

Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la radiación externa

La terapia con radiación externa utiliza potentes haces u ondas de energía para tratar ciertos tipos de cáncer y otros problemas causados por esta enfermedad. A diferencia de la quimioterapia, que afecta todo el cuerpo, la radioterapia solo afecta el tumor y el área circundante.

Al igual que todas las terapias contra el cáncer, la radioterapia produce efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser graves. Es importante que anote los efectos secundarios que presente, para que su equipo de atención médica contra el cáncer pueda ayudarle a manejarlos. Esta hoja de trabajo le ayudará a hacerlo. Si desea más información sobre la radioterapia, visite cancer.org/radiation.

Las siguientes páginas contienen una lista de los efectos secundarios más frecuentes que podrían presentar los pacientes que reciben radioterapia.

- Es posible que usted no presente ninguno, que presente algunos, o que presente todos estos efectos secundarios, o podría tener otros que no se mencionan aquí.
- Hemos incluido sugerencias para ayudarle a que describa a su médico cada uno de estos efectos secundarios.
- Algunos efectos secundarios son más graves que otros.
- **Pregunte a su equipo de atención médica contra el cáncer cuándo debe llamar inmediatamente al consultorio respecto a ciertos efectos secundarios.** Anótelos en la última página.

Imprima o guarde una copia de la hoja de trabajo de cada semana que reciba tratamiento y llévela consigo cuando visite al médico.

Cómo usar esta hoja de trabajo

- Esta hoja de trabajo cubre 1 semana de radioterapia. Necesitará imprimir más hojas de trabajo para cada semana de tratamiento.
- Los efectos secundarios posibles se listan en la columna izquierda.
- En la columna de cada día de la semana marque el recuadro que describa qué tan grave es cada efecto secundario. Si no tiene un efecto secundario en particular, marque el recuadro “No”.
- Anote los medicamentos que tomó para tratar el efecto secundario, o lo que hizo que pudo haberle ayudado a sentirse mejor.
- **Si tiene un efecto secundario que se pueda describir como “grave”, comuníquese inmediatamente con su equipo de atención médica contra el cáncer.**

Al final de la lista hay espacios adicionales para que usted añada cualquier efecto secundario que pudiera tener y que no se incluya en la lista.

Asegúrese de preguntar a su equipo de atención médica contra el cáncer cuáles son los efectos secundarios más frecuentes de su tratamiento con radiación, cuánto podrían durar, qué tan graves podrían ser, y cuándo debe llamar a su equipo de atención médica contra el cáncer.



Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la radiación externa

Semana n.º _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
Síntomas generales					
Fatiga (debilidad): No Leve: Se alivia con el descanso Moderada: No se alivia con el descanso, no puede hacer tareas domésticas ni actividades laborales Grave: No se alivia con el descanso, no puede cuidarse a sí mismo*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Cambios en la piel (en áreas en donde se administra la radioterapia): No Leves: Enrojecimiento, sequedad, comezón y descamación ligeros Moderados: Enrojecimiento o despellejamiento húmedo, especialmente en los pliegues de la piel* Graves: Hinchazón y despellejamiento húmedo en un área grande o úlcera en la piel*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves
Fiebre (con o sin resfriados): Anote la temperatura más alta que haya tenido durante el día. No: Temperatura de 98.6 °F Leve: Fiebre de 98.6 a 100.4 °F Moderada: Fiebre de 100.4 a 104 °F* Grave: Fiebre de más de 104 °F*	_____ °F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	_____ °F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	_____ °F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	_____ °F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	_____ °F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>					
Si está recibiendo radiación en la cabeza o en el área del cuello:					
Úlceras (llagas) bucales: No Leves: Molestia o úlceras sin dolor Moderadas: Molestia o úlcera con dolor pero puede comer* Graves: Dolor intenso y dificultades para comer*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves
Anote aquí los medicamentos que toma —>					
Ressequedad de la boca (xerostomía): Menor cantidad de saliva Saliva densa No produce saliva	<input type="checkbox"/> Menor cantidad <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> No produce saliva	<input type="checkbox"/> Menor cantidad <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> No produce saliva	<input type="checkbox"/> Menor cantidad <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> No produce saliva	<input type="checkbox"/> Menor cantidad <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> No produce saliva	<input type="checkbox"/> Menor cantidad <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> No produce saliva
Náuseas y vómitos: No Leves: Puede comer Moderados: Come o bebe menos que lo normal Graves: No puede comer ni beber*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves
Anote aquí los medicamentos que toma —>					
*Notifique inmediatamente este efecto secundario a su equipo de atención médica contra el cáncer.					

Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la radiación externa

Semana n.º _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
Si está recibiendo radiación en el seno:					
Cambios en la piel No Leves: Enrojecimiento, sequedad o comezón ligeros Moderados: Enrojecimiento o despellejamiento húmedo, especialmente en los pliegues de la piel* Graves: Hinchazón y despellejamiento húmedo en un área grande	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves
Dolor en el seno Sí 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
Inflamación del seno/pared torácica/brazo (linfedema): No Leve: Inflamación ligera, cambios tenues del color de la piel, algo de engrosamiento de la piel; Moderada: Inflamación visible, rigidez o enrojecimiento de la piel, cambio del color o de la textura de la piel, cierta dificultad para levantar objetos o mover los brazos o las piernas* Grave: Inflamación grave, piel muy seca o gruesa, exudación de la piel, ampollas en la piel o dificultad para levantar objetos o mover los brazos o las piernas*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
*Notifíquelo inmediatamente a su médico.					

Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la radiación externa

Semana n.º _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
Si está recibiendo radiación en el abdomen:					
Náuseas y vómitos: No Leves: Puede comer Moderados: Come o bebe menos que lo normal Graves: No puede comer ni beber*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves
Anote aquí los medicamentos que toma —>					
Diarrea: (Anote el mayor número de deposiciones intestinales que tiene en un día) No: El número habitual de deposiciones intestinales Leve: De 1 a 3 deposiciones intestinales más de lo habitual Moderada: De 4 a 6 deposiciones intestinales más que lo habitual al día* Grave: 7 o más deposiciones intestinales más que lo habitual; debilidad o mareos*	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que toma —>					
Estreñimiento: Si No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anote aquí cualquier cambio —>					
*Notifique inmediatamente a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre este efecto secundario.					



Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la radiación externa

Semana n.º _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
Si está recibiendo radiación en el pecho:					
Dolor o dificultad para tragar: No Leve: Hay dolor pero puede llevar una dieta ordinaria Moderado: El dolor causa problemas para llevar una dieta ordinaria* Grave: Come muy poco*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>					
Tos o dolor de garganta: Tos Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar: No Leve: Con actividad moderada Moderada: Con actividad mínima* Grave: En reposo; Busque inmediatamente tratamiento*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>					
Pérdida del apetito (anorexia): No Leve: Pérdida del apetito pero aún come bien Moderada: Come menos pero tiene poca reducción de peso Grave: No come lo suficiente para mantener el peso*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>					
Si está recibiendo radiación en el cerebro:					
Notifique a su médico si tiene alguno de los siguientes problemas: Dolor de cabeza* Convulsiones* Náuseas y vómitos* Disminución o pérdida de la audición* Cansancio extremo (fatiga)* Problemas con la memoria y el habla* Anote aquí cualquier síntoma adicional —>					
*Notifique inmediatamente este efecto secundario a su equipo de atención médica contra el cáncer.					

Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la radiación externa

Semana n.º _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
INDIQUE EN LOS RECUADROS SIGUIENTES CUALQUIER OTRO EFECTO SECUNDARIO QUE PRESENTE.					
Efecto secundario:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Efecto secundario:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Efecto secundario:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave



Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la radiación externa

Semana n.º _____

Preguntas para mi médico

¿Qué efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?

¿Qué puedo hacer para tratar los efectos secundarios que tengo?

Notas

Estamos disponibles para contestar sus preguntas sobre el cáncer. Comuníquese con nosotros al **1-800-227-2345**, o visítenos en línea en **cancer.org/es**.