



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA

LA ISODIETA O MÉTODO DE LA ISODIETA POSTURA DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Eduard Baladia^{1*}, Manuel Moñino¹, Martina Miserachs¹, Giuseppe Russolillo¹

¹Academia Española de Nutrición y Dietética.

e-mail de contacto: e.baladia@academianutricion.org

Con la colaboración del Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas.

Fecha de última actualización: 30/05/2025



Contenido

Declaración de Postura, 3

Introducción, 4

Consideraciones que justifican la postura, 6

1. No existe ningún estudio científico que caracterice o evalúe el impacto de una estrategia o método denominado “Isodieta”, 6
2. La “Isodieta” es una dieta milagro de las popularmente conocidas como dietas bajas en carbohidratos y altas en grasas, y no han mostrado ser mejores que las dietas hipocalóricas convencionales con un mayor contenido en hidratos de carbono y moderadas en grasas, 6
3. La población española ya consume suficiente cantidad de proteínas y grasas, y ningún suplemento de proteínas le ayudará a mejorar su salud, 8
4. La “Isodieta” puede ser peligrosa porque restringe la ingesta de frutas, hortalizas y legumbres, que no sólo ayudan en el control del peso corporal, sino también en la prevención de enfermedades crónicas prevalentes, 8
5. Las dietas hipocalóricas convencionales sugieren reducir de forma moderada y paulatina la ingesta calórica, lo que no siempre se traduce en “comer menos”, y por supuesto no produce desnutrición o anorexia, 10

Conclusiones, 11

Referencias, 12

Reconocimiento

Este informe actualiza una Declaración de Postura elaborada por el Grupo de Revisión Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas adoptada en octubre de 2012: Basulto J, Manera M, Baladia E, San Mauro I, Sotos M, Revenga J (Autores), Gil A, Amigó P, Blanquer M, Mielgo J (Revisores). Grupo de Revisión Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP-AEDN). “Isodieta o dieta isolipoproteica”. Postura del GREP-AEDN. Mayo de 2012 (última actualización: 28/mayo/2012). [monografía en Internet]. [citado 21 de 09 de 2023]. Disponible en: <http://fedn.es/docs/grep/docs/isodieta2012.pdf>

No todos los autores/as de la Declaración de Postura de 2012 han participado en la actualización y no tienen por qué estar de acuerdo con lo que este informe desarrolla.

Revisión

Documento revisado por el Comité Científico de la Academia Española de Nutrición y Dietética en 2024, constituido por: Alicia Bustos; Francisco Celdrán; María Colomer; Cristina Julián Almárcegui; M^a Cruz Martínez; Manuel Moñino; Alma Palau; Mar Ruperto; Giuseppe Russolillo; Alicia Salido; Alba M. Santaliestra Pasías; Mercedes Soto; Eva Trescastro; Claudia Urdangarín Fernández. Documento sujeto a exposición del Cuerpo de Académicos de la Academia Española de Nutrición y Dietética del 1 al 15 de mayo de 2024, y de exposición pública del 14 de abril al 14 de mayo de 2025.



DECLARACIÓN DE POSTURA

La Academia Española de Nutrición y Dietética, después de una evaluación exhaustiva, concluye que la “Isodieta” o “Dieta Isolipoproteica” debe ser considerada como una dieta milagro, que realiza promesas más allá de lo que la ciencia puede confirmar, que no es un tratamiento eficaz ni recomendable para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, y que hace afirmaciones falsas como que “es una dieta adelgazante y revitalizadora, y produce una mejoría progresiva en el organismo que potencia la longevidad”. La Academia informa que no ha hallado ningún estudio que caracterice o evalúe de forma específica la “Isodieta” (o “Método de la Isodieta”). La Isodieta es una dieta baja en carbohidratos y alta en grasas y proteínas, promovida en un libro de Jaime Brugos. Esta dieta recomienda reducir los alimentos ricos en hidratos de carbono, entre ellos las legumbres, y recomienda consumir carne, pescado o queso. Una revisión Cochrane publicada en 2022 que evaluaba exhaustivamente 61 ensayos controlados aleatorizados, concluyó que no hay un perfil de macronutrientes específico que sea superior, en términos de control de peso, para personas con o sin diabetes tipo 2, y que las dietas restringidas en carbohidratos no han mostrado ser mejores que las dietas hipocalóricas convencionales y equilibradas en macronutrientes.

Asimismo, la Academia Española de Nutrición y Dietética quiere recordar que la población española ya consume suficiente cantidad de proteínas, y en consecuencia no se requiere, en general, de la promoción de su consumo. En relación a los suplementos de proteínas que este método recomienda, la Academia advierte que ningún suplemento de proteína ha demostrado ser esencial para seguir una dieta saludable, ni eficaz como estrategia para la pérdida de peso. Dar a entender, como en el caso de la Isodieta, que es necesario consumir un suplemento de proteínas que, además, comercializa el propio impulsor de la dieta, es una estrategia agresiva, fraudulenta y poco ética debido al claro conflicto de interés financiero.

Es necesario reafirmar y aclarar que la dieta hipocalórica convencional, bien planificada, diseñada por dietistas-nutricionistas e individualizada a los gustos y preferencias de los pacientes, es capaz de conseguir una pérdida de peso efectiva.

Así mismo, se debe desmentir que, tal y como se sugiere en la “Isodieta”, una dieta hipocalórica planificada se base simplemente en “comer menos” o que puede provocar desnutrición o anorexia.

