamatoria.
Alteraciones ano rectales	Fisuras, hemorroides, fistulas o tumores, pueden causar hipertonía del esfínter anal.
Trastornos endocrino metabólicos	Hipotiroidismo, diabetes mellitus como los más frecuentes.
Enfermedades neurógenas	Alteraciones del sistema nervioso central o del sistema nervioso periférico puede conducir a estados de constipación.
Alteraciones del sistema nervioso entérico:	Enfermedad de Hirschsprung (ausencia del reflejo rectoanal inhibitorio).
Enfermedades psiquiátricas	En la depresión, la constipación puede ser una manifestación somática del trastorno afectivo.
Enfermedades que afectan a la inervación extrínseca del colon	Traumatismos que provocan lesiones medulares, en especial los que inciden sobre los segmentos sacros de la médula.
Enfermedades del sistema nervioso central	Accidentes cerebrovasculares, neoplasias, demencia senil, Parkinson, esclerosis múltiple pueden alterar la percepción visceral o deteriorar la atención sobre el hábito regular de defecar.
<b>Enfermedades que alteran la musculatura lisa intestinal:</b>	
Miopatías congénitas o adquiridas, esclerosis sistémica progresiva, distrofias musculares.	

<b>Fármacos:</b>
Opiáceos, frecuentes en el control del dolor crónico de pacientes oncológicos y anticolinérgicas (antidepresivos, antiespasmódicos, neurolépticos, antimuscarínicas empleadas en el Parkinson), antiácidos que poseen aluminio, antagonistas de los receptores de la serotonina.
<b>Trastornos anorrectales o del suelo pélvico:</b>
Rectocele o prolapso rectal, síndrome de periné descendente, más frecuente en mujeres con antecedentes de histerectomía o traumas obstétricos.

F. Mearin, (2016). Alteraciones orgánicas o trastornos secundarios que causan estreñimiento. Recuperado de: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08\\_Estre%C3%B1imiento.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf)

### 3.1.1 Causas psicósomáticas del estreñimiento

Al sistema digestivo se le atribuye la capacidad de ser un receptáculo de emociones susceptible a experimentar sensaciones que desencadenan en manifestaciones somáticas. Es por esto que se cree que la depresión, el estrés o la ansiedad pueden ocasionar estreñimiento, acompañado de náuseas, vómitos o diarrea. Este desorden puede ser una respuesta somática a severas experiencias en la vida ya sea referentes a una pérdida, abuso, violencia o cualquier suceso traumático. Al estreñimiento se lo relaciona como un producto de origen emocional, que se presenta con más frecuencia en mujeres que en hombres y que aumenta con la edad y los malos hábitos como la falta de ejercicio, ingesta de agua o alimentos ricos en fibra y una vida agitada (Martinez, 2018).

### 3.2. Tipos de estreñimiento

Se define como estreñimiento agudo a la obstrucción intestinal como evento aislado y de corta duración que puede estar dado por estenosis, tumores con crecimiento rápido, hernias, adherencias, trastornos inflamatorios y vólvulo, adición de nuevos fármacos como por ejemplo: analgésicos narcóticos,

antisicóticos, antiácidos, antihistamínicos, cambios de actividad física o en el régimen alimentario, disminución del nivel de ejercicio, consumo de fibra o líquidos y trastornos rectales que pueden producir dolor, como: fisuras anales, hemorroides, abscesos ano rectales, proctitis (Stapczynsky, 2013).

Otro tipo de estreñimiento es el que se define como crónico cuando es persistente y tiene una duración de meses o inclusive años (Pinheiro, 2018) y que puede ser causado por los mismos trastornos que causan estreñimiento agudo, pero que pueden incluir también trastornos neurológicos, como: neuropatías, enfermedad de Parkinson, parálisis cerebral, paraplejía, anomalías endócrinas como hipotiroidismo, diabetes, trastornos electrolíticos, enfermedades hematológicas y causas toxicológicas (Stapczynsky, 2013).

De acuerdo a los criterios de Roma IV difundidos a finales de mayo de 2016, define al estreñimiento funcional como un trastorno gastrointestinal con un esfuerzo excesivo, deposiciones duras, sensación de evacuación incompleta, obstrucción defecatoria y maniobras manuales para la defecación al menos en el 25% de las deposiciones; menos de 3 deposiciones espontáneas completas por semana y los síntomas hayan comenzado mínimo 6 meses antes del diagnóstico (Mearin F. , 2016). La siguiente tabla define los criterios anteriormente expuestos sobre cómo se valora el estreñimiento funcional.

**TABLA N°: 3 Criterios Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional**

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Presencia de dos o más de los siguientes criterios</b></li></ul>
Esfuerzo excesivo al menos en el 25% de las deposiciones
Heces duras al menos en el 25% de las deposiciones
Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las deposiciones
Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal al menos en el 25% de las deposiciones
Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en el 25% de las deposiciones
Menos de 3 deposiciones espontáneas completas a la semana
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>La Presencia de heces líquidas es rara sin el uso de laxantes</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No deben existir criterios suficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable</b></li></ul>

F. Mearin (2016). Criterios Roma IV para el diagnóstico de estreñimiento funcional. Recuperado de: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-que-se-entiende-por-estreimiento-articulo-X0375090609477747>

El estreñimiento idiopático se relaciona con un trastorno primario de la motilidad colónica o anorrectal, se estima que una dieta pobre en fibra y la inactividad física ejercen una influencia determinante en la aparición de este trastorno. Algunos pacientes mejoran con la ingesta de fibra y ejercicio físico, otros sin embargo no obtienen una mejoría, en algunos casos no logra identificarse una causa reconocible (Mearin F. , 2016).

### **3.3. Efectos del estreñimiento**

La falta de atención que se da al estreñimiento trae como resultado que no se tome la debida importancia para prevenir enfermedades que son consecuencia del mismo, como: fisura anal, compactación fecal, obesidad, trastornos del sueño, dolores de cabeza, migraña y fatiga (Minguez, 2013).

Al no poder eliminar el intestino los desechos apropiadamente, se convierte en una incubadora de bacterias nocivas, causando una serie de problemas en nuestro cuerpo, y que según la Global Healing Center, pueden ser trastornos de

vesícula, venas varicosas, artritis, hernias, enfermedades cardíacas, apendicitis, nuestro sistema inmunológico se debilita y se vuelve más propenso a enfermedades como la gripe, y en casos extremos la aparición de cáncer de colon (Edward, 2010). Es por eso que algunas personas acuden al uso de laxantes artificiales o naturales sin control médico, sin tomar en cuenta que una ingesta continua de estos fármacos impide el funcionamiento normal del intestino y el colon, provocando que el intestino se tornará flácido con terminaciones nerviosas atrofiadas que impiden enviar las señales de alarma al cerebro cuando sea el momento de evacuar. Otras consecuencias de los laxantes pueden ser dolor constante del vientre, diarrea, náuseas, vómitos, flatulencia incontrolables (Botanical Online SL, 2018).

## CAPITULO 4: REFLEXOLOGÍA

La reflexología es una técnica de masaje con los dedos para tratar las zonas en donde existe dolor muscular, tensión y acumulación de toxinas para crear un impulso nervioso tipo reflejo que se dirigirá hacia el órgano enfermo.

En una primera etapa, los estímulos creados por medio del masaje actuarán por un reflejo en la región misma acentuando la manifestación refleja, después de esta fase, el reflejo alcanzará el órgano deseado eliminando los distintos síntomas debido a los problemas orgánicos, desde la superficie hacia el interior (Krasensky, 1994).

La reflexología se basa en la teoría de las zonas reflejas del cuerpo. Un reflejo es una reacción a un estímulo determinado, una respuesta corporal a una acción, que tiene lugar, no en el mismo sitio que se produjo el estímulo, sino en otra parte que puede estar muy cerca o muy lejos de la zona estimulada. Esto ocurre porque existen canales nerviosos y energéticos que recorren nuestro cuerpo, y cuando tocamos una zona, producimos un efecto en otra (Segno, 2014).

Aunque son pocos los estudios clínicos que se han realizado con el fin de medir los beneficios de la reflexología, los que se han publicado han sido muy positivos, mencionando algunos ejemplos, un estudio realizado a nivel nacional en Dinamarca, ha demostrado que el tratamiento de reflexología ejerce un efecto beneficioso sobre los pacientes que sufren dolores de cabeza por tensión o migrañas. El estudio fue realizado por el Departamento de Farmacia Social, de la Real Escuela Danesa de Farmacia, en colaboración con cinco asociaciones de reflexología, y se evaluaron los resultados obtenidos en todo el país por 78 reflexólogos expertos. De los 220 pacientes que participaron en el estudio danés,

un 90% afirmaron que habían tomado medicamentos con receta para el dolor de cabeza el mes anterior.

De los pacientes del grupo que había tomado medicamentos, un 36% había sufrido efectos secundarios. La mayoría de los pacientes sufrían síntomas entre moderados y fuertes. Tres meses después de una serie completa de tratamientos de reflexología, un 81% de los pacientes afirmaron que la reflexología les había curado los síntomas o se los había aliviado por completo (Gillandres, 2008).

#### **4.1. Reflexología Podal**

La reflexología es una ciencia que se basa en el hecho de que en todo el cuerpo hay puntos energéticos relacionados con los distintos órganos y zonas. Se dice que en los pies está el reflejo de los trastornos orgánicos y los dolores del cuerpo. Cuando damos un masaje con los dedos en el punto reflejo que corresponde a un órgano afectado, descubrimos depósitos de ácido úrico u otras toxinas. Estos depósitos que al tacto se sienten como pequeños arroses, se acumulan en los lugares en los que la circulación es defectuosa y si se continúa dando un masaje en esa zona refleja, se disolverá poco a poco hasta reestablecer la circulación y el funcionamiento armonioso del órgano afectado o la zona que se desea trabajar (Krasensky, 1994).

De acuerdo con los principios holísticos, la reflexología toma en consideración la correlación entre cuerpo, mente y espíritu, si existe tensión o estrés, los músculos de nuestro cuerpo se tensarán y permanecerán tirantes constriñendo la circulación y los nervios obstaculizando su buen funcionamiento. Los pies son un microsistema donde se refleja todos los órganos de nuestro cuerpo, al realizar un masaje sobre los pies, el tratamiento afectará a la totalidad

del cuerpo, tanto por dentro como por fuera, esto se logra trabajando sobre los reflejos de los órganos internos y las glándulas, así como los de la superficie del cuerpo. Se estimula la circulación para conducir sustancias nutritivas a todas las partes del cuerpo y eliminar residuos y toxinas que interfieren en el funcionamiento saludable de las partes, la energía puede fluir con mayor libertad, el funcionamiento de los diferentes sistemas rinde a un nivel óptimo, se experimenta una sensación de bienestar y a la vez se alivia la tensión muscular produciendo un profundo estado de relajación (Oxenford, 2002).

#### **4.2. Historia**

Uno de los documentos más antiguos que registran un masaje reflejo, en el capítulo doce, es el Nei Tching Sou Ven, atribuido a Houang Ti, este documento data del año 2700 a. de C. En China se han encontrado en algunas tumbas, punzones de piedra que se utilizaban para esta terapia. Algunos sarcófagos de príncipes y princesas guardaban agujas de oro y de plata, pero antes de utilizar estos instrumentos, los chinos usaban las manos y la punta de los dedos para estimular los puntos reflejos del cuerpo (Dan, 2018).

En la India también se han encontrado figuras hechas en piedra que representan la práctica ancestral de la reflexología podal en el llamado "Pie de Buda" que contiene símbolos que representan al cuerpo y los pies de Vishnu Pada. Asimismo, muchos grabados y dibujos del siglo III en la India, muestran escenas de masaje corporal, lo que demuestra que el contacto de este tipo no era sólo un medio terapéutico, sino también un lazo filosófico que se practicaba en esta zona del mundo y era registrado en textos sagrados y esotéricos milenarios de ese país (Dan, 2018).

**Dibujo N°1: Pie de Buda**



Antonio Ramón Rey, (2014). Pie de Buda. Recuperado de: <https://antonioramoney.wordpress.com/reflexoterapia-podal/>

Entre los indios americanos, la principal creencia era que caminar sobre la tierra conectaba a las personas con el universo y que los pies los conectaban con las raíces de la vida misma (Voner, 2011).

Por otra parte, en el siglo pasado, personajes visionarios como el Dr. William Fitzgerald, comenzó a enfocar la medicina desde un nuevo punto de vista. Este cirujano, fundador de la Terapia Zonal, una forma de reflexología advirtió que la presión ejercida sobre las puntas de los dedos de manos y pies, afecta a otras partes del cuerpo, ya sea en una misma línea o misma zona, por lo que dividió al cuerpo en diez zonas iguales desde la cabeza hasta los dedos de los pies.

