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.

Día 1 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 2 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 3 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 4 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 5 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 6 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 7 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 8 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 9 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 10 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 11 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 12 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 13 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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): _____

Día 14 de 14

Fecha: _____ Día de la semana: _____

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.

¿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