



Colon irritable: qué dieta funciona, cuánto, y con qué **certeza**

Once dietas comparadas entre sí en 28 ensayos, con el número de estudios detrás de cada una. Cuál tiene de verdad respaldo, para qué síntoma sirve cada una, el desenlace donde ninguna funcionó, y la palanca que suma en vez de quitar. Escrita para Latinoamérica.

No es que no tengas nada. Es que lo que tienes no se ve en una imagen

El intestino irritable se diagnostica por criterios clínicos, no por descarte infinito.

Lo que falla es la comunicación entre el intestino y el cerebro: la sensibilidad está aumentada y la motilidad desordenada, y eso no aparece en una colonoscopia.



El dolor es real y el examen sale normal: eso es exactamente lo que define el diagnóstico

El intestino tiene su propia red de neuronas y habla con el cerebro en las dos direcciones. En el intestino irritable esa conversación está alterada de dos maneras a la vez. La **sensibilidad visceral** está aumentada, así que una cantidad normal de gas o de contenido produce dolor donde otra persona no notaría nada. Y la **motilidad** va desacompasada, lo que produce diarrea, estreñimiento o los dos alternándose.

Por eso los exámenes salen normales, y por eso a tanta gente le dicen que no tiene nada. Tener los exámenes normales es parte del diagnóstico, no la ausencia de él.

Y hay una parte que sí es de descarte y no se salta: hay señales que no son compatibles con este diagnóstico y obligan a estudiar. Están en la última página de esta guía, y conviene leerlas antes de empezar cualquier dieta.

LO PRIMERO, Y VA EN DIRECCIÓN CONTRARIA A LO QUE ESPERAS

Casi todo el mundo llega preguntando qué quitar. En 14 ensayos con 906 pacientes, **añadir fibra soluble funcionó**: riesgo relativo de seguir con síntomas de 0,83, con un número necesario a tratar de 7. Con **salvado** no hubo efecto (RR 0,90). Aquí también se suma, y elegir mal qué se suma explica buena parte de los fracasos.

Once dietas comparadas, y el número de ensayos detrás de cada una

El metaanálisis en red más completo reunió **28 ensayos aleatorizados y 2.338 pacientes**, comparando 11 dietas distintas contra cuatro tipos de control. Aquí no van ordenadas por su posición en el ranking, sino por cuánta evidencia tiene cada una detrás, que es lo que decide cuánto puedes confiar en el número.



El garbanzo encabeza la lista de lo que se retira primero, y también la de lo que vuelve

DIETA	ENSAYOS DETRÁS	RIESGO DE NO MEJORAR
Baja en FODMAP	24 ensayos	0,51
Dieta BDA/NICE (consejo dietético estándar)	8 ensayos	0,62
Baja en almidón y sacarosa	2 ensayos	0,41

La de menor riesgo aparente es la que tiene dos ensayos. La que tiene veinticuatro se queda un poco por detrás en el número y muy por delante en confianza. Los propios autores lo dicen sin adornos: **donde más evidencia hay es en la dieta baja en FODMAP**, y el resto son promesas por confirmar. En la red completa, casi todas las comparaciones se calificaron de confianza baja o muy baja.

Y cada dieta sirve para un síntoma distinto

LO QUE DECIDE TODO

TU SÍNTOMA PRINCIPAL	QUÉ ENCONTRÓ LA RED DE ENSAYOS
Hinchazón o distensión	La baja en FODMAP fue la única superior a la dieta habitual
Dolor abdominal	Varias mejoraron, con la baja en FODMAP entre ellas
Estreñimiento o diarrea	Ninguna dieta fue superior a ningún control

La dieta que más respaldo tiene es la que peor encaja en esta cocina

FODMAP es la sigla de un grupo de carbohidratos que se absorben mal y fermentan en el colon. La lista incluye a la vez el **frijol, la cebolla, el ajo, el trigo y la leche**, que es la base de casi todo lo que se cocina en la región. Por eso hacerla sin plan es la receta para acabar comiendo quince cosas.

La literatura ya trae las dos condiciones que la hacen sostenible, y no son opcionales: **es una fase corta de eliminación seguida de una reintroducción ordenada**, y rinde mejor acompañada. No se diseñó para dejarla puesta, y dejarla puesta empobrece la dieta y encarece la compra sin ganar nada.