De igual manera, Eunice Ingham, una fisioterapeuta que trabajaba en base a la teoría del Dr. Fitzgerald, afirmaba que según sus observaciones, se podía trabajar más efectivamente en los pies que en las manos y tras una extensa investigación trazó un diagrama de los puntos reflejos del pie siendo la pionera

en la reflexología podal. Así fue cómo surgió el Método Ingham, que es la base de la reflexología occidental actual. Poco después, Robert St. John fue el primero en descubrir los efectos psicológicos y fisiológicos del tratamiento y otra pionera, Inge Dougans demostró el vínculo entre la reflexología, la acupuntura y la ley de los cinco elementos que son los principios de la medicina tradicional china (Dan, 2018).

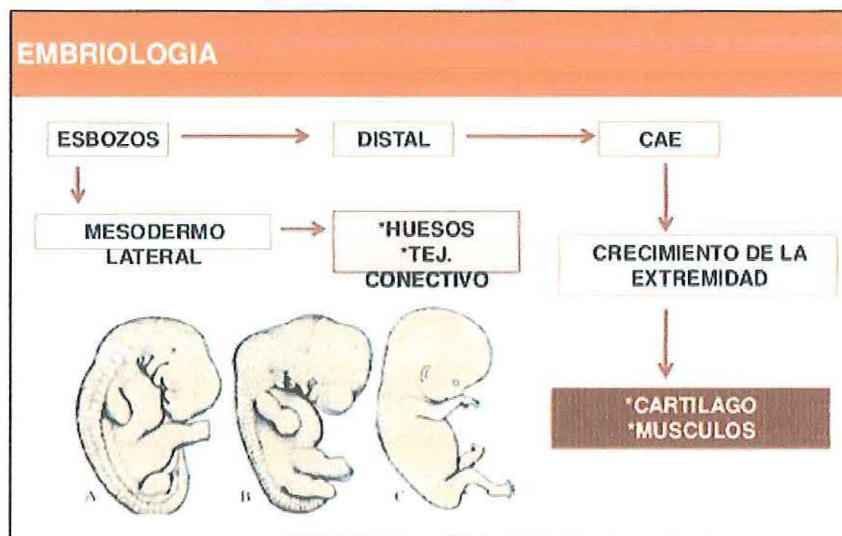
### **4.3 Embriología del pie**

En el desarrollo embriológico del pie, a partir de los tres tejidos originales (endodermo, mesodermo, ectodermo), el embrión elaborará un tejido de apoyo formado por la anastomosis de pequeñas células de estos tejidos, el mesénquima que generará los tejidos conjuntivo, cartilaginoso y óseo. El pie procede de este mesénquima y aparece en el embrión hacia el día 43, cuando los huesos largos son ya cartilagosos.

Hacia el día 55 se lleva a cabo una rotación interna del miembro inferior con la formación de la rodilla y el tobillo, el pie se curva hacia dentro, de modo que su parte interna se hace más profunda, es el esbozo de la bóveda de la planta, al mismo tiempo se trazan las curvas de la columna vertebral, esto explica por qué encontramos una zona refleja de la columna vertebral en la parte interna del pie.

A menudo el arco interno del pie tendrá relación con la lordosis lumbar. En resumen, durante la formación embriológica, la formación de los distintos tejidos tiene una relación más o menos estrecha, lo que no ayuda a entender en parte, la somatotopía que tienen en el pie las distintas partes del cuerpo (Krasensky, 1994).

Dibujo N°2: Embriología del Pie



Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Ciencias de la Salud-Medicina (2009). Recuperado de: <https://es.slideshare.net/Eddlyn1910/tobillo-y-pie-43334866>

#### 4.4. Reflexología podal para el estreñimiento

La reflexología podal, como método para tratar el estreñimiento, se utiliza para mejorar el movimiento peristáltico en los intestinos y el colon y mejorar el proceso de digestión y eliminación a través de las heces. Esta práctica, además, mejora la circulación de la linfa, la sangre y el sistema nervioso logrando la eliminación de los desechos y toxinas para permitir que las células obtengan una cantidad suficiente de nutrientes y oxígeno.

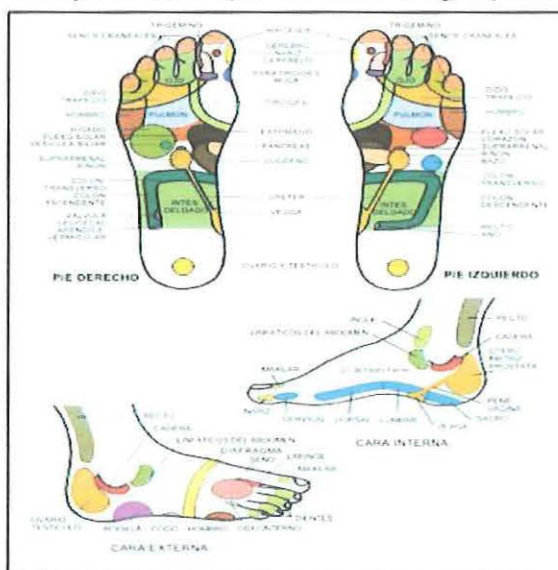
La respuesta física al tratamiento reflexológico puede ser inmediato porque el cuerpo trabaja de nuevo con fuerzas para deshacerse de los residuos y toxinas, sin embargo es necesario varias sesiones antes de ver resultados óptimos. En nuestros pies podemos encontrar una imagen esquemática del cuerpo humano y sus órganos siendo una fuente de información para lograr conocer donde se encuentra el desequilibrio energético de la persona a tratar. Así, al aplicar presión con los dedos, podemos hallar bloqueos de funcionamiento corporal o una

enfermedad en forma de depósitos que no han sido despejados por la circulación venosa o linfática.

Ejerciendo una presión o masaje en la zona refleja del pie, se crea un influjo nervioso que utilizará la vía refleja centrípeta (del pie hacia los centros nerviosos y el órgano correspondiente), liberando la circulación de la energía bloqueada, descongestionando el órgano o la parte del cuerpo a tratar. Con la reflexología podal estamos estimulando las zonas reflejas del pie con un masaje con las yemas de los dedos para relajar los músculos y favorecer la circulación de todas las partes del cuerpo (Krasensky, 1994).

La reflexología puede ser muy útil para ayudar en el proceso de digestión, mediante la presión y masaje en los puntos reflejos del sistema digestivo e intestinal, mejorará el movimiento peristáltico en los intestinos y la eliminación de desechos y toxinas. Cuando empiezan a funcionar correctamente los sistemas digestivo, nervioso y linfático del cuerpo, mejora la absorción de nutrientes, las funciones circulatorias y se libera de tensión y estrés en el sistema nervioso central (López, 2014).

### Dibujo N°3: Mapa de reflexología podal



Jimenez, E (2015) CDM Sport. Mapa reflexológico de pie, Recuperado de: <https://www.cmdsport.com/fitness/cuidate-fitness/los-beneficios-de-la-reflexologia-podal/>

#### 4.4.1 Contraindicaciones

Como en todo tratamiento, la reflexología podal debe ser abordada con criterio y bases éticas ya que su práctica conlleva contraindicaciones como lo que se detalla a continuación:

1. No se debe realizar en casos de infección grave en el organismo, para no correr el riesgo de propagarla (Krasensky, 1994).
2. En caso de encontrar úlceras, se recomienda no masajear alrededor de estas (Krasensky, 1994).
3. No masajear sobre zonas con muchas várices, flebitis y trombosis (Krasensky, 1994).
4. Hay que ser prudentes en caso de problemas cardíacos (Krasensky, 1994).
5. Hay que tener cuidado al dar masajes en las zonas glandulares y sexuales en los jóvenes en plena pubertad. Es casi normal que en esa edad estas zonas sean dolorosas al estar las glándulas y los órganos sexuales en plena transformación (Krasensky, 1994).

Al igual que en la acupuntura, algunas veces la estimulación de un órgano puede provocar, al principio, una reacción contraria. A menudo solo es una reacción pasajera que se puede producir cuando se ha estimulado demasiado una zona refleja y desaparece con las siguientes sesiones. La sensación de fatiga después de las primeras sesiones es una reacción normal al inicio de la terapia, pero también pueden producirse reacciones en los emuntorios como consecuencia de la eliminación de toxinas:

1. Granos o rojeces en la piel por eliminación epidérmica, las toxinas pueden eliminarse por la piel.
2. Deseos frecuentes de orinar, drenaje emuntorio de los riñones. En este caso es mejor aconsejar al paciente que beba al menos un litro y medio de agua al día mientras dure el tratamiento.
3. Cólicos o diarreas, es una señal de eliminación intestinal.
4. Tos pasajera, se produce al ser eliminadas las toxinas por los pulmones y los bronquios en forma de secreciones.

(Krasensky, 1994).

#### **4.4.2. Técnica para tratar el estreñimiento**

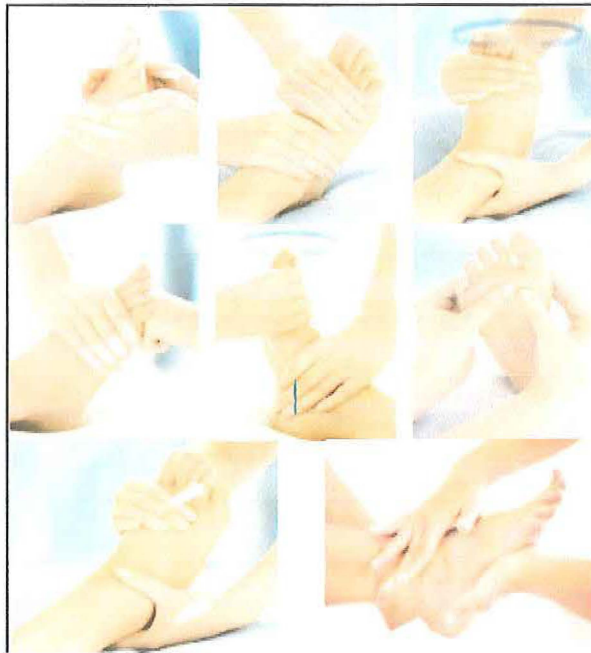
Para tratar el estreñimiento utilizando la reflexología podal, seguiremos los siguientes pasos:

##### **4.4.2.1. Calentamiento del pie**

Tenemos que preparar los pies para la reflexología, el masaje calienta y relaja los tejidos, acostumbra al paciente al tacto de nuestras manos y relaja el cuerpo entero, aliviará la tensión de los músculos y estimulará la circulación sanguínea para que, al trabajar sobre los puntos reflejos, exista una mejor

respuesta al tratamiento. Esto se logra con una serie de diferentes masajes al inicio y al final del tratamiento.

**Gráfico N°4: Calentamiento del pie**



Bárbara Kunz, Kevin Kunz (2003). Reflexología: la salud en tus manos.  
Calentamiento del pie

#### 4.4.2.2. Puntos reflejos para el estreñimiento

Tabla N° 4: Zonas a masajear

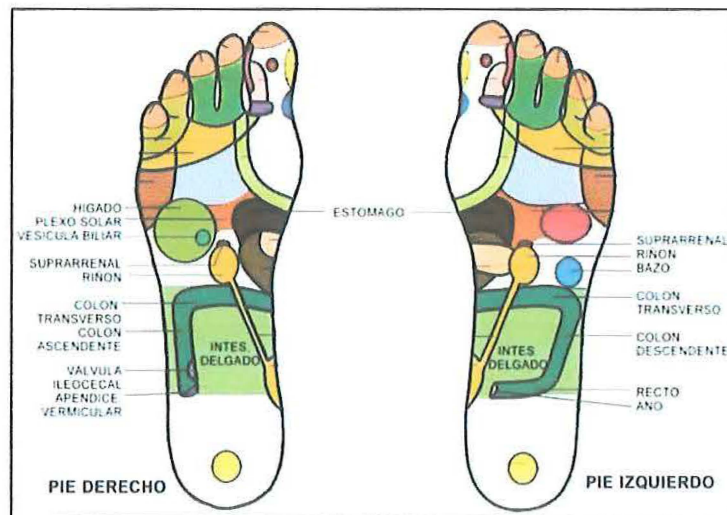
Pasos	Pie	Zonas a masajear	Tipo de presión
1	Ambos pies	Masaje general del pie	Calentamiento
2	Ambos pies	Presión en el plexo solar	Presión estática intermitente
3	Pie derecho	Zona refleja del colon ascendente	Presión con arrastre
4	Pie derecho	Zona refleja del colon transverso	Presión con arrastre
5	Pie izquierdo	Zona refleja del colon transverso	Presión con arrastre
6	Pie izquierdo	Zona refleja del colon descendente	Presión con arrastre
7	Pie derecho	Zona refleja del intestino delgado	Presión con arrastre
8	Pie izquierdo	Zona refleja del intestino delgado	Presión con arrastre
9	Pie izquierdo	Zona refleja del recto	Presión estática intermitente
10	Ambos pies	Sistema linfático abdominal	Presión con arrastre
11	Ambos pies	Zona refleja del Estómago	Rotación de los reflejos
12	Pie derecho	Zona refleja del Hígado	Presión con arrastre
13	Ambos pies	Zona refleja del Riñón	Presión estática intermitente
14	Ambos pies	Presión en el plexo solar	Presión estática intermitente

