

Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la quimioterapia

La quimioterapia (quimio) es un tipo de medicamentos que se usan para eliminar el cáncer. La quimioterapia mata las células que crecen rápido, incluso si no son células cancerosas. Algunas células normales y sanas también pueden resultar dañadas. Esto puede causar efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser graves. Es diferente para cada persona. Visite: cancer.org/chemo para informarse más sobre la quimioterapia.

Es importante dar seguimiento a cualquier efecto secundario que esté teniendo para que su equipo de atención médica contra el cáncer pueda ayudarle a manejarlo. Esta hoja de trabajo le ayudará a hacerlo.

En las páginas siguientes se detallan los efectos secundarios más comunes que podrían presentar las personas que reciben quimioterapia.

- Es posible que usted no presente ninguno, presente alguno o todos estos efectos secundarios o bien puede que tenga otros que no se enumeran aquí. En la página 5, hay 2 filas vacías si necesita realizar un seguimiento de un efecto secundario que no figura en la lista.
- Hemos incluido sugerencias para ayudarle a describir cada uno de estos efectos secundarios a su médico.
- **Pregunte a su equipo de atención médica contra el cáncer cuándo debe llamar de inmediato a su consultorio con referencia a ciertos efectos secundarios.** Anótelos en la última página.

Imprima o guarde una copia de la hoja de trabajo para cada semana en la que esté recibiendo tratamiento y lleve la hoja de trabajo con usted cuando va a una cita médica.

Cómo usar esta hoja de trabajo

- Esta hoja de trabajo abarca 7 días de un ciclo de quimioterapia. Un ciclo es un período de tiempo que por lo general comienza con un día de tratamiento seguido de más días de tratamiento, con días libres (sin tratamiento) en el medio.
- Complete los días del ciclo de quimio (por ejemplo, el día en que inicia la quimio es el Día 1) y las fechas para la semana.
- Para cada día del ciclo, vaya a la columna de ese día y marque el casillero que describe qué tan grave es cada efecto secundario. Si no tiene un efecto secundario en particular, marque el casillero "Ninguno".
- Anote los medicamentos que tomó para tratar el efecto secundario o lo que hizo que podría haber ayudado a que se sienta mejor.
- **Si tiene un efecto secundario que se puede describir como "grave", comuníquese con su equipo de atención médica contra el cáncer de inmediato.**

Pregunte a su equipo de atención médica contra el cáncer qué efectos secundarios son más comunes con su tratamiento de quimio, cuánto tiempo podrían durar, qué tan graves podrían ser y cuándo debe llamar al equipo de atención médica contra el cáncer.

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____						
Fiebre (con o sin escalofríos) Anote su temperatura más elevada para el día. Ninguna: temperatura de 98.6° F (36.6° C) Leve: fiebre de 98.6° F (36.6° C) a 100.4° F (38° C) Moderada: fiebre de 100.4° F (38° C) a 104° F* (40° C) Grave: fiebre más alta de 104° F* (40° C)	Temp. máx.: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx.: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx.: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx.: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx.: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx.: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx.: _____°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. →							
Fatiga (sentirse débil): No Leve: se alivia con descanso Moderada: no se alivia con descanso, no puede realizar actividades domésticas o laborales. Grave: no se alivia con descanso, no puede cuidar de sí mismo, tiene problemas para caminar o se cae*	<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	<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
Náuseas y vómitos: No Leves: puede comer Moderados: come y bebe menos de lo habitual 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	<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 tomó para tratar este síntoma. →							
Úlceras (llagas) bucales (mucositis): No Leves: molestia o úlceras sin dolor Moderadas: molestia o úlcera dolorosa pero puede comer* Graves: úlcera dolorosa y no puede 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	<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 tomó para tratar este síntoma. →							
*Informe de inmediato a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre este efecto secundario.							

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____						
Diarrea: Anote el número de deposiciones intestinales (D.I.) que tienen en un día. No: el número habitual de deposiciones intestinales. Leve: 1 a 3 deposiciones más de lo habitual Moderada: 4 a 6 deposiciones más de lo habitual Grave: 7 o más deposiciones de lo habitual; debilidad o mareos*	# de D.I.s: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	# de D.I.s: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	# de D.I.s: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	# de D.I.s: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	# de D.I.s: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	# de D.I.s: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	# de D.I.s: _____ <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. →							
Estreñimiento: No Leve: toma ablandadores de heces o laxantes ocasionalmente Moderado: usa laxantes o enemas la mayoría de los días o todos los días* Grave: no presenta deposiciones (no puede defecar) a pesar de la medicación; los síntomas interfieren con el cuidado personal*	<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	<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. →							
Pérdida del apetito (anorexia): No Leve: pérdida de apetito pero aún come bien Moderada: come menos pero poca pérdida 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	<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. →							
Dolor o dificultad para tragar: No Leve: siente dolor, pero puede comer una dieta sólida ordinaria. Moderado: el dolor causa problemas para comer una dieta sólida ordinaria* Grave: no puede comer alimentos sólidos ordinarios o se atraganta con la comida/bebida*	<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	<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. →							
*Informe de inmediato a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre este efecto secundario.							

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____						
<p>Ansiedad o depresión: No Leve: presenta síntomas leves, capaz de realizar actividades habituales. Moderada: los síntomas interfieren con las actividades domésticas o laborales. Grave: los síntomas interfieren con el cuidado personal* Si está pensando en hacerse daño, busque ayuda de inmediato.</p>	<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	<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. →							
<p>Inflamación (edema) en las manos o en los pies: No Leve: inflamación visible en las manos o en los pies Moderada: inflamación que interfiere con las actividades domésticas o laborales* Grave: inflamación que interfiere con el cuidado personal*</p>	<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	<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. →							
<p>Picazón o sarpullido: No Leve: sarpullido en una pequeña parte del cuerpo; puede tener picazón/sensibilidad* Moderada: sarpullido en hasta un tercio del cuerpo; puede tener picazón/sensibilidad* Grave: sarpullido en más de un tercio del cuerpo; puede tener picazón/sensibilidad de moderada a grave*</p>	<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	<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. →							
<p>Dificultad para respirar: No Leve: con actividad moderada Moderada: con actividad mínima* Grave: en reposo; busque tratamiento de inmediato*</p>	<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	<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. →							
<p>*Informe de inmediato a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre este efecto secundario.</p>							

Hoja de trabajo de los efectos

Ciclo# _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____						
Dolor muscular o de las articulaciones: No Leve: siente dolor pero no requiere medicamentos. Moderado: dolor moderado que limita la capacidad para realizar actividades domésticas o laborales. Grave: siente un dolor intenso que interfiere con el cuidado personal*	<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	<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. →							
Adormecimiento u hormigueo en las manos o en los pies: No Leve: leve sensación de hormigueo Moderado: hormigueo o entumecimiento moderado que interfiere con la capacidad de realizar actividades domésticas o laborales. Grave: entumecimiento, hormigueo o dolor grave que interfiere con el cuidado personal o la capacidad de pararse o caminar*	<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	<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. →							
Indique en los casilleros siguientes cualquier otro efecto secundario que presente. (Otros efectos secundarios pueden incluir: caída del cabello, problemas de memoria o de concentración, aparición de moretones o sangrado con facilidad, cambios en la piel o en las uñas como piel seca o cambios en el color, problemas al orinar o con la vejiga)							
Efecto secundario:	<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	<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
Medicamentos que tomó →							
Efecto secundario:	<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	<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
Medicamentos que tomó →							
*Informe de inmediato a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre este efecto secundario.							

Preguntas para hacerle a mi equipo de atención médica contra el cáncer

¿Cuáles son los efectos secundarios que debo informarle de inmediato? ¿Con quién debo comunicarme después de horas de oficina, o durante fines de semana o días feriados?

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

Notas

Para obtener más información sobre la quimioterapia, visite el sitio web de la Sociedad Americana Contra El Cáncer en [cancer.org/chemo](https://www.cancer.org/chemo) o llámenos al: **1-800-227-2345**. Estamos aquí cuando usted nos necesite.