GUÍA DE PREPARACIÓN PARA TU VISITA MÉDICA

Esta guía ha sido creada con el objetivo de **organizar mejor las visitas post-trasplante que vas a realizar con tu médico**.

El cuestionario consta de dos partes: la primera sobre **síntomas físicos y emocionales que puedas sufrir** y la segunda parte, sobre el **conocimiento de la enfermedad**, para valorar el nivel de información que recibes y posibles preocupaciones que puedas tener.

Recomendaciones para cumplimentar la guía

- Puedes leer signos o síntomas con los que no te sientes identificado/a en esta guía. Solo marca aquellos con los que te identificas.
- Pregunta a tu cuidador habitual si tiene dudas sobre qué responder en alguna de las preguntas.
- Contesta basándote en los síntomas desde la última visita.
- No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente es una valoración de tu estado particular que tiene como objetivo mejorar la comunicación con tu médico.
- Aunque sea un pequeño detalle, coméntalo con tu Equipo de Trasplantes porque puede ser relevante.

Avalado por:

Fundación JOSEP CARRERAS contra la leucemia

aeal LINFOMA · MIELOMA · LEUCEMIA

AELCLÉS Agrupación Española de Entidades de Lucha Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre

ascol asociación contra la leucemia y enfermedades de la sangre

Con el aval de: GETH-TC

SER-20241125-59
25 febrero 2025

Impulsado por:

sanofi

Lee detenidamente los signos y síntomas que se van a presentar a continuación. **Marca solo aquellos con los que te sientas identificado/a y el grado en el que han aparecido.** Ten en cuenta que estos pueden no ser específicos de EICR y pueden ser debidos a otras causas, pero detectarlos y tratarlos a tiempo puede mejorar el pronóstico. Si hay más de una pregunta, marca aquellas con las que te sientas identificado/a, sean todas, algunas o ninguna.

RECUERDA COMENTARLE A TU MÉDICO:

Cuándo te aparecieron los síntomas, cómo te has sentido o qué observaste, la frecuencia con la que lo experimentas, si te mantienes estable o has empeorado y cómo te afectan en tu día a día.

- **No síntomas/signos**
- **Afectación leve**
- **Afectación moderada/grave**

PIEL, UÑAS Y VELLO

- ¿Has notado **erupciones cutáneas, ronchas o áreas de piel enrojecida?**
- ¿Has sentido **picor en la piel** sin una causa aparente?
- ¿Sientes la **piel seca, áspera o descamada**?
- ¿Has observado **cambios en el color o tono de tu piel**?
- ¿Has notado que tu **piel** se vuelve **más gruesa o dura** al tacto?
- ¿Has notado **cambios en la textura de tu cabello** (más frágil o fino)?
- ¿Has notado **cambios en tus uñas** (fragilidad, desprendimiento, cambios en la coloración, engrosamiento y/o crecimiento irregular)?

OJOS

- ¿Sientes los ojos secos, **como si tuvieras arena**?
- ¿Sientes los ojos **rojos o irritados**?
- ¿Sientes **molestias con la luz o el viento**?
- ¿Has notado que **tu visión se vuelve borrosa**?

MUCOSA ORAL

- ¿Notas **sequedad en la boca o esta sequedad te dificulta al comer**?
- ¿Tienes **llagas o úlceras dolorosas** en la boca (o labios)?
- ¿**Necesitas tomar calmantes o analgésicos** para el dolor en la boca?
- ¿Has notado **manchas blancas y/o rojas en la lengua, paladar, encías o interior de las mejillas** de la boca?
- ¿Tienes **dificultad para tragar alimentos o líquidos**?
- ¿Notas **mayor sensibilidad a los alimentos calientes/fríos, ácidos o picantes**?
- ¿Tienes **dificultad para abrir la boca ampliamente**?

SISTEMA DIGESTIVO

- ¿Has presentado **náuseas o vómitos**?
- ¿Sientes dolor o **molestias en el abdomen**?
- ¿Has experimentado **diarrea o heces más blandas** desde la última visita?
- ¿Los **cambios en el apetito** te causaron comer menos?
- ¿Has **reducido la cantidad de alimentos** que tomas? Indica qué has comido en las últimas 24h
- ¿Has sufrido una **pérdida de peso involuntaria**?

PULMONES

- ¿Has notado **dificultad para respirar** o **sensación de falta de aire** cuando está **en reposo,** por ejemplo, estando sentado?
- ¿Notas **dificultad para respirar** o **sensación de falta de aire** al hacer **esfuerzos leves** o **moderados**, como subir escaleras?
- ¿Has experimentado **tos seca de forma persistente**?

ARTICULACIONES

- ¿Has notado **dolor o rigidez en tus brazos, pies o tobillos**?
- ¿Has notado **dolor muscular, calambres, rigidez o debilidad sin causa aparente**?
- ¿Has notado **dificultades al realizar tus actividades físicas diarias** como ponerse o sacarse los calcetines o cogiendo algo del armario?

GENITALES

- ¿**Tienes molestias genitales durante las relaciones sexuales**?
- ¿Has notado **molestia al orinar, durante un examen ginecológico o secando la zona**?
- ¿Has notado **irritación, sequedad, quemazón, erupción, úlceras, secreciones u otras molestias**?

CARGA EMOCIONAL

- ¿Te sientes con **bajo estado de ánimo**?
- ¿Tienes **ansiedad**?
- ¿Cómo es tu **capacidad para cuidarte y valorarte**?
- ¿**Cómo de positiva es tu visión del futuro**?
- ¿**Cómo te sientes con respecto a tus emociones**?

Escanea el QR para ver este material online sobre la EICR

Para información más detallada, descarga el manual práctico de la EICR

EICR: enfermedad injerto contra receptor.

1. Manual práctico sobre la Enfermedad Injerto contra Receptor para pacientes y cuidadores. Fundación Josep Carreras. 2024. Disponible en: https://fcarreras.org/blog/eicr/ Última consulta julio 2024

ESPACIO PARA TALONARIO A6

MAT-ES-2402336-v2-03/2025

Impulsado por:
sanofi

Material realizado con un grupo de profesionales sanitarios y representantes de pacientes.