Josefina Segno (2014) Tránsito lento, dolores menstruales. Terapias Naturales para la Curación Integral

Los profesionales de la reflexología acostumbran al inicio y al final con un masaje completo en los pies para relajarlos, junto con presión con el pulgar en el plexo solar. Si durante el avance del pulgar se encuentra un punto más tenso o

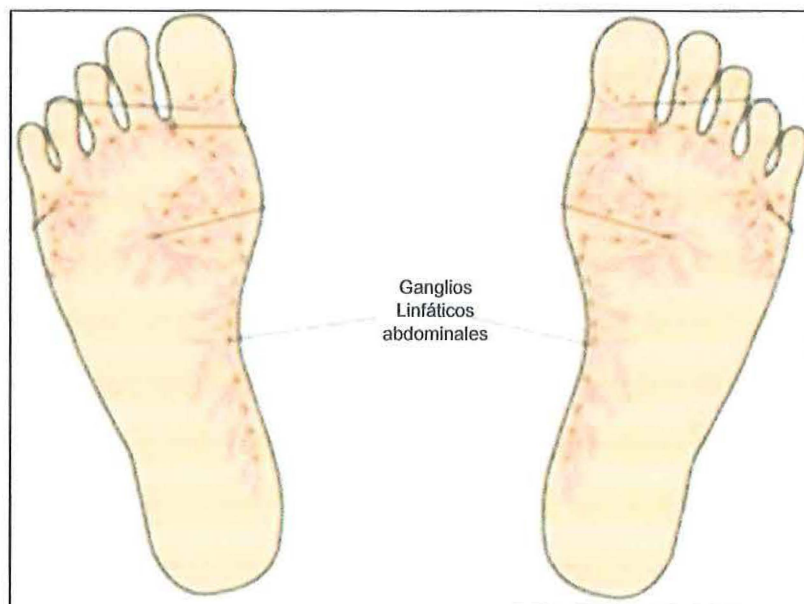
más dolorido, hay que insistir sobre éste haciendo movimientos rotativos para continuar con nuevas tracciones. Con esta técnica se quiere lograr estimular el intestino y el colon para expulsar las heces alojadas (Krasensky, 1994).

**Dibujo N°5: Puntos reflejos en el pie para el estreñimiento**



Jimenez, E (2015) CDM Sport. Mapa reflexológico de pie, Recuperado de: <https://www.cmdsport.com/fitness/cuidate-fitness/los-beneficios-de-la-reflexologia-podal/>

**Dibujo N°6: Puntos linfáticos en el pie para tratar el estreñimiento**



Pili Porto (2017). *Puntos linfáticos en el pie*. Recuperado de: [http://piliporto.com/reflexologia\\_podal/](http://piliporto.com/reflexologia_podal/)

## CAPÍTULO 5: RESULTADOS

Se realiza el levantamiento de datos de treinta pacientes que presentan estreñimiento, a las que se les realiza la entrevista para proceder a registrar los datos en la historia clínica.

Una vez explicado el tratamiento propuesto y aceptado por los participantes, queda como constancia de aceptación la firma en el documento de consentimiento informado, en el que se explica la terapia a utilizar, frecuencia de las sesiones, posibles efectos secundarios, contraindicaciones.

En cada terapia reflexológica semanal se registra la evolución del tratamiento en la historia clínica en la sección, notas de evolución, al final cada paciente llena una encuesta evaluando el resultado de la terapia.

### 5.1. Análisis descriptivo de los datos previo a la aplicación de la terapia

A continuación se detalla los datos más relevantes en esta investigación que sirven de análisis previo a la aplicación de la reflexología podal para el estreñimiento. Se toma en cuenta los datos obtenidos en la encuesta previa para conocer género, edad, hábitos que mejoran o empeoran el estreñimiento, datos clínicos relevantes y las emociones más comunes que pueden tener incidencia con este problema.

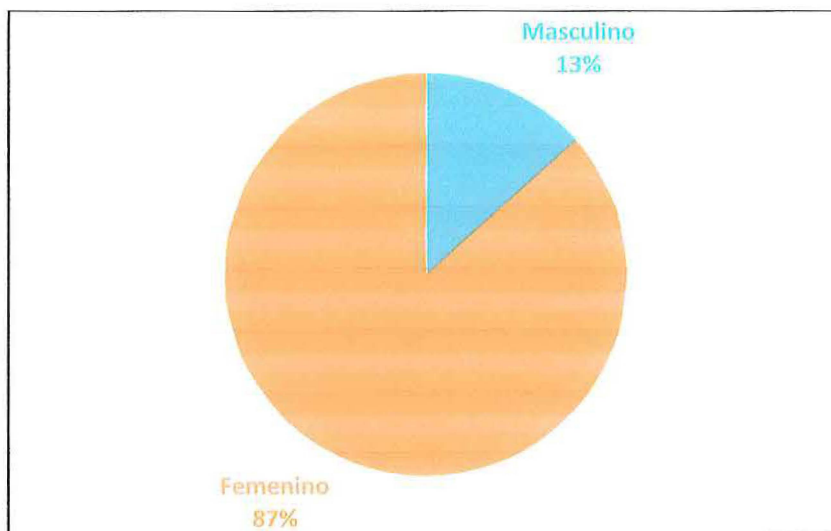
#### 5.1.1 Población por género

Tabla N°5: Número de población por género

GÉNERO	NÚMERO
Masculino	4
Femenino	26
Total	30

Sara Moscoso (2018). *Número de población por género*,  
Tabla elaborada en base de los datos obtenidos de las Historias Clínicas

**Gráfico N°1: Porcentaje de población por género**



Sara Moscoso (2018). *Porcentaje de población por género*, Gráfico elaborado en base de los datos obtenidos de las Historias Clínicas

En este estudio se evidenció de la muestra tomada para la investigación, que la mayor cantidad de pacientes que presentan estreñimiento son del género femenino, con un porcentaje del 87% en relación al 13% de pacientes del género masculino, evidenciando la coincidencia que existe con los estudios realizados en Estados Unidos, Asia, Europa y parte de América Latina donde reportan en mujeres, la mayor cantidad de personas que sufren de estreñimiento.

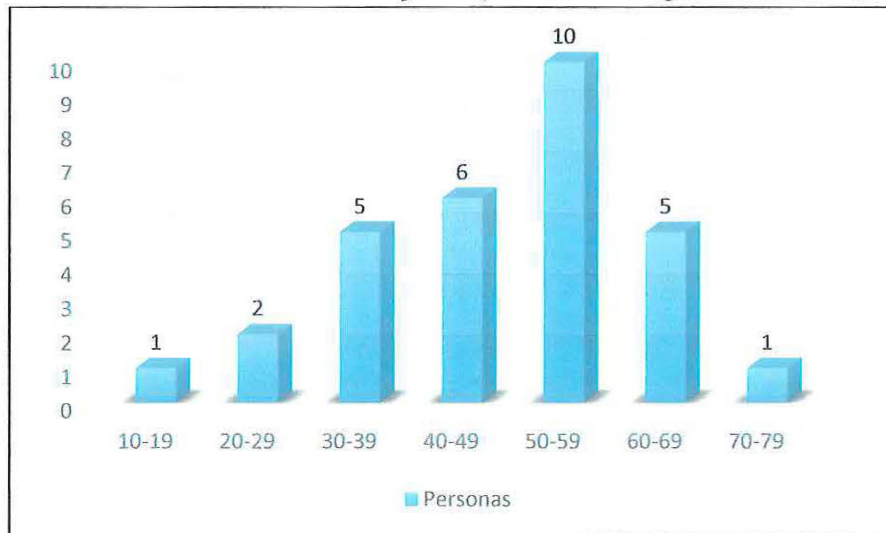
### 5.1.2 Población según la edad

**Tabla N°6: Número de población según la edad**

Edad	Personas
10-19	1
20-29	2
30-39	5
40-49	6
50-59	10
60-69	5
70-79	1
<b>Total</b>	<b>30</b>

Sara Moscoso (2018). *Número de población según la edad*, Tabla elaborada en base de los datos obtenidos de las Historias Clínicas

**Gráfico N°2: Porcentaje de población según la edad**



Sara Moscoso (2018). *Porcentaje de población según la edad*, Tabla elaborada en base de los datos obtenidos de las Historias Clínicas

Se puede observar que en primer lugar se encuentra el mayor número de personas con estreñimiento en las edades comprendidas entre 50-59 años con un porcentaje del 33%, en comparación con el 20% en las edades comprendidas entre 40-49 años, esto muestra que a pesar de ser el estreñimiento un problema que se puede presentar a cualquier edad, se manifiesta con mayor frecuencia a partir de los 50 años.

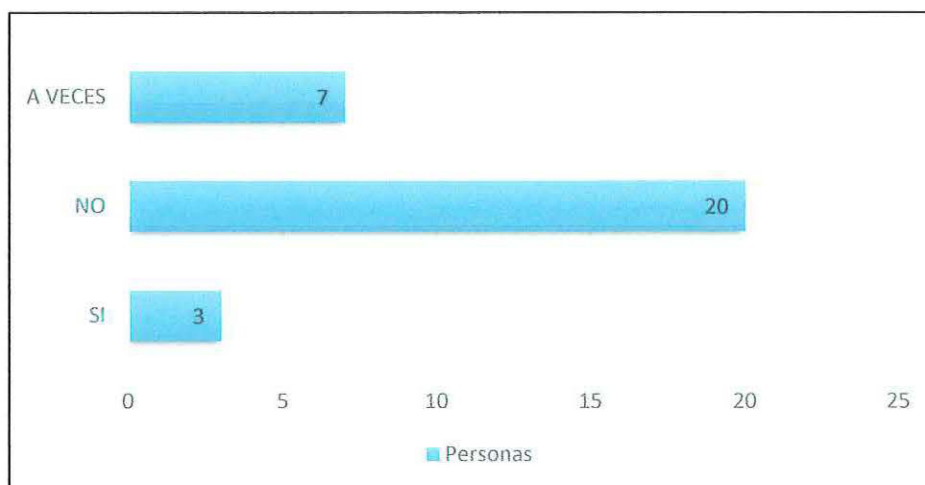
### 5.1.3 Hábitos

**Tabla N°7: Personas que acostumbran hacer ejercicio**

EJERCICIO	PERSONAS
SI	3
NO	20
A VECES	7
<b>Total</b>	<b>30</b>

Sara Moscoso (2018). *Personas que acostumbran hacer ejercicio*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

**Gráfico N°3: Porcentaje de personas que acostumbran hacer ejercicio**



Sara Moscoso (2018). *Personas que acostumbran hacer ejercicio*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

En el gráfico podemos observar en la población de muestra, una alta incidencia a no efectuar ningún tipo de ejercicio con un porcentaje del 67%, en relación al 23% de personas que eventualmente se ejercitan y el 10% que se ejercita de forma habitual. El motivo más común que indicaron los pacientes para no realizar ejercicio alguno fue la falta de tiempo.

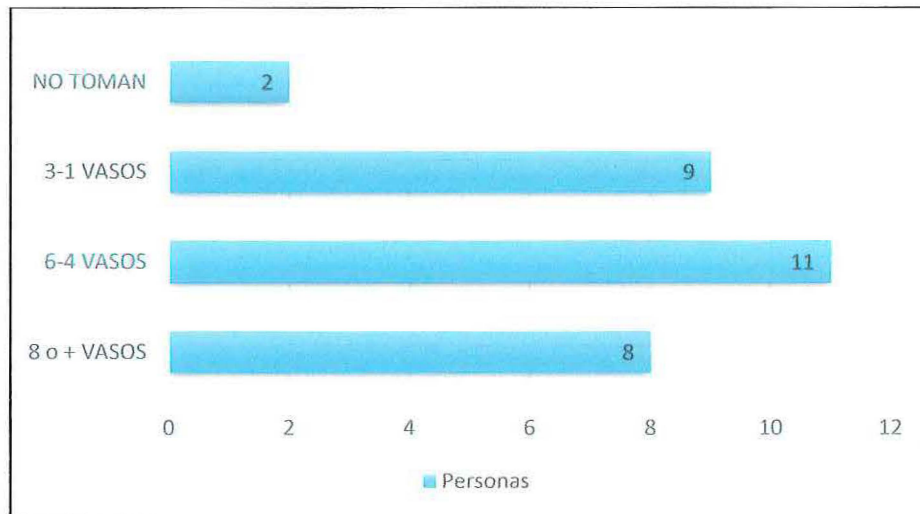
Entiéndase por ejercicio a la actividad física que busca estimular el sistema cardiovascular y se realiza mínimo 3 veces a la semana por un tiempo aproximado de 30 minutos o más por sesión (Editorial, 2017) .

