

Planilla de efectos secundarios de la radiación externa

La radioterapia externa usa un equipo especial para dirigir dosis altas de radiación hacia tumores cancerosos, matándolos o dañándolos para que no puedan crecer, multiplicarse ni propagarse. A diferencia de la quimioterapia, la cual expone todo el cuerpo a las sustancias químicas que combaten el cáncer, la radioterapia afecta solo el tumor y el área circundante.

En las páginas siguientes se detallan los efectos secundarios más comunes que presentan los pacientes que reciben radioterapia externa.

- Puede que usted no presente ninguno, presente alguno o todos estos efectos secundarios o bien puede que tenga efectos secundarios que no se enumeran aquí.
- Con cada efecto secundario que se enumera abajo se brindan sugerencias sobre cómo describirlos a su médico.
- Algunos efectos secundarios son más graves que otros.
- **Pregunte a su médico sobre qué efectos secundarios necesita estar informado de inmediato.** Anótelos en la última página.

Cómo usar esta planilla

- Esta planilla abarcará seis semanas de radioterapia. Complete la fecha para el inicio de cada semana. Por ejemplo, la semana en la que usted inicia la terapia es la Semana #1. Si su terapia dura más de seis semanas, usted necesitará imprimir otra planilla.
- Los efectos secundarios se enumeran en la columna izquierda.
- Para cada semana, repase en forma descendente la columna para esa semana y marque la casilla apropiada que describe la severidad de cada efecto secundario. Si no tiene un efecto secundario en particular, marque la casilla “Ninguno”.
- Lleve esta planilla con usted a sus citas médicas.
- **Si tiene un efecto secundario que se puede describir como “severo”, informe a su médico de inmediato.**
- Al final de la lista, hemos dejado espacios para que usted agregue cualquier efecto secundario que pueda tener y que no se encuentre enumerado aquí. Use el mismo formato para describir la gravedad del síntoma y cualquier medicamento que tomó para tratarlo.

***Recuerde, es posible que su médico quiera saber de inmediato si usted tiene alguno de estos efectos secundarios.**

Para más información sobre la Radioterapia, visite www.cancer.org/es.

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Síntomas generales						
Fatiga o cansancio: Ninguno Leve: Puede hacer actividad normal con esfuerzo Moderado: Está en cama menos de la mitad del día Severo: Está en cama más de medio día*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Irritación de la piel (en las zonas donde se administra radioterapia): Ninguno Leve: Enrojecimiento o descamación leve Moderado: Enrojecimiento o descamación húmeda especialmente en los pliegues de la piel* Severo: Hinchazón y descamación húmeda en una zona grande o úlcera en la piel*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Fiebre/escalofríos: Anote su temperatura más elevada para la semana. Ninguno: Temperatura de 98.6 °F (36.6 °C) Leve: Fiebre de 98.6 °F (36.6 °C) a 100.4 °F (38 °C) Moderado: Fiebre de 100.4 °F (38 °C) a 104 °F (40 °C)* Severo: Fiebre más alta de 104 °F (40 °C)*	_____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	_____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	_____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	_____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	_____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	_____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>						
Si está recibiendo radiación en la cabeza o en el área del cuello:						
Afecciones bucales: Ninguno Leve: Dolor, sin llagas Moderado: Dolor o llagas dolorosas/puede comer* Severo: Llaga dolorosa y no puede comer o tiene dolor de muelas*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado aquí —>						
Boca seca (xerostomía): Menos cantidad de saliva Saliva espesa Falta de saliva	<input type="checkbox"/> Menos saliva <input type="checkbox"/> Saliva espesa <input type="checkbox"/> Falta de saliva	<input type="checkbox"/> Menos saliva <input type="checkbox"/> Saliva espesa <input type="checkbox"/> Falta de saliva	<input type="checkbox"/> Menos saliva <input type="checkbox"/> Saliva espesa <input type="checkbox"/> Falta de saliva	<input type="checkbox"/> Menos saliva <input type="checkbox"/> Saliva espesa <input type="checkbox"/> Falta de saliva	<input type="checkbox"/> Menos saliva <input type="checkbox"/> Saliva espesa <input type="checkbox"/> Falta de saliva	<input type="checkbox"/> Menos saliva <input type="checkbox"/> Saliva espesa <input type="checkbox"/> Falta de saliva
*Informe esto a su médico de inmediato						

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Si está recibiendo radiación en el abdomen:						
Náuseas: Ninguno Leve: Puede comer Moderado: Come y bebe menos de lo normal Severo: No puede comer ni beber*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado aquí —>						
Vómitos: Ninguno Leve: Vomita una vez Moderado: Vomita de 2 a 5 veces al día* Severo: Vomita 6 o más veces al día*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado aquí —>						
Diarrea (Anote el número más alto de evacuaciones al día): Ninguno Leve: De 2 a 3 evacuaciones por día más de lo normal Moderado: de 4 a 6 evacuaciones por día más de lo normal* Severo: Evacuaciones acuosas o 7 a 9 deposiciones*	# de evacuaciones: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado aquí —>						
Cambios en el apetito: Menor ingesta de alimentos y líquidos Llame al médico si no puede comer o beber*	<input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> Disminución en la ingesta <input type="checkbox"/> No puede comer o beber	<input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> Disminución en la ingesta <input type="checkbox"/> No puede comer o beber	<input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> Disminución en la ingesta <input type="checkbox"/> No puede comer o beber	<input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> Disminución en la ingesta <input type="checkbox"/> No puede comer o beber	<input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> Disminución en la ingesta <input type="checkbox"/> No puede comer o beber	<input type="checkbox"/> No hay cambios <input type="checkbox"/> Disminución en la ingesta <input type="checkbox"/> No puede comer o beber
Anote cualquier cambio aquí —>						
*Informe esto a su médico de inmediato						

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
Si está recibiendo radiación en el pecho:						
Dolor o dificultad para tragar (deglución): Ninguno Leve: Siente dolor pero puede comer Moderado: Siente dolor lo que requiere una dieta blanda o líquida* Severo: No puede comer en absoluto*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado aquí —>						
Dolor (sensibilidad) en los senos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si está recibiendo radiación en la pelvis:						
Informe a su médico si tiene alguna secreción o resequeidad vaginal* Anote cualquier síntoma aquí —> Anote cualquier medicamento que haya tomado aquí —>						
Si está recibiendo radiación en el cerebro:						
Informe a su médico si tiene alguno de los siguientes síntomas: Dolor de cabeza* Convulsiones* Náuseas/vómitos* Disminución/pérdida de audición* Anote cualquier síntoma aquí —>						
*Informe esto a su médico de inmediato						



Planilla de efectos secundarios de la radiación externa

Algunas preguntas para hacerle a mi médico

¿Qué efectos secundarios debo informarle de inmediato?

¿Qué debo hacer para los efectos secundarios que tengo?

Notas

Para obtener más información:

Estamos disponibles para responder sus preguntas sobre el cáncer. Póngase en contacto con nosotros llamando al 1-800-227-2345, o visítenos en línea en www.cancer.org/es.