La dieta con más respaldo se diseñó en otra cocina, y aquí hay que traducirla plato por plato

01 Fase uno, eliminar

Se retiran las familias altas en FODMAP a la vez, para saber si respondes. Es la parte incómoda y la más corta.

De cuatro a seis semanas, no más

02 Fase dos, reintroducir de a uno

Se devuelve una familia cada vez, con varios días de margen, para saber cuál era la tuya. Casi nadie reacciona a todas.

Una familia a la semana, anotando qué pasa cada día

03 Fase tres, quedarse con la dieta más amplia que tolere

El objetivo no es la dieta más restrictiva que aguantes: es la más amplia que puedas comer sin síntomas.

Y revisarla cada cierto tiempo, porque la tolerancia cambia

SOBRE EL ACEITE DE MENTA, QUE ES LO QUE MÁS SE PREGUNTA

En 10 ensayos con 1.030 pacientes funcionó: riesgo relativo de no mejorar de **0,65**, con un número necesario a tratar de 4, que es bueno. Y en los mismos ensayos **augmentó los eventos adversos de forma significativa** (RR 1,57), entre ellos el reflujo. Las dos mitades van juntas.



El pan de masa madre es de los pocos que aguantan la fase de restricción

PARA PEGAR EN LA NEVERA

El orden que evita acabar comiendo quince cosas

01 Descarta las señales de alarma antes de tocar el plato

Sangre, pérdida de peso, anemia, fiebre, síntomas que te despiertan o inicio después de los 50. Ninguna de esas se maneja con dieta.

Léelas en la última página antes de empezar

02 Empieza sumando fibra soluble, no quitando comida

Psyllium y avena. Es la intervención más barata, la que menos te quita y tiene número necesario a tratar de 7. El salvado no sirve para esto.

Sube despacio y con agua, dos a cuatro semanas

03 Si no basta, baja en FODMAP con fecha de salida

Es la que más evidencia tiene de todas. Y es una fase, no un destino: eliminar, reintroducir y quedarse con la dieta más amplia que tolere.

Cuatro a seis semanas de eliminación, y reintroducción después

04 Ajusta la expectativa según tu síntoma principal

Para hinchazón y dolor hay respuesta medida. Para el hábito intestinal, ninguna dieta superó a su control en la red de ensayos.

Si tu problema es el ritmo, la dieta no es tu palanca principal

05 Hazlo acompañado si puedes

La dieta baja en FODMAP toca a la vez el frijol, la cebolla, el ajo, el trigo y la leche. Sin guía es fácil quedarse sin comida y sin nutrientes.

Y si no puedes, al menos ponle fecha de salida por escrito

- ☐ Señales de alarma revisadas antes de empezar cualquier dieta
- ☐ Fibra soluble probada durante cuatro semanas, anotando qué pasó
- ☐ Fecha de salida de la fase de eliminación escrita en el calendario

Lo que no es colon irritable

CONSULTA, Y NINGUNA DE ESTAS SE MANEJA CON DIETA

1 **Sangre en las heces, en cualquier cantidad**

No es compatible con este diagnóstico. Se estudia.

2 **Perder peso sin proponértelo, anemia o fiebre**

Tres señales que cambian por completo la conducta.

3 **Síntomas que te despiertan por la noche**

El intestino irritable rara vez interrumpe el sueño.

4 **Que todo esto empiece después de los 50, o con familia con cáncer de colon**

También cuenta el antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal o celiaquía.

1. Cuffe M.S. *Efficacy of dietary interventions in irritable bowel syndrome*. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2025. PMID 40258374
2. Black C.J. *Low FODMAP diet in irritable bowel syndrome*. Gut, 2022. PMID 34376515
3. Moayyedi P. *Fiber supplementation in irritable bowel syndrome*. Am J Gastroenterol, 2014. PMID 25070054
4. Ingrosso M.R. *Peppermint oil in irritable bowel syndrome*. Aliment Pharmacol Ther, 2022. PMID 35942669
5. Black C.J. *Soluble fibre, antispasmodics and gut-brain neuromodulators in IBS*. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2020. PMID 31859183
6. Lacy B.E. *ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome*. Am J Gastroenterol, 2021. PMID 33315591

AVISO MÉDICO

Divulgación educativa.

NO ES UNA RECOMENDACIÓN MÉDICA NI REEMPLAZA LA DECISIÓN DE TU MÉDICO.

Por decisión expresa no nombra medicamentos, no recomienda ningún probiótico concreto y no propone ningún esquema de eliminación largo sin acompañamiento profesional.