**Tabla N°8: Cantidad de agua que consumen diariamente**

VASOS/DIA	PERSONAS
8 o + VASOS	8
6-4 VASOS	11
3-1 VASOS	9
NO TOMAN	2
<b>Total</b>	<b>30</b>

Sara Moscoso (2018). *Cantidad de agua que consumen diariamente*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

**Gráfico N°4: Porcentaje de Agua que consumen diariamente**



Sara Moscoso (2018). *Cantidad de agua que consumen diariamente*,  
Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

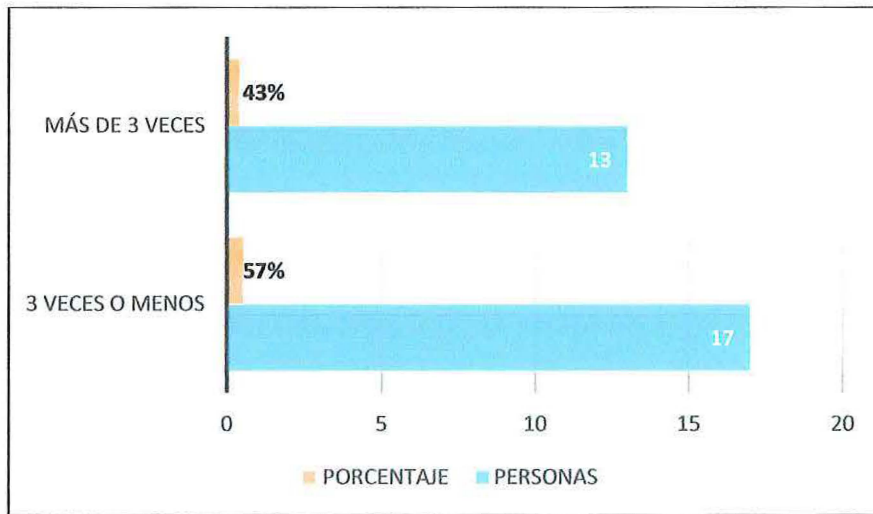
De los datos obtenidos, se observa el mayor porcentaje en el grupo de personas que toman 6 a 4 vasos diarios de agua, con un 37% que representa a 11 de las personas encuestadas. De la muestra de 30 personas, sólo 8 (27%) toman ocho o más vasos de agua, que equivale a la cantidad de agua considerada por los expertos en salud, como el ideal para un buen funcionamiento del organismo.

El tercer grupo corresponde a 9 personas (30%) que beben de 3 a 1 vasos de agua en el día y en último lugar se encuentran 2 personas (7%) que no acostumbran a tomar agua en el día. Las razones para el poco consumo de agua es diverso, la poca costumbre de tomar agua, no les gusta su sabor, prefieren jugos, gaseosas o té.

La importancia del agua para prevenir el estreñimiento radica en que aumenta la hidratación del organismo, si no se aporta los suficientes líquidos, el organismo saca el agua de donde puede, por ejemplo las aguas de las heces fecales, como consecuencia estas se desecan volviéndose duras, estancándose en el intestino y produciendo el estreñimiento (Agujetas, 2013).

### 5.1.4 Datos clínicos

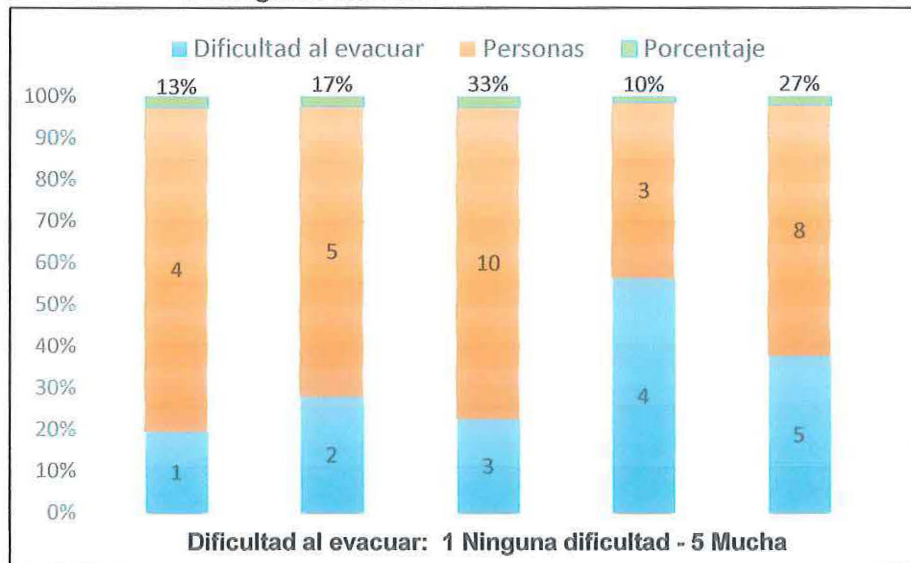
**Gráfico N°5: Cantidad de veces a la semana que evacúa**



Sara Moscoso (2018). *Cantidad de veces a la semana que evacúa*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

De la muestra de 30 personas, el 57 % que corresponde a 17 personas, evacúan de 1 a 3 veces a la semana, en comparación con el 43% (13 personas) que evacúan más de 3 veces a la semana.

**Gráfico N°6: Grado de dificultad al momento de evacuar**  
1 Ninguna dificultad – 5 Mucha dificultad



Sara Moscoso (2018). *Grado de dificultad al momento de evacuar*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

El grado de dificultad para evacuar está representado en un 33% que corresponde al grupo con dificultad media, seguido del 27% con mucha dificultad para evacuar, le sigue el 17% con poca dificultad, el 10% con dificultad y el 13% sin ninguna dificultad.

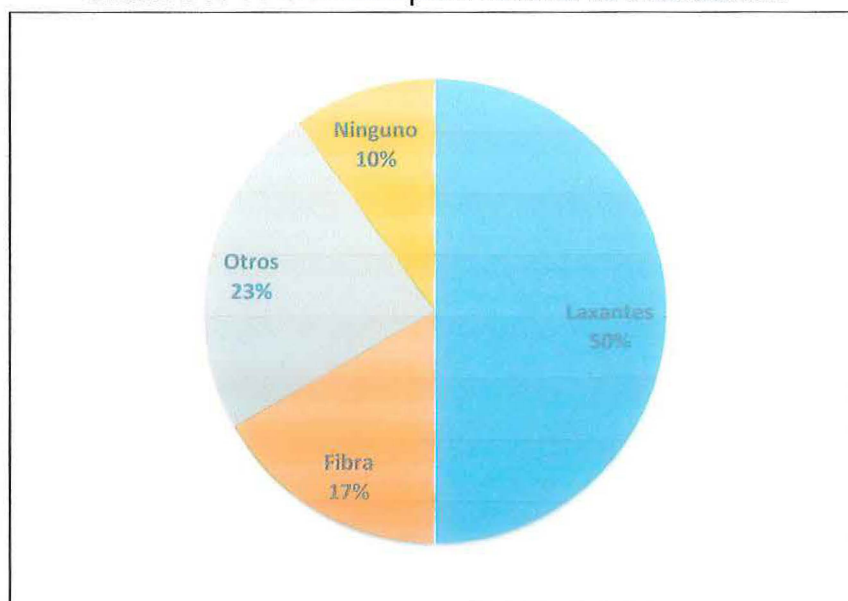
Para este estudio, se define como grado de dificultad cuando las heces son muy duras, se necesita de mucho esfuerzo para evacuar y se tiene sensación de evacuación incompleta.

**Tabla N°9: Métodos para facilitar la evacuación**

Ayudas para evacuar	Personas
Laxantes	15
Fibra	5
Otros	7
Ninguno	3
<b>Total</b>	<b>30</b>

Sara Moscoso (2018). *Métodos para facilitar la evacuación*,  
Tabla elaborada en base de los datos encuestados

**Gráfico N°7: Métodos para facilitar la evacuación**



Sara Moscoso (2018). *Métodos para facilitar la evacuación*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

En los resultados obtenidos se evidencia que el consumo de laxantes es la forma más habitual de tratar el estreñimiento, 15 personas que corresponde al 50% de la muestra, en algún momento o de forma habitual, recurrió al uso de laxantes químicos o naturales, 7 encuestados (23%) han recurrido a otras ayudas como consumo de fruta, ingesta de agua o algún tipo de actividad física, 5 encuestados (17%) han utilizado algún tipo de fibra como consumo de cereales o alimentos integrales, 3 encuestados no recurren de forma intencionada a ningún tipo de ayuda, si bien consumen fruta o toman agua.

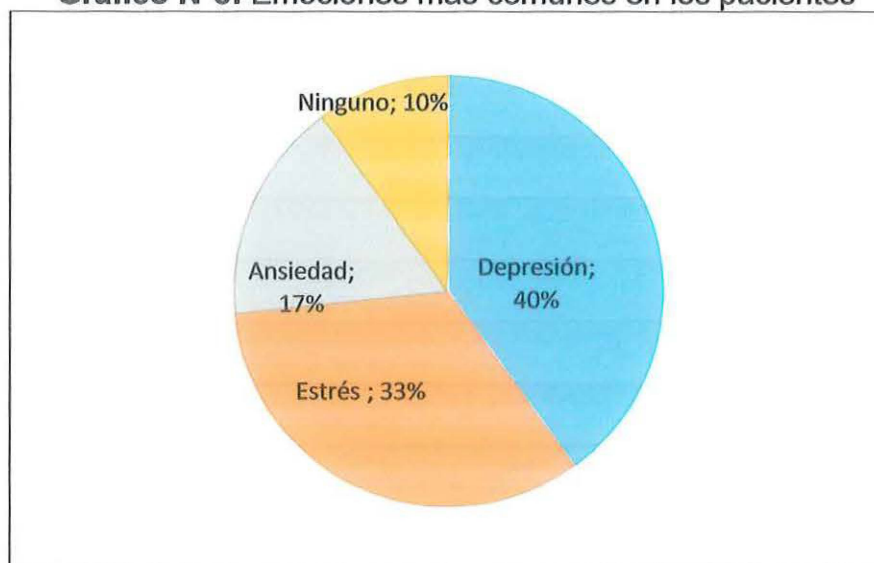
### 5.1.5 Emociones

**Tabla N°10:** Emociones más comunes en los pacientes

Emociones	Personas
Depresión	12
Estrés	10
Ansiedad	5
Ninguno	3
<b>Total</b>	<b>30</b>

Sara Moscoso (2018). *Emociones más comunes en los pacientes*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

**Gráfico N°8:** Emociones más comunes en los pacientes



Sara Moscoso (2018). *Emociones más comunes en los pacientes*, Gráfico elaborado en base de los datos encuestados

De acuerdo a los resultados obtenidos existe un alto índice de depresión, estrés y ansiedad entre los encuestados. En los casos de depresión crónica (6 personas), indicaron tomar algún tipo de medicación de forma continua para controlar su problema, de las personas con estrés y ansiedad, algunos indicaron haber tomado en algún momento ansiolíticos o pastillas para dormir o realizar alguna actividad que ayude a manejar su problema.

## 5.2 Análisis descriptivo de resultados finales de la terapia

Finalizada las terapias, se procedió a revisar los resultados obtenidos después de cada sesión.

**Tabla N°11: Resultados de las terapias por sesión**

Resultados del tratamiento	Primera Sesión	Segunda Sesión	Tercera Sesión	Cuarta Sesión	Quinta Sesión	Sexta Sesión
No Mejoraron	29/97%	27/90%	26/87%	21/70%	17/57%	17/57%
Mejoraron	1/3%	3/10%	4/13%	9/30%	13/43%	13/43%

Sara Moscoso (2018). *Resultados de las terapias por sesión*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Al finalizar todas las sesiones de terapia, el 57% de los pacientes tratados indicaron no sentir mejoría en su problema de estreñimiento en relación al 43% de pacientes que manifestó sentir mejoría.

Al finalizar todo el tratamiento, los pacientes procedieron a llenar una encuesta compuesta de cinco preguntas, para medir el grado de satisfacción en relación a los resultados percibidos por cada uno de ellos.

**Tabla N°12: ¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?**

	<b>Demasiado estreñido</b>	<b>Muy estreñido</b>	<b>Algo estreñido</b>	<b>No muy estreñido</b>
<b>Personas</b>	8	12	6	4
<b>Porcentaje</b>	27%	40%	20%	13%

Sara Moscoso (2018). *¿Cómo se sentía con su problema de estreñimiento antes de empezar con el tratamiento?*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Al responder que están demasiado estreñidos o muy estreñidos, el 67% de los pacientes sienten que su problema es severo.

**Tabla N°13: ¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?**

	<b>Menos de 3 veces</b>	<b>3 veces</b>	<b>Más de 3 veces pero no todos los días</b>
<b>Personas</b>	7	11	12
<b>Porcentaje</b>	23%	37%	40%

Sara Moscoso (2018). *¿Cuántas veces a la semana evacuaba antes del tratamiento?*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Al contestar 18 de los pacientes encuestados que la frecuencia de sus evacuaciones a la semana son 3 veces o menos, se ve la relación con los criterios de Roma IV sobre estreñimiento (Tabla 3).

**Tabla N°14: ¿Cuántas veces a la semana evacúa después del tratamiento?**

	<b>Menos de 3 veces</b>	<b>3 Veces</b>	<b>Más de 3 veces</b>	<b>Casi todos los días</b>
<b>Personas</b>	4	12	12	2
<b>Porcentaje</b>	13%	40%	40%	7%

Sara Moscoso (2018). *¿Cuántas veces a la semana evacuaba después del tratamiento?*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Después del tratamiento y de acuerdo a la encuesta realizada a los pacientes, el resultado final es el siguiente: El 13% manifiesta que sus evacuaciones son menos de 3 veces a la semana, el 40% indica que evacua 3 veces a la semana, el otro 40% indica que evacúa más de 3 veces a la semana y el 7% indica que evacúa casi todos los días.

**Tabla N°15:** ¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?

	No mejoró	Casi no mejoró	Mejóro medianamente	Mejóro completamente
Personas	11	7	8	4
Porcentaje	37%	23%	27%	13%

Sara Moscoso (2018). *¿Cuánto ha mejorado sus evacuaciones después del tratamiento?*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

En resumen, un 37% de los pacientes perciben que su problema no mejoró en absoluto, 23% sienten que casi no hubo mejoría, 27% siente una leve mejoría y un 13% mejoró su problema en su totalidad.

**Tabla 16:** En general ¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?

	Totalmente insatisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Totalmente satisfecho
Personas	4	7	12	4	3
Porcentaje	13%	23%	40%	13%	10%

Sara Moscoso (2018).: *¿Qué tan satisfecho está con la terapia recibida?*, Tabla elaborada en base de los datos encuestados

Al final del tratamiento, 19 de los pacientes indicaron estar, de satisfechos a totalmente satisfechos con la terapia recibida a pesar de no haber sentido mejoría en el estreñimiento, la razón radica en el hecho de que sintieron otros beneficios tales como mejor calidad en el sueño, mejora en los niveles de estrés, disminución del dolor a nivel de la espalda y en el caso de pacientes que tienen cefaleas continuas indicaron disminución en el número de episodios.

## CAPITULO 6: CONCLUSIONES

Como resultado de esta investigación, debemos concluir que la Reflexología podal si puede ser usada como tratamiento alternativo efectivo y sin efectos secundarios para ayudar a tratar el estreñimiento al trabajar en las zonas reflejas del intestino restableciendo el equilibrio y la energía del organismo.

En este estudio para el cual se tomó en cuenta una población de 30 pacientes, 87% representantes del sexo femenino y 13% representantes del sexo masculino entre edades comprendidas entre los 17 años a 71 años, los resultados en cuanto al tratamiento pudieron ser visibles a partir de la tercera sesión.

Al finalizar esta investigación se determinó que los efectos de la reflexología podal en estos pacientes tuvieron variaciones, donde un 43% de las personas registró una evidente mejoría en la frecuencia de las evacuaciones, mientras que un 57% de los pacientes no tuvieron una respuesta positiva para su problema de estreñimiento. Sin embargo, es importante resaltar que la población a quien la reflexología no dio el efecto esperado coincide con el porcentaje de pacientes que no acudieron a la terapia con regularidad ni modificaron sus hábitos alimenticios u optaron por no mejorar su estilo de vida en cuanto a ejercicio e ingesta de agua.

## CAPITULO 7: RECOMENDACIONES

1. En base a los resultados obtenidos, se puede decir que la reflexología podal debe considerarse como una alternativa adicional a otros tratamientos no invasivos y con efectos secundarios. Ya que se ha podido establecer a través de la experiencia en este trabajo de investigación que muchos pacientes acuden a tratamientos invasivos, de alto costo y con efectos secundarios mediante el uso de fármacos.
2. Como futuros terapeutas, se considera también importante proponer y promover la salud preventiva a los pacientes con alternativas en cuanto a dieta y hábitos de ejercicio o actividad diaria que les permita mejorar su salud para evitar cuadros más severos y enfermedades derivadas del estreñimiento.
3. Además, tomando en cuenta los conceptos y estudios mencionados en este trabajo, y como observadora principal de esta investigación, es necesario crear conciencia en cuanto a los riesgos que se derivan de un mal funcionamiento del intestino que pueden derivar en el uso inadecuado de técnicas y maniobras peligrosas para la salud.
4. Así mismo se debe recalcar que la reflexología es un tratamiento complementario que debe ser usado con criterios terapéuticos y con conocimientos en cuanto a técnica ya que no es aplicable en todos los casos y esta puede variar de acuerdo al cuadro del paciente, previo a la realización de la historia clínica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agujetas, M. (Agosto de 2013). *EFE: SALUD*. Obtenido de [www.efesalud.com/para-el-estrenimiento-agua-entre-horas/](http://www.efesalud.com/para-el-estrenimiento-agua-entre-horas/)
- Botanical Online SL*. (2018). Obtenido de <https://www.botanical-online.com/laxantes-consecuencias.htm>
- CINE. (2014). En UNESCO, *Campos de Educación y Capacitación 2013 de la CINE* (pág. 20). Montreal, Québec: Instituto de Estadística de la UNESCO.
- Colombo. (2018). *IECED*. Obtenido de IECED: <http://www.ieced.com.ec>
- Colombo, C. (2018). *IECED*. Obtenido de <http://www.ieced.com.ec/estrenimiento-cuando-ir-al-bano-es-una-penuria/>
- Dan, C. (2018). *VIX*. Obtenido de <https://www.vix.com/es/imj/salud/2010/09/16/historias-alternativas-historia-de-la-reflexologia>
- Editorial, S. (27 de Julio de 2017). *Family Doctor*. Obtenido de <https://es.familydoctor.org/porque-debo-hacer-ejercicio/>
- Edward, F. D. (2010). *Global Healing Center*. Obtenido de <https://www.oxypowder.net/salud-natural/estrenimiento-efectos.html>
- Enriquez Blanco, H. (2010). *Síndrome de Intestino Irritable y Otros Trastornos Relacionados*. Guatemala: Médica Panamericana.
- Fernández, C. F. (2017). *El Tiempo*. Obtenido de <http://www.eltiempo.com/vida/salud/consecuencias-del-estrenimiento-48343>
- Gillandres, A. (2008). Dolores de Cabeza. En S. Duncan, *Manual Completo de Reflexología* (pág. 23). Madrid: Edaf S.L.
- Krasensky, J. P. (1994). *El Tratamiento de las Zonas Reflejas del Pie para Curar Enfermedades*. Barcelona: Humanitas S.L.
- López, M. (2014). *Reflexología Podal Web*. Obtenido de <http://reflexologiapodalweb.com/reflexologia-podal-para-el-estrenimiento/>
- Martinez, L. (2018). *Bienestar180*. Obtenido de <https://www.salud180.com/salud-dia-dia/causas-psicosomaticas-del-estrenimiento>
- Mearin, F. (2016). *ESTREÑIMIENTO*. Obtenido de [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08\\_Estre%C3%B1imiento.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf)
- Mearin, F. (2016). Guía Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 332-334.
- Minguez, M. (2013). *Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico*. Valencia: Fundación Española del Aparato Digestivo.

## ANEXOS

### ANEXO A ENCUESTA INICIAL

#### 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: \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicio regularmente? SI \_\_\_ NO \_\_\_ A VECES \_\_\_

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántos vasos de toma agua al día? \_\_\_\_\_

¿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? \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_

## ANEXO B

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturopatía		
<b>LUGAR:</b>	<b>DIA:</b>	<b>MES:</b>	<b>AÑO:</b>
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:			
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: _____			
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

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

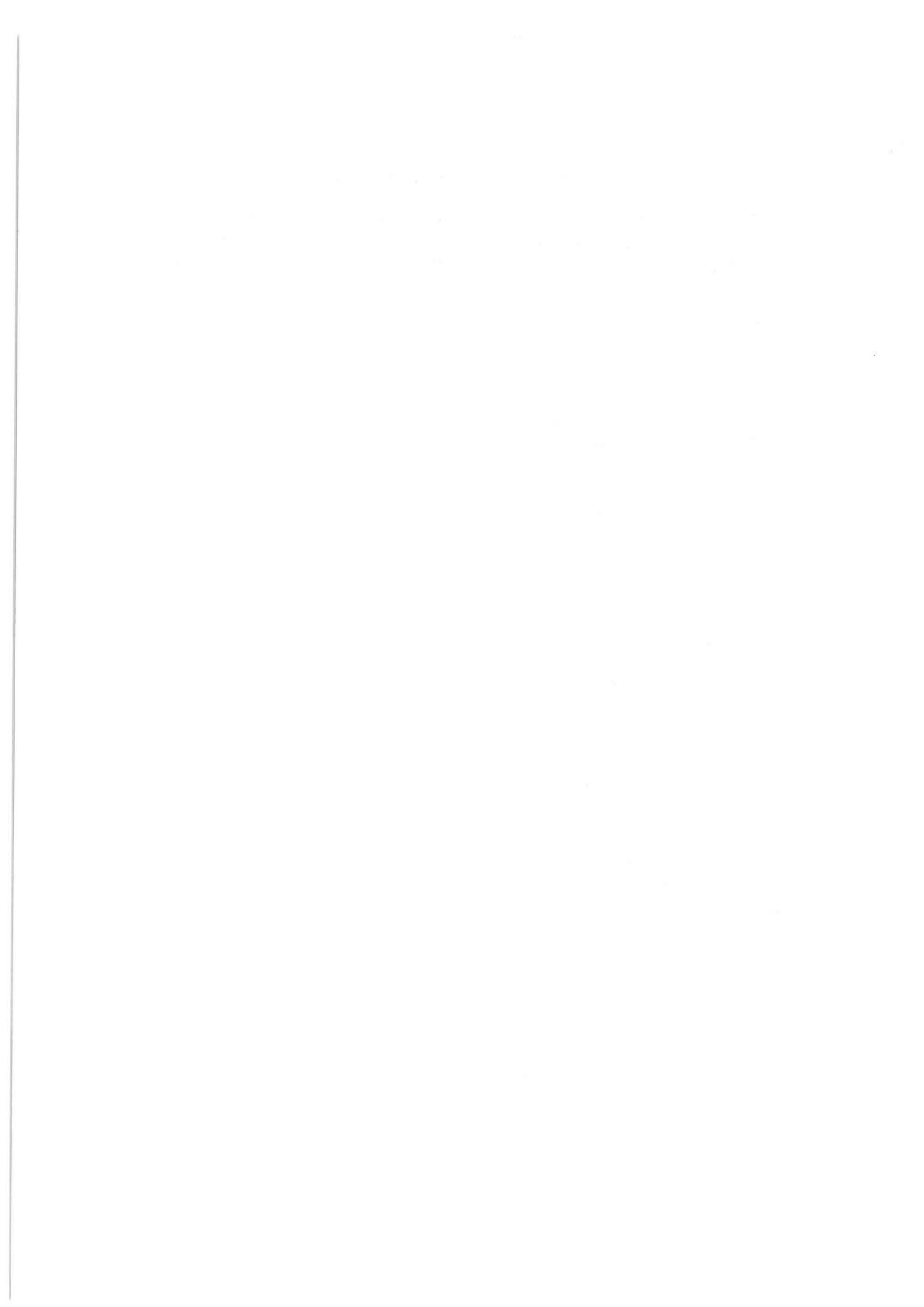
**ANEXO D**  
**ENCUESTA SATISFACCIÓN**

**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? 2

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

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? Todo 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? Linazol

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD <u>Sara Moscoso</u>	ESPECIALIDAD <u>Dofuropatia</u>
LUGAR: <u>Cumbayá</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 _____ 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 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: _____	
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: <u>Sara Moscoso</u>	
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>09115357651</u>	



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENECYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		09/03/1986	32	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
TUMBACO, GASPAS DE CARVAJAL		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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 DÍA, 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 RAZÓN APARENTE Y A CUALQUIER HORA JUNTO CON DOLOR EN LAS PLANTAS DE LOS PIES Y TOBILLO