Por todo ello, la Academia Española de Nutrición y Dietética concluye que la “Isodieta” promete resultados de eficacia en la pérdida de peso que van más allá de lo que la ciencia puede asegurar. Además, realiza recomendaciones abiertamente peligrosas para la salud de la población que intente seguir este método, como por ejemplo la restricción del consumo de frutas, hortalizas y legumbres. En consecuencia, la Academia desaconseja tomar en consideración las afirmaciones provenientes de Jaime Brugos en lo relativo a la “Isodieta” (o “Isolipoproteica”), y considera que es una dieta milagro basada en una estrategia agresiva, fraudulenta, poco ética y potencialmente peligrosa para la salud de las personas que la sigan.



INTRODUCCIÓN

La "Isodieta," o dieta isolipoproteica, creada por Jaime Brugos, ganó notoriedad en España entre 2009 y 2012 como una forma revolucionaria de abordar la nutrición y la pérdida de peso. Por esta razón, el Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP-AEDN) recibió numerosas consultas sobre la llamada "Isodieta" por parte de un gran número de profesionales y diversos medios de comunicación. En 2009, el GREP-AEDN elaboró la primera versión denominada "Sobre el método denominado 'Isodieta'", que posteriormente actualizó en 2012 para revisar las teorías de la propuesta y contrastarlas con las evidencias científicas disponibles a esa fecha (1).

Cabe recordar que el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un creciente desafío de salud pública en la sociedad actual, y que numerosos países enfrentan tasas alarmantes de sobrepeso y obesidad en su población, lo que conlleva costos económicos, sociales y sanitarios muy significativos (2).

La obesidad, es una enfermedad de dimensiones epidémicas (3,4) que contribuye de forma sustancial a la carga global de enfermedades (5).

El tratamiento de la obesidad está enfocado principalmente en modificar los estilos de vida, haciendo hincapié en la eficacia demostrada de las dietas terapéuticas (6). Sin embargo, debido a las múltiples causas de la obesidad, a veces es necesario un enfoque multidisciplinar que incluya aspectos psicoterapéuticos y/o farmacológicos (7), e incluso, en casos extremos, procedimientos quirúrgicos (8).

Lamentablemente, es difícil para las personas que viven con obesidad mantener a largo plazo un tratamiento dietético que cambie su estilo de vida. Esto se debe en parte a la exposición constante a entornos alimentarios obesogénicos, donde los alimentos poco saludables son más accesibles y económicos (9,10). Además, la falta de dietistas-nutricionistas en la sanidad pública podría dificultar la adhesión a los consejos dietéticos para modificar los patrones alimentarios individuales. Estas dificultades a menudo conducen a la proliferación de métodos y productos milagrosos que prometen soluciones rápidas y que carecen de base científica.

La "Isodieta", según su autor, se basa en la nutrición y revitalización celular, promoviendo el consumo de proteínas y grasas mientras limita el de carbohidratos, y asegura que puede conducir a la pérdida de peso y a una vida más saludable y longeva. Sin embargo, antes de considerar sus afirmaciones, es esencial comprender en detalle en qué consiste esta dieta y qué principios la sustentan.

Según Brugos, la "Isodieta" *"es adecuada para personas de todas las edades, incluso niños"*. Afirma que *"es ideal para corregir los efectos negativos de una alimentación inadecuada y que puede beneficiar a personas con hipertensión, celiaquía, embarazadas y muchas otras condiciones de salud"*.

Teniendo en cuenta la información que obra en conocimiento de los autores de este documento, la "Isodieta" se basa en tres pilares principales:

1. Reducción drástica de carbohidratos: uno de los aspectos más destacados de la "Isodieta" es la reducción significativa de la ingesta de carbohidratos a partir de azúcares, pastelería, bollería y confitería, cereales y derivados, tubérculos como las patatas, legumbres y alcohol, mientras se aumenta la proporción de proteínas y grasas en la dieta recomendando el consumo de alimentos proteicos como la carne, el pescado y el queso. Según Brugos, los carbohidratos son la causa principal del aumento de la obesidad. En consecuencia, se propone una dieta baja en carbohidratos (low-carb), aunque en ningún momento se sugiere que la restricción sea suficientemente pronunciada como para inducir cetogénesis (*very-low carb* o *ketogenic diet*).
2. Consumo de proteínas de alta calidad: la "Isodieta" enfatiza el consumo de proteínas de alta calidad como parte fundamental de la dieta. Se argumenta que las proteínas son esenciales para revitalizar las células y promover la salud en general, y se sugiere que para lograrlo es recomendable el uso de complementos alimenticios como Vitality 95, que comercializa el propio impulsor de este método.
3. Aumento del consumo de grasas: la "Isodieta" sugiere que su método es único por incluir grasas saludables en la alimentación diaria.
4. Ejercicio de fuerza: la combinación de la dieta con ejercicio se promueve como una estrategia efectiva para revitalizar el organismo y ganar masa muscular.

Cualquier método de adelgazamiento, ya sea una dieta, un programa de ejercicios o cualquier otra estrategia, debe ser sometido a una evaluación profesional rigurosa y cuidadosa. Este proceso es esencial para tomar decisiones basadas en la evidencia sobre cómo abordar la pérdida de peso de manera segura y efectiva. Al considerar un método de adelgazamiento, es fