

Diario de comidas y síntomas low FODMAP (2 semanas)

Dos semanas de comidas, síntomas y forma de las heces en papel, para repasar o llevar a una cita.

CÓMO USARLO

1. **Anota las cosas poco después de que ocurran.** La memoria se desvanece en un día, sobre todo con cantidades y horas.
2. **Comidas y bebidas:** anota la hora, qué fue y más o menos cuánto. Si dudas de un ingrediente, escríbelo.
3. **Síntomas:** anota la hora en que empezó cada uno y puntúalo de 0 (ninguno) a 10 (el peor).
4. **Deposiciones:** anota la hora y el tipo de Bristol de la página 2.
5. **Contexto:** sueño, estrés, ejercicio, medicamentos, viajes o cualquier cosa inusual.
6. **Rellena también los días buenos.** Son con los que comparas los días más difíciles.
7. **Que sea llevadero.** Si un campo te agobia, sáltalo y pregunta a tu dietista qué quiere ver.

Para llevar un registro, no para diagnosticar.

Bloat Gone no es un producto sanitario. No diagnostica, trata, cura ni previene enfermedades y no sustituye la atención profesional. Sigue una dieta baja en FODMAP con la orientación de un médico o dietista-nutricionista.

Un diario recoge lo que notaste; no puede demostrar que un alimento causó tus síntomas. Si tienes pérdida de peso inexplicada, sangrado rectal o diarrea con sangre, un bulto duro o una hinchazón en el abdomen, o falta de aire con palpitaciones y palidez poco habitual, busca consejo médico urgente en lugar de esperar a una cita.

MIS DATOS (OPCIONAL)

Fecha de inicio: _____ Dietista o profesional de la salud: _____

Escala de Bristol

Escribe el número del tipo que mejor encaje. Si dudas entre dos, elige uno y añade una nota.

1	Bolitas duras separadas
2	Heces grumosas con forma de salchicha
3	Con forma de salchicha y grietas
4	Lisa y blanda, con forma de salchicha o serpiente
5	Trozos blandos con bordes definidos
6	Blanda y pastosa, con bordes irregulares
7	Acuosa, sin partes sólidas

Los tipos 1 y 2 suelen agruparse como zona de estreñimiento, del 3 al 5 como zona habitual y los tipos 6 y 7 como zona de diarrea. Las fuentes difieren un poco en los límites. Fuente: Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol 1997;32:920-924.

ESCALA DE SÍNTOMAS

0 = ninguno 1 a 3 = leve 4 a 6 = moderado 7 a 10 = intenso. Usa el mismo significado cada día para que los números sean comparables.

UN EJEMPLO DE ENTRADA

Hora	Qué	Notas
12:30	Pasta con salsa de tomate en un restaurante	No sé si llevaba ajo o cebolla
15:00	Hinchazón 6, gases 4	Empezó unas 2,5 horas después de comer
21:30	Tipo 6 de Bristol	Dormí mal la noche anterior

Un ejemplo inventado para mostrar el nivel de detalle que ayuda. No es un consejo sobre qué comer.

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

COMIDAS Y BEBIDAS

Hora	Qué comí y bebí (ingredientes, si los sé)	Cantidad

SÍNTOMAS 0 = ninguno, 10 = el peor. Escribe la hora en que empezó cada uno.

Hora	Hinchazón	Gases	Dolor	Urgencia	Otros y notas

DEPOSICIONES Tipo de Bristol del 1 al 7, ver página 2

Hora	Tipo	Notas

CONTEXTO

Sueño (horas, calidad): _____

Estrés (0 a 10): _____ Ejercicio: _____

Medicamentos y suplementos (con dosis): _____

Algo inusual (viaje, enfermedad, regla, receta nueva): _____

Notas para mi cita

Patrones que notaste, preguntas que hacer y todo lo que quieras recordar.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

¿Prefieres el móvil?

Bloat Gone reúne comidas, síntomas y tipos de Bristol en una cronología con fechas y exporta un informe en PDF o XLSX de las fechas que elijas.

App Store | Google Play

Descarga gratuita en el App Store y Google Play.

Escanea el código para abrir la página con los enlaces a ambas tiendas, o visita bloatgone.app/es/ibs-food-diary