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL. GRIPES RECURRENTES DESDE QUE NACIÓ HASTA LOS 29 AÑOS. 2 1/2 AÑOS CAIDA DE SEGUNDO PISO, LESIÓN 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. INFECTIOSA     9. MAL FORMACIÓN    10. OTRO

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

**7 SIGNOS VITALES**

DÍA / 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
DÍA / MES / AÑO	20-jul		27-jul					
TA.	100	70	98	68				
PESO / Kg    TALLA / cm	48	153	48	153				

**10 EXAMEN PIES**

DÍA / MES / AÑO	08-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.LINFÁTICO.		HIGADO, SIST.LINFÁTICO.		HIGADO, SIST.LINFÁTICO.		HIGADO, SIST.LINFÁTICO.	
	INFLAMACION A NIVEL DORSAL		INFLAMACION A NIVEL DORSAL		MEJORA CANSANCIO, MUCHA HAMBRE		MEJORA CANSANCIO, NO DUELE LA	
	CANSANCIO TODO EL DÍA, INSOMNIO,		INSOMNIO PERSISTE, RELAJADA, DOLOR		NO DUELE ESPALDA, RELAJADA. MAS		ESPALDA, RELAJADA, CONTENTA,	
	MAL GENIO		GARGANTA.		ALEGRE		MEJORA ESTREÑIMIENTO POCO	
DÍA / MES / AÑO	20-jul		26-jul					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST.LINFÁTICO.		HIGADO, SIST.LINFÁTICO.					
	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 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?	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 <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>Naturopata</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"> <li>1. Granos o enrojecimiento en la piel.</li> <li>2. Deseos frecuentes de orinar.</li> <li>3. Cólicos o diarreas.</li> </ol> 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"> <li>1. Infección grave en el organismo.</li> <li>2. Várices, trombosis o flebitis.</li> <li>3. Problemas cardíacos.</li> </ol> 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>M. Lucmila Mejía</u>	
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>0915357657</u>	



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO**

Registro SENESCYT No. 17-051

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>N° HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		25/11/1964	53	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
GASPAR DE CARVAJAL Y EL LIMONAR		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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**

MENARQUIA	16 AÑOS	FUM	2017	G		P	2	A		C		HV	2	HM		PF		CICLOS	
-----------	---------	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------	--

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATÍA | 2. DIABETES | 3. ENE. C. VASCULAR | 4. HPER TENDÓN | 5. CÁNCER | 6. TUBERCULOSIS  | 7. ENF. MENTAL | 8. ENF. INFECCIOSA  | 9. MALFORMACIÓN | 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	48	151	48	151	48	151	48	151
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	11-jul		20-jul					
TA.	100	64	98	68				
PESO / Kg	48	151	48	151				
TALLA / cm								

**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 IZQ. 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 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?	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

¿Cuantas veces a la semana consume fruta? Do

**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? Dulcolax

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

**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 manuscrita]

**NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:** Sara Moscoso

**CEDULA DE IDENTIDAD:** 09115357651



**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
		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 POCAS 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 - QUIRÚRGICOS 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. INFECTIOSA | 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.LINFÁTICO. DOLOR PLEXO	HIGADO, SIST.LINFÁTICO. DOLOR PLEXO	HIGADO, SIST.LINFÁTICO.	HIGADO, SIST.LINFÁTICO.
	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.LINFÁTICO.	HIGADO, SIST.LINFÁTICO.		
	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 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?	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?	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

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturópata
<b>LUGAR:</b> <u>Quito</u>	<b>DIA:</b> <u>15</u> <b>MES:</b> <u>5</u> <b>AÑO:</b> <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>Naturópata</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 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.	
<b>FIRMA DEL PACIENTE:</b> <u>Renata Sánchez</u>	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>RELACION CON EL PACIENTE:</b> _____	
<b>FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> <u>Sara Moscoso</u>	
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> <u>09 1572 878 81</u>	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> <u>SARA MOSCOSO</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
		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. D.F. C. VASCULAR    4. HIPERTENSIÓN     5. CÁNCER    6. TUBERCULOSIS    7. ENF. MENTAL    8. ESP. INFECCIOSA    9. MAL FORMACIÓN    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    TALLA / cm	110	70	114	72				

**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, HECEES 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					

**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?	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	

*Benita Sánchez*  
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: 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

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturopatía
<b>LUGAR:</b> <u>Quito</u>	<b>DIA:</b> <u>06</u> <b>MES:</b> <u>06</u> <b>AÑO:</b> <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 CONELPACIENTE:** \_\_\_\_\_

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

**NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:** Sara Moscoso

**CEDULA DE IDENTIDAD:** 0915357651

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		13/05/1989	29	M	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
LUMBISI		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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 - QUIRÚRGICOS 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 PSIQUIATRA 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. HIPERTENSIÓN	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	68	175	68	175	68	175	68	175
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	25-jul		07-ago					
TA	110	72	110	70				
PESO / Kg	68	175	68	175				
TALLA / cm								

**10 EXAMEN PIES**

DIA / MES / AÑO	06-jun	20-jun	04-jul	18-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, 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, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, 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

¿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? \_\_\_\_\_

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturópata
<b>LUGAR:</b> <u>Quito</u>	<b>DIA:</b> <u>22</u> <b>MES:</b> <u>05</u> <b>AÑO:</b> <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: \_\_\_\_\_  
 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: 0910307651



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		14/09/1958	59	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
MONTESERRIN		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
PROPIETARIA RESTAURANT	CHEF				

**1 MOTIVO DE CONSULTA**  
TIENE ESTREÑIMIENTO

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**  
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.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
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.

**AGO**

MEMARQUIA	12	FUM	2002	G		P		A		C	3	HV	3	HM		PF		CICLOS	
-----------	----	-----	------	---	--	---	--	---	--	---	---	----	---	----	--	----	--	--------	--

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

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

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
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	19-jun		26-jun					
TA	110	74	110	76				
PESO / Kg	55	156	55	156				
TALLA / cm								

**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					



**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 Poder

¿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? Senofot

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturópata
<b>LUGAR:</b> <u>Quito</u>	<b>DIA:</b> <u>12</u> <b>MES:</b> <u>06</u> <b>AÑO:</b> <u>2018</u>
Yo _____ con C.I. _____; domiciliado en <u>La Pampa</u> de la ciudad de <u>Quito</u> ; en calidad de paciente _____ 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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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.	
<b>FIRMA DEL PACIENTE:</b> <u>[Firma]</u>	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>RELACION CONELPACIENTE:</b> _____	
<b>FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> <u>[Firma]</u>	
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> <u>Sara Moscoso</u>	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> <u>0915309851</u>	



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		30/08/1950	68	M	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
LA PAMPA		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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., MICCIÓN DIFÍCIL. FRIOLIENTO.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS 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. CARDIOPATÍA    2. DIABETES    3. ENF. C. VASOCLAR    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 DIABÉTICA.

**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**

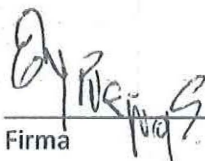
DIA / MES / AÑO	12-jun	26-jun	03-jul	17-jul
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO
	HIGADO, SIST.LINFÁTICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFÁTICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFÁTICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFÁTICO. 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, RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFÁTICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFÁTICO. 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 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?	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





## CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>12</u> MES: <u>Elo</u> AÑO: <u>2018</u>
<p>Yo <u>[Firma]</u> con C.I. _____; domiciliado en <u>Quito</u> de la ciudad de <u>Quito</u>; en calidad de paciente <input checked="" type="checkbox"/> o como representante <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> he sido informado claramente sobre las posibles reacciones que se pueden presentar con esta terapia, como son:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Granos o enrojecimiento en la piel.</li><li>2. Deseos frecuentes de orinar.</li><li>3. Cólicos o diarreas.</li></ol> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> he sido informado claramente sobre las contraindicaciones por las que no se debe realizar esta terapia, como son:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Infección grave en el organismo.</li><li>2. Várices, trombosis o flebitis.</li><li>3. Problemas cardíacos.</li></ol> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las mismas que han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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.</p> <p>Por este motivo SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> doy consentimiento a que se realice la terapia indicada.</p>	
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 CONELPACIENTE: _____	
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>[Firma]</u>	
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>	
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0915357851</u>	



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		23/11/1957	60	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
TUMBACO		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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 PHYTOSOYA Y AYUDÓ A CONTROLAR LOS CALORES. DESDE HACE 6 AÑOS PRESENTA DOLOR DE RODILLA IZQUIERDA POR ARTROSIS.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS 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. EBF. C. VASCULAR    4. HIPERTENSION    5. CÁNCER    6. TUBERCULOSIS    7. EBF. MENTAL     8. EBF. INFECIOSA    9. MALFORMACIÓN    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    TALLA / cm	65	168	65	168	65	168	65	168
DIA / MES / AÑO	10-jul		24-jul					
TA.	120	78	118	76				
PESO / Kg    TALLA / cm	65	168	65	168				

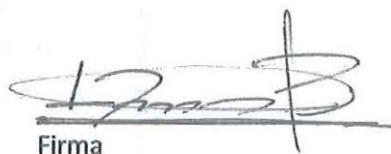
**10 EXAMEN PIES**

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

**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? 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? 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? Caxara Suajada

Usted sufre de: Depresión \_\_\_\_\_ Estrés  Ansiedad \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ullpa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturópata
<b>LUGAR:</b> <u>Quito</u>	<b>DIA:</b> <u>12</u> <b>MES:</b> <u>6</u> <b>AÑO:</b> <u>2018</u>
Yo _____ con Cl. _____; 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>Naturópata</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.	
<b>FIRMA DEL PACIENTE:</b> _____ <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____ <b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____ <b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____ <b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____ <b>RELACION CON EL PACIENTE:</b> _____	
<b>FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> _____ <b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> <u>Sara Moscoso</u> <b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> <u>0915357651</u>	

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		06/12/1967	50	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
MONTESERRIN		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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 GRIPE 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**

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

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATIA  2. DIABETES  3. D.F. C. VASULAR  4. HIPERTENSION  5. CÁNCER  6. TUBERCULOSIS  7. E.F. MENTAL  8. E.F. INFECCIOSA  9. MALFORMACIÓN  10. OTRO

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 CRÓNICO						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

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturópata
<b>LUGAR:</b> <u>Quito</u>	<b>DIA:</b> <u>01</u> <b>MES:</b> <u>06</u> <b>AÑO:</b> <u>2018</u>

Yo Sara Moscoso Ulloa, con C.I. 0915307651; domiciliado en Quito de la ciudad de Quito; en calidad de paciente  o como representante  del paciente Sara Moscoso; 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

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		07/12/1967	50	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
CUMBAYA		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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 DISCARTRISIS 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. CARDIOPATIA	2. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MALFORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	-----------------	----------

PADRES SANOS SIN PROBLEMAS APARENTES.

**7 SIGNOS VITALES**

DIA / MES / AÑO	01-jun		08-jun		15-jun		22-jun	
TA.	110	72	110	72	114	78	114	76
PESO / Kg	52	156	52	156	52	156	52	156
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	12-jul		20-jul					
TA.	112	72	110	72				
PESO / Kg	52	156	52	156				
TALLA / cm								

**10 EXAMEN PIES**

DIA / MES / AÑO	01-jun	08-jun	15-jun	22-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.
	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
DIA / MES / AÑO	13-jul	20-jul		
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, 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

**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: 40

¿Hace ejercicio regularmente? SI  NO  A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? \_\_\_\_\_

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

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? Poco

**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? Dulcolax

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno



**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
		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, GRIPE 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**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

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, GRIPE FRECUENTES. 38 AÑOS PARALISIS FACIAL LADO DERECHO, SE HACE TERAPIA NEURAL Y MEJORA. 40 AÑOS CERVICALGIA QUE LE INMOVILIZA EL CUELLO, TOMA TENSIFLEX.

**AGO**

MENARQUIA	12	FUM	20/5	G		P		A		C		HV		HM		PF		CICLOS	
-----------	----	-----	------	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	--------	--

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

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

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	152	63	152	63	152	63	152
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	06-jul		20-jul					
TA.	118	78	116	76				
PESO / Kg	61	152	61	152				
TALLA / cm								

**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? 4

¿Tiene sensación de evacuación incompleta? SI  NO

Otros —

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

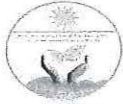
SI  NO

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

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturópata
<b>LUGAR:</b> <u>Quito</u>	<b>DIA:</b> <u>8</u> <b>MES:</b> <u>6</u> <b>AÑO:</b> <u>2018</u>
Yo <u>Sara Moscoso</u> , con C.I. _____; 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>Naturópata</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 type="checkbox"/> NO <input checked="" 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.	
<b>FIRMA DEL PACIENTE:</b> <u>[Firma]</u>	
<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>RELACION CONELPACIENTE:</b> _____	
<b>FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> <u>[Firma]</u>	
<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> <u>Sara Moscoso</u>	
<b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> <u>0915357657</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
		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. ENF. C. VASCULAR  4. HIPERTENSION  5. CÁNCER  6. TUBERCULOSIS  7. ENF. MENTAL  8. ENF. INFECCIOSA  9. MAL FORMACION  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	56	160	56	160	56	160	56	160
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	06-jul		20-jul					
TA.	110	72	112	72				
PESO / Kg	56	160	56	160				
TALLA / cm								

**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 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?	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?	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: Quito DIA: 3 MES: 5 AÑO: 2018

Yo, Rosanna Jorano, con CI. 0106069610; 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: [Handwritten Signature]

NOMBRE DEL PACIENTE: Rosanna Jorano

CEDULA DE IDENTIDAD: 0106069610

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:

CEDULA DE IDENTIDAD:

RELACION CON EL PACIENTE:

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: [Handwritten Signature]

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: Sara Moscoso

CEDULA DE IDENTIDAD: 0115 357657



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
IDROVO LANDI	ROSSANA	10/03/1992	26	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
PONCIANO ALTO		QUITO	2887751		
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>			<b>TELEFONO</b>
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 EXAMENES 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. E.F. C. VASOLAR | 4. HIPERTENSIÓN | 5. CÁNCER |  6. TUBERCULOSIS | 7. E.F. MENTAL | 8. E.F. INFECCIOSA | 9. MAL FORMACIÓN | 10. OTRO   
 MAMA CA. MAMA TRATADO Y EN REMISION, HERMANO FARINGITIS CRONICA, PADRE SANO.

**7 SIGNOS VITALES**

DIA / 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
DIA / MES / AÑO	19-jul		26-jul					
TA.	100	68	110	70				
PESO / Kg      TALLA / cm	53	162	53	160				

**10 EXAMEN PIES**

DIA / 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
		ÑIDA	INSOMNIO, SIGUE ESTREÑIDA	DIARREA POR SIND.COLON IRRIT.
DIA / 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 Idrovo*          

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	

  
 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 de magnesio

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Yo Sara Moscoso Ulloa, con CI. \_\_\_\_\_; domiciliado en Tanda de la ciudad de Quito; 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 CONELPACIENTE: \_\_\_\_\_

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



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		20/07/1958	60	F	TJ
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
TANDA		QUITO	!		
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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>Quito</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 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: 0915307634

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

ESTABLECIMIENTO		FECHA			Nº HISTORIA CLÍNICA	
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>	
		09/06/1984	34	F		
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>			
CUMBAYA		QUITO				
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>			<b>TELEFONO</b>	
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. ENF. C. VASCULAR 4. HIPERTENSIÓN 5. CÁNCER 6. TUBERCULOSIS 7. ENF. MENTAL 8. ENF. INFECCIOSA 9. MALFORMACIÓN 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	TALLA / cm		TALLA / cm		TALLA / cm		TALLA / cm	
	62	154	62	154	62	154	58	154
DIA / MES / AÑO	26-jul		02-ago					
TA	110	74	110	70				
PESO / Kg	TALLA / cm		TALLA / cm					
	57	154	57	154				


**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 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?	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 +

¿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 \_\_\_\_\_

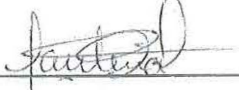
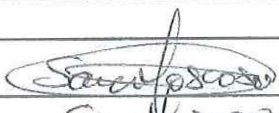
¿Ha tenido que recurrir a ayudas para facilitar las evacuaciones? (supositorios, laxantes, fibra, etc.)

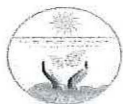
SI  NO

Si la respuesta es SI: ¿Qué ayudas usó? \_\_\_\_\_

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD <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>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>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 type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> he sido informado sobre la frecuencia y tiempo de duración del tratamiento. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> 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 CONELPACIENTE: _____	
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u></u>	
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>	
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0715357657</u>	

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLINICA</b>	
		08-jun				
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>	
		16/09/1980	37	F	C	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>			
GASPAR DE CARVAJAL, TUMBACO		QUITO				
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>			<b>TELEFONO</b>	
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 LYMPHDIARAL.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRÚRGICOS 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. HIPERTENSION  | 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, 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.	
	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, RIÑON, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, 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

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturopatía
<b>LUGAR:</b> <u>Quito</u>	<b>DIA:</b> <u>6</u> <b>MES:</b> <u>7</u> <b>AÑO:</b> <u>2018</u>

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_; domiciliado en Cumbaya de la ciudad de Quito; en calidad de paciente Y 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 CONELPACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:** Sara Moscoso

**NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:** Sara Moscoso

**CEDULA DE IDENTIDAD:** 0915387657



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b> 06 Jul 2018			<b>N° HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>	
		20 OCT.1957	60	F	TJ	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>			
CUMBAYA, ALBA CALDERON		QUITO				
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>			<b>TELEFONO</b>	
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 MAS 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 HOMEOPATICOS (NEUREXAN, NERVOHEEL) PARA PODER DORMIR Y MANTENERSE CALMADA. PIERDE EL APETITO SI ESTA ESTRESADA O TRISTE Y EL ESTREÑIMIENTO EMPEORA. TIENE GRIPES FRECUENTES DESDE HACE UN AÑO Y CALAMBRES EN AMBAS PIERNAS.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES** DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS 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 55 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. EHF. C. VASCULAR    4. HIPERTENSION    5. CÁNCER    6. TUBERCULOSIS    7. EHF. MENTAL    8. EHF. INFECCIOSA    9. MALFORMACION    10. OTRO.

PAPA FALLECIDO CA. PROSTATA, MADRE HIPERTENSION, DIABETES, ULCERA GASTRICA 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, COLUMNA	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNA	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNA	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNA	TRABAJA ZONA DE CEREBRO, COLUMNA
	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 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?	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

**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: 43

¿Hace ejercicio regularmente? SI  NO  A VECES

¿Cuánto tiempo realiza ejercicio en la semana? —

¿Cuántos vasos de toma agua al día? 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  + 4-5 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? Dulcolax

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 _____ de la ciudad de _____; en calidad de paciente _____ 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 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:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Granos o enrojecimiento en la piel.</li><li>2. Deseos frecuentes de orinar.</li><li>3. Cólicos o diarreas.</li></ol>	
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:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Infección grave en el organismo.</li><li>2. Várices, trombosis o flebitis.</li><li>3. Problemas cardíacos.</li></ol>	
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 CONELPACIENTE: _____	_____
FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>[Firma]</u>	_____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>	_____
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0915307657</u>	_____



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b> 05-jul			<b>N° HISTORIA CLINICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b> 08/06/1975	<b>EDAD</b> 43	<b>SEXO</b> F	<b>RELIGION</b> C
<b>DIRECCION</b> YARUQUI		<b>CIUDAD</b> QUITO	<b>TELEFONOS</b>		
<b>OCUPACION</b> AMA DE CASA	<b>PROFESION</b> INDEPENDIENTE	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	

**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 - QUIRÚRGICOS 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. DEF. C. VASCULAR    4. HIPERTENSIÓN    5. CÁNCER    6. TUBERCULOSIS    7. DEF. MENTAL    8. DEF. AFECIOSA    9. MAL FORMACIÓN    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    TALLA / cm	64	142	64	142	64	142	64	142
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA.	114	86	112	82				
PESO / Kg    TALLA / cm	64	142	64	142				


**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 HECES ESTABAN DURAS		PERO HECES ESTABAN DURAS					
			SE DA RECOMENDACIÓN ALIMENTACION					
			INGESTA AGUA, ALGO EJERCICIO.					

**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?	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



## 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 <u>Tombaco</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 _____ 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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Granos o enrojecimiento en la piel.</li> <li>2. Deseos frecuentes de orinar.</li> <li>3. Cólicos o diarreas.</li> </ol> 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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infección grave en el organismo.</li> <li>2. Várices, trombosis o flebitis.</li> <li>3. Problemas cardíacos.</li> </ol> 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: _____ 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: <u>Sara Moscoso</u> CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0915387657</u>	



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	
		JUL.06.2018			
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		01/02/1968	50	F	CATÓLICA
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
URB.PUERTAS DEL SOL		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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, ZOPICLOT), 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 - QUIRURGICOS 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. CARDIOPATIA    2. DIABETES    3. DEF. C. VASOLAR    4. HIPERTENSION    5. CÁNCER    6. TUBERCULOSIS    7. ENF. MENTAL    8. ENF. 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    TALLA / cm	70	160	70	160	70	160	70	160
DIA / MES / AÑO	02-ago		10-ago					
TA:	110	74	110	76				
PESO / Kg    TALLA / cm	70	160	70	160				


**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	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	TRABAJA ZONA DE CEREBRO.	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.	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

¿Cuántas 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

<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD</b> Sara Moscoso Ulloa	<b>ESPECIALIDAD</b> Naturopatía
<b>LUGAR:</b> <u>Tumbaco</u> <b>DIA:</b> <u>05</u> <b>MES:</b> <u>07</u> <b>AÑO:</b> <u>2018</u>	
Yo _____, con CI. _____; domiciliado en _____ de la ciudad de _____; en calidad de paciente <input checked="" type="checkbox"/> o como representante <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> NO <input checked="" 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.	
<b>FIRMA DEL PACIENTE:</b> _____ <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> _____ <b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> <u>[Firma]</u> <b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:</b> _____ <b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	
<b>RELACION CONELPACIENTE:</b> <u>Tía</u>	
<b>FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> _____ <b>NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:</b> _____ <b>CEDULA DE IDENTIDAD:</b> _____	

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	
		05-jul			
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		31/05/2001	17	F	C
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
YARUQUI		QUITO	0		
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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. EBF. C. VASCULAR    4. HIPERTENSIÓN    5. CÁNCER    6. TUBERCULOSIS    7. EBF. MENTAL    8. EBF. 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    TALLA / cm	55	158	55	158	55	158	55	158
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA.	100	70	100	70				
PESO / Kg    TALLA / cm	55	158	55	157				

**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					



## 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>Tumbado</u>	DIA: <u>05</u> MES: <u>07</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_; domiciliado en Tumbado de la ciudad de Cuzco; 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: 

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

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

**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. TRAUMATOLOGÍA    7. ENF. MENTAL    8. ENF. INFECCIOSA    9. MALFORMACIÓN    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    TALLA / cm	75	154	75	154	75	152	75	152
DÍA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA.	114	78	114	78				
PESO / Kg    TALLA / cm	60	155	60	155				

**10 EXAMEN PIES**

DÍA / MES / AÑO	05-jul	12-jul	19-jul	26-jul
	PIES SECOS EN ZONA METATARSALES	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

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

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 \_\_\_\_\_, 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: 0915337657



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

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

**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 - QUIRÚRGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
PARTO NORMAL. 5 AÑOS VARICELA, 25 AÑOS APENDICITIS, PERINOTINIS, 36 AÑOS OPERADA DE DIVERTICULITIS, 37 AÑOS QUISTE OVÁRICO Y SARAMPIÓN. HIJA FALLECIDA HACE 22 AÑOS.

**AGO**

MENARQUIA	12	FLM	2002	G		P	2	A		C		HV	1	HM	1	PF		CICLOS
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	---	----	--	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**  
 1. CARDIOPATIA   
 2. DIABETES   
 3. ENE. C. VASCULAR   
 4. HIPERTENSION   
 5. CÁNCER   
 6. TUBERCULOSIS   
 7. ENE. MENTAL   
 8. ENE. NEUROSIA   
 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      TALLA / cm	60	155	60	155	60	155	60	155
DIA / MES / AÑO	02-ago		09-ago					
TA.	114	78	114	78				
PESO / Kg      TALLA / cm	60	155	60	155				

**10 EXAMEN PIES**

DIA / MES / AÑO	05-jul		12-jul		19-jul		26-jul	
	MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN	
	LINFÁTICO HIGADO, OVARIOS		LINFÁTICO, HIGADO, OVARIOS		LINFÁTICO, HIGADO, OVARIOS		LINFÁTICO, 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, RIÑÓN		MASAJE SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN					
	LINFÁTICO HIGADO, OVARIOS		LINFÁTICO, 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: <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 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: 0918357657



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	
		05-jul			
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		10/09/1965	52	M	C
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
LA TOLA, SAN FRANCISCO		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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. HECE 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	ELM	G	P	A	C	HV	HM	PF	CICLOS
-----------	-----	---	---	---	---	----	----	----	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**  
 1 CARDIOPATIA 2 DIABETES 3 DEF. C. VASCULARES 4 HIPERTENSION 5 CÁNCER 6 TUBERCULOSIS 7 DEF. MENTAL 8 DEF. INFECCIOSA 9 MALFORMACIÓN 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. LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO. LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO. LINFATICO. PLEXO SOLAR
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑON, ESTOMAGO	TRABAJO ZONA ESPALDA. MEJOR	TRABAJO ZONA ESPALDA. MEJOR	DUERME MEJOR, SE SIENTE MAS
	HIGADO, LINFATICO, 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 LAXANTES
DIA / MES / AÑO	02-ago	09-ago		
	SISTEMA INTESTINAL. RIÑON, ESTOMAGO	MASAJE SISTEMA INTESTINAL. RIÑON		
	HIGADO, LINFATICO, PLEXO SOLAR	ESTOMAGO, HIGADO, LINFATICO		
	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.		
		MEJORÓ 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 toma

¿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? Cioma Rogosano

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 <u>[signature]</u> , 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>Naturópata</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 ___ 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>[signature]</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>[signature]</u>	
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: <u>Sara Moscoso</u>	
CEDULA DE IDENTIDAD: <u>0415387617</u>	



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>		<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		23/4/1656	62	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
CLUB LOS CHILLOS		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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 POCOA 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 TOMÓ 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	FLUM	2008	G		P	1	A		C		HV	1	HM		PF		CICLOS
-----------	----	------	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. CARDIOPATA  2. DIABETES  3. DEF. C. VASCULAR  4. HIPERTENSION  5. CÁNCER  6. STURBULOSOS  7. DEF. MENTAL  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		TALLA / cm		TALLA / cm		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		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							



**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
		23/4/1656	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**

MEÑARQUIA	11	FUM	2005	G		P	1	A		C		HV	1	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. SARCOPATA  2. DIABETES  3. D.E. C. VASCULAR  4. HIPERTENSION  5. CANCER  6. ESTREÑIDOS  7. D.E. RENAL  8. D.E. 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	65	156	65	156	65	156	65	156
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO	04-ago		10-ago					
TA.	126	80	126	80				
PESO / Kg	65	156	65	156				
TALLA / cm								

**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? clonido claznemi

Usted sufre de: Depresión  Estrés  Ansiedad  Ninguno

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE SALUD Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quinto</u>	DIA: <u>25</u> MES: <u>6</u> AÑO: <u>2018</u>
Yo <u>Sara Moscoso Ulloa</u> con C.I. <u>9918317637</u> ; domiciliado en <u>Tumbaco</u> de la ciudad de <u>Quinto</u> ; en calidad de paciente <input checked="" type="checkbox"/> o como representante <input type="checkbox"/> del paciente <u>Sara Moscoso</u> ; autorizo a <u>Sara Moscoso</u> , con profesión o especialidad <u>Naturópata</u> , para la realización del procedimiento <u>reflexoterapia 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:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Granos o enrojecimiento en la piel.</li><li>2. Deseos frecuentes de orinar.</li><li>3. Cólicos o diarreas.</li></ol>	
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:	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Infección grave en el organismo.</li><li>2. Várices, trombosis o flebitis.</li><li>3. Problemas cardíacos.</li></ol>	
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: _____	
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>9918 317637</u>	



<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		14/07/1979	39	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
RUMIHUAICO. TUMBACO		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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 OBSTÉTRICOS  
 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. CARDIOPATIA   
  2. DIABETES   
  3. DEF. C. VASCULAR   
  4. HIPERTENSIÓN   
  5. CÁNCER   
  6. TUBERCULOSIS   
  7. ENF. MENTAL   
  8. ENF. INFECCIOSA   
  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      TALLA / cm	66	160	66	160	65	160	65	160
DIA / MES / AÑO	23-jul		06-ago					
TA.	112	74	114	76				
PESO / Kg      TALLA / cm	65	160	64	160				

**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.LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST.LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST.LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST.LINFATICO, 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 CRONICA		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.LINFATICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST.LINFATICO, 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.					



## 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? 4-5

¿Cuántas veces a la semana consume fruta? 1 a 2 veces por 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? 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? Fibra natural, Ciruelas

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>6</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo \_\_\_\_\_, con C.I. \_\_\_\_\_; domiciliado en Riua AHO 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: 0915357657



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCALAPIÓ**

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
		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 CRÓNICO, 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. TAMBIÉN 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 GRIPE FRECUENTES HASTA LOS 20 AÑOS. 32 AÑOS SALMONELLOSIS 40 AÑOS CEFALÉAS 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. CARDIOPATÍA  2. DIABETES  3. ENF. C. VASCULAR  4. HIPERTENSIÓN  5. CÁNCER  6. TUBERCULOSIS  7. ENF. MENTAL  8. ENF. INFECCIOSA  9. MALFORMACIÓN  10. OTRO

MAMA DIABÉTICA. PADRE PROBLEMAS DE NEFRITIS, HERMANO CON GASTRITIS CRÓNICA.

**7 SIGNOS VITALES**

DÍA / 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								
DÍA / MES / AÑO	20-jul		26-jul					
TA.	110	72	112	70				
PESO / Kg	54	156	54	156				
TALLA / cm								

**10 EXAMEN PIES**

DÍA / 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. LINFÁTICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFÁTICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFÁTICO, DOLOR EN		HIGADO, SIST. LINFÁTICO.	
	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	
DÍA / MES / AÑO	20-jul		26-jul					
	SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO					
	HIGADO, SIST. LINFÁTICO.		HIGADO, SIST. LINFÁTICO.					
	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 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?	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? Leche Maguana

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 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

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		01/01/1967	51	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
CUMBAYA		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>			<b>TELEFONO</b>
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 OBSTÉTRICOS  
 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. HIPERTENSIÓN  5. CÁNCER  6. TUBERCULOSIS  7. DEF. MENTAL  8. EMF. 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 EVACUACIONES		SIENTE RELAJADA, MEJORA 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 ✓ Masculino     

Edad: 52

¿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?     

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 <u>[Signature]</u> , con C.I. _____; 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>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: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Granos o enrojecimiento en la piel.</li> <li>2. Deseos frecuentes de orinar.</li> <li>3. Cólicos o diarreas.</li> </ol> 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"> <li>1. Infección grave en el organismo.</li> <li>2. Várices, trombosis o flebitis.</li> <li>3. Problemas cardíacos.</li> </ol> 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>[Signature]</u>	
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>[Signature]</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

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
		27/02/1966	52	F	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
CUMBAYA		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>		<b>TELEFONO</b>	
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 CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS:  
 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**

MENARQUIA	13	FUM	2017 SEP.	G		P	I	A		C		HV	f	HM		PF		CICLOS
-----------	----	-----	-----------	---	--	---	---	---	--	---	--	----	---	----	--	----	--	--------

**3 ANTECEDENTES FAMILIARES**  
 1. CARDIOPATIA  2. DIABETES  3. EP. C. VASCULAR  4. HIPERTENSIÓN  5. CÁNCER  6. TUBERCULOSIS  7. ENF. MENTAL  8. ENF. INFECCIOSA  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	26-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. 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
	ZONA PULMON	ZONA PULMON	ZONA PULMON. EVACUA MEJOR	ZONA PULMON. EVACUA MEJOR
		SIENTE MENOS MIEDO. DUERME BIEN		
DIA / MES / AÑO	26-jul	02-ago		
	SISTEMA INTESTINAL. RIÑÓN, ESTOMAGO	SISTEMA INTESTINAL. RIÑÓN, ESTOMAGO		
	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR	HIGADO, SIST.LINFATICO. PLEXO SOLAR		
	ZONA PULMON. EVACUA MEJOR	ZONA PULMON. EVACUA MEJOR		

**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?	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 CI. _____; domiciliado en <u>Quito</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 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>0915337657</u>	



**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR ESCULAPIO**

Registro SENESCYT No. 17-061

I.S.T.E.

Escuela de Enseñanza de Terapias Naturales

<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>FECHA</b>			<b>Nº HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>APELLIDO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>RELIGION</b>
	SECRET	01/03/1940	78	M	
<b>DIRECCION</b>		<b>CIUDAD</b>	<b>TELEFONOS</b>		
QUITO TENIS		QUITO			
<b>OCUPACION</b>	<b>PROFESION</b>	<b>REFERENCIA FAMILIAR</b>			<b>TELEFONO</b>
EMPRESARIO	ECONOMISTA				

**1 MOTIVO DE CONSULTA**

TIENE ESTREÑIMIENTO

**4 ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 4 AÑOS PRESENTA ESTREÑIMIENTO, NO TOMA AGUA PORQUE NO LE GUSTA, NO LE GUSTA LOS VEGETALES, NO TOMA LAXANTES, TIENE MUCHO ESTRÉS EN SU TRABAJO, TIENE LUMBALGIA Y CIATALGIA INGUINAL. FUERTE NEURALGIA EN LAS PIERNAS, SE HACE TERAPIA NEURAL PARA EL DOLOR DE CIATALGIA Y PIERNAS. LE PRESCRIBE EL TRAUMATOLOGO EJERCICIOS Y BAJAR DE PESO.

**2 ANTECEDENTES PERSONALES**

DATOS CLÍNICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS

PARTO NORMAL. NO RECUERDA ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. 70 AÑOS CAIDA SENTADO EN SU CASA, HACE MASAJES Y EL DOLOR PASA. 74 AÑOS HIGADO GRASO, ARTROSIS EN CADERA. 75 AÑOS PROSTATITIS TOMA PROSAL. 78 AÑOS CIATALGIA Y NEUROPATIA EN AMBOS MUSLOS.

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. INFECTIOSA 9. MALFORMACION 10. OTRO

PADRES FALLECEN POR CAUSAS NATURALES

**7 SIGNOS VITALES**

DIA / MES / AÑO	06-jun		20-jun		04-jul		18-jul	
TA	120	76	120	76	122	78	122	78
PESO / Kg	80	160	80	170	80	170	80	170
TALLA / cm								
DIA / MES / AÑO								
TA								
PESO / Kg								
TALLA / cm								

**10 EXAMEN PIES**

DIA / MES / AÑO	06-jun	20-jun	04-jul	18-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
	COLUMNA LUMBAR, PIERNAS	COLUMNA LUMBAR, PIERNAS	COLUMNA LUMBAR, PIERNAS	COLUMNA LUMBAR, PIERNAS
		NO PRESENTA MEJORIA EN NADA	TIENE MUY LEVE MEJORIA. PACIENTE	NO SE SIENTE MEJOR COMO ESPERA
			INDICA QUE NO EVACUA MEJOR	BA. NO CONTINUARÁ CON EL TTO
DIA / MES / AÑO	24-jul	07-ago		

**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

¿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 Sara Moscoso Ulloa	ESPECIALIDAD Naturópata
LUGAR: <u>Quito</u>	DIA: <u>03</u> MES: <u>5</u> AÑO: <u>2018</u>

Yo, \_\_\_\_\_, con CI. \_\_\_\_\_; 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: [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 Ulloa

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
			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 CRONICO, FUE OPERADA POR COLECISTECTOMIA, HISTERECTOMIA POR LA PRESENCIA DE MIOMA CON HEMORRAGIA. DESENCADENÓ EN MIGRAÑAS A REPETICION Y POSTERIORMENTE SE PRESENTÓ ARTRITIS EN RODILLAS Y MANOS HASTA LA ACTUALIDAD. HACE UN AÑO LE DIAGNOSTICARON UN QUISTE MAMARIO DERECHÓ, 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 CLINICO - QUIRURGICOS RELEVANTES Y GINECO OBSTÉTRICOS  
PARTO NORMAL. 2 AÑOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS. 36 AÑOS COLECISTECTOMIA, HISTERECTOMIA, MIGRAÑAS, ARTRITIS EN RODILLAS Y MANOS. 40 AÑOS HIPERTENSION ARTERIAL, TOMA LOSARTAN. 51 AÑOS QUISTE MAMARIO EN SENO DERECHO, HACE BIOPSIA CA.BASOCELULAR DE PATRON ADENOIDE DE DORSO, NO SE HACE QUIMIO, SE HACE TRATAMIENTO NATURAL. 52 AÑOS BAJA DE PESO, INSOMNIO MEDIO, CAIDA DE VELLO. 53 AÑOS GASTRITIS MODERADA, CALOR CLIMATERIO, RINITIS ALERGICA, 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 CARDIOPATIA  2 DIABETES  3 INF. C. VASCULAR  4 HIPERTENSIÓN  5 CÁNCER  6 TUBERCULOSIS  7 DEF. MENTAL  8 DEF. INFECCIOSA  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, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO	
	HIGADO, NO TOCO SIST.LINFATICO		HIGADO, NO TOCO SIST.LINFATICO		HIGADO, NO TOCO SIST.LINFATICO		HIGADO, NO TOCO SIST.LINFATICO	
			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, ESTOMAGO		SISTEMA INTESTINAL, RIÑÓN, ESTOMAGO					
	HIGADO, NO TOCO SIST.LINFATICO		HIGADO, NO TOCO SIST.LINFATICO					
	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