

Hoja de trabajo sobre los efectos secundarios de la radiación externa

La radiación externa utiliza rayos u ondas potentes de energía para tratar ciertos tipos de cáncer y otros problemas causados por el cáncer. La radiación externa por lo general solo afecta la parte del cuerpo que recibe la radiación. La radiación mata las células que crecen rápidamente, incluso si no son cancerosas. Algunas células sanas alrededor del tumor también pueden resultar dañadas. Visite cancer.org/radiation para obtener más información sobre la radioterapia.

Es importante realizar un seguimiento de cualquier efecto secundario que tenga para que su equipo de atención contra el cáncer pueda ayudarle a controlarlos. Esta hoja de trabajo le ayudará con eso.

En las siguientes páginas se mencionan los efectos secundarios más comunes que podrían tener las personas que reciben radioterapia.

- Puede que no presente ninguno, algunos o todos estos efectos secundarios, o puede que presente otros no mencionados aquí.
- Hemos incluido sugerencias para ayudarle a describir cada uno de estos efectos secundarios a su médico.
- **Pregúntele a su equipo de atención contra el cáncer cuándo debe llamar a su consultorio de inmediato sobre ciertos efectos secundarios.** Escriba esto en la última página de esta hoja de trabajo.

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

¿Cómo utilizar esta hoja de trabajo?

- Esta hoja de trabajo cubrirá 1 semana (5 días de tratamiento en una semana) de radioterapia. Tendrá que imprimir hojas de trabajo adicionales para cada semana de tratamiento.
- Para cada día de la semana, diríjase a la columna correspondiente a ese día y marque la casilla que describe qué tan grave es cada efecto secundario. Si no tiene ningún efecto secundario en particular, marque la casilla “Ninguno”.
- Escriba qué medicamentos tomó para tratar el efecto secundario o qué hizo que podría haberle ayudado a sentirse mejor.
- **Si tiene un efecto secundario que pueda describirse como grave, comuníquese con su equipo de atención contra el cáncer de inmediato.**

Pregúntele a su equipo de atención contra el cáncer cuáles son los efectos secundarios más comunes de su tratamiento de radiación, cuánto podrían durar, qué tan graves podrían ser y cuándo debe llamar al equipo de atención contra el cáncer.

| Fecha | / / | / / | / / | / / | / / |
|--|--|--|--|--|--|
| | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 | Día 5 |
| Efectos secundarios generales comunes | | | | | |
| Fatiga (sensación de debilidad): Ninguno Leve: se alivia con el descanso Moderado: no se alivia con el descanso, no puede realizar actividades domésticas ni laborales Grave: no se alivia con el descanso, no puede cuidar de sí mismo, tiene dificultad para caminar o se cae* | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Cambios en la piel (en partes donde se administra la radioterapia): Ninguno Leve: enrojecimiento leve, sequedad, picazón y descamación Moderado: enrojecimiento o descamación húmeda, en especial en los pliegues de la piel* Grave: hinchazón y descamación húmeda en una parte extensa o úlcera en la piel* | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Fiebre (con o sin escalofríos): Anote su temperatura más alta del día. Ninguna: temperatura 98.6 °F Leve: fiebre de 98.6 °F a 100.4 °F Moderada: fiebre de 100.4 °F a 104 °F* Grave: fiebre superior a 104 °F* | _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando para esto. —> | | | | | |
| Si está recibiendo radiación en una parte de la cabeza o el cuello: | | | | | |
| Dolor de boca (mucositis): Ninguno Leve: dolor o úlceras indoloras Moderado: dolor o úlcera dolorosa pero puede comer* Grave: dolor intenso con dificultad para comer* | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando para esto. —> | | | | | |
| Boca seca (xerostomía): Disminución de saliva Saliva espesa Sin saliva | <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Espesa <input type="checkbox"/> Sin saliva | <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Espesa <input type="checkbox"/> Sin saliva | <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Espesa <input type="checkbox"/> Sin saliva | <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Espesa <input type="checkbox"/> Sin saliva | <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Espesa <input type="checkbox"/> Sin saliva |
| Náuseas y vómitos: Ninguno Leve: puede comer Moderado: come/bebe menos de lo normal Grave: no puede comer ni beber* | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando para esto. —> | | | | | |
| *Informe a su equipo de atención contra el cáncer sobre este efecto secundario de inmediato. | | | | | |

| Fecha | / / | / / | / / | / / | / / |
|---|--|--|--|--|--|
| | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 | Día 5 |
| Si está recibiendo radiación en la mama: | | | | | |
| Cambios en la piel Ninguno Leve: enrojecimiento leve, sequedad o picazón Moderado: enrojecimiento o descamación húmeda, en especial en los pliegues de la piel* Grave: hinchazón y descamación húmeda en una parte extensa* | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Dolor de pecho Sí No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Hinchazón de la mama, la pared torácica y el brazo (linfedema): Ninguno Leve: hinchazón leve, cambios leves en el color de la piel, algo de engrosamiento de la piel Moderado: hinchazón visible, tirantez o dureza de la piel, cambio en el color o la textura de la piel, cierta dificultad para levantar o mover brazos o piernas* Grave: hinchazón intensa, piel muy seca o gruesa, secreción de líquido de la piel, ampollas en la piel, dificultad para levantar o mover brazos o piernas* | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| *Informe a su médico sobre esto inmediatamente. | | | | | |

| Fecha | / / | / / | / / | / / | / / |
|--|--|--|--|--|--|
| | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 | Día 5 |
| Si está recibiendo radiación en el abdomen: | | | | | |
| Náuseas y vómitos: Ninguno Leve: puede comer Moderado: come/bebe menos de lo normal Grave: no puede comer ni beber* Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando. —> | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Diarrea: (Anote el número de deposiciones en un día.) Ninguno: mismo número de deposiciones que de costumbre Leve: 1 a 3 deposiciones más de lo habitual Moderado: de 4 a 6 deposiciones por día más de lo habitual* Grave: 7 o más deposiciones de lo habitual; debilidad o mareos* Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando. —> | Cantidad de deposiciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | Cantidad de deposiciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | Cantidad de deposiciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | Cantidad de deposiciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | Cantidad de deposiciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Estreñimiento: Ninguno Leve: uso de ablandadores de heces o laxantes de vez en cuando Moderado: uso de laxantes o enemas la mayoría de los días o todos los días* Grave: incapacidad para evacuar los intestinos a pesar de tomar medicamentos; los síntomas interfieren con el autocuidado* Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando. —> | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| *Informe a su equipo de atención contra el cáncer sobre este efecto secundario. | | | | | |

| Fecha | / / | / / | / / | / / | / / |
|---|--|--|--|--|--|
| | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 | Día 5 |
| Si está recibiendo radiación en el pecho: | | | | | |
| Dolor o dificultad al tragar: Ninguno Leve: dolor pero puede llevar una dieta normal Moderado: dolor que provoca dificultad para ingerir una dieta sólida regular* Grave: no puede comer alimentos sólidos habituales o se atraganta con la comida o la bebida* Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando para esto. —> | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Falta de aire: Ninguno Leve: con actividad moderada Moderado: con actividad mínima* Grave: en reposo; busque tratamiento inmediato* Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando para esto. —> | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Pérdida de apetito (anorexia): Ninguno Leve: pérdida de apetito, pero sigue comiendo bien Moderado: come menos pero pierde poco peso Grave: no come lo suficiente para mantener el peso* Escriba aquí cualquier medicamento que esté tomando para esto. —> | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Si está recibiendo radiación en el cerebro: | | | | | |
| Informe a su médico si presenta alguno de los siguientes síntomas: Dolor de cabeza* Convulsiones* Náuseas/vómitos* Disminución/pérdida de audición* Cansancio extremo (fatiga)* Problemas con la memoria y el habla* Anote aquí otros síntomas. —> | | | | | |
| *Informe a su equipo de atención contra el cáncer sobre este efecto secundario de inmediato. | | | | | |

| Fecha | / / | / / | / / | / / | / / |
|---|--|--|--|--|--|
| | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 | Día 5 |
| Mencione cualquier otro efecto secundario que experimente en los siguientes cuadros. | | | | | |
| Efecto secundario: | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Efecto secundario: | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |
| Efecto secundario: | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave |



Every cancer. Every life.™

Núm. de semana _____

Preguntas para hacerle a mi equipo de atención contra el cáncer

¿Qué efectos secundarios debo comunicarle de inmediato? ¿Con quién debo comunicarme fuera del horario laboral o durante los fines de semana o feriados?

Notas



Para obtener más información sobre la radioterapia, visite el sitio web de la American Cancer Society en cancer.org/radiation o llámenos al **1-800-227-2345**. Estamos aquí para cuando nos necesite.