

# 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 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.

Talla

Peso

Fecha de visita

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.

● Leve ● Moderado ● Grave

### 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.



## 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

- ● ● ¿Tienes **dificultad para respirar?** ¿Durante el **esfuerzo?**  
¿Y durante el **reposo?**
- ● ● ¿**Te falta el aire al subir escaleras?**



## 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?**



## PULMONES

- ¿Te falta el aire cuando estás en reposo?
- ¿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?

## TRAS COMPLETAR LA GUÍA

¿Qué medicamentos estás tomando actualmente?

¿Qué signos o síntomas nuevos te han APARECIDO desde la última visita?

¿Qué signos o síntomas te han DESAPARECIDO desde la última visita?

¿Qué signos o síntomas SIGUEN IGUAL desde la última visita?

¿Cuáles son las áreas que más te limitan o preocupan?

¿Cómo afecta a tu día a día?  
Recuerda ejemplos donde experimente dificultades.

Otras consideraciones que quieras tratar en la visita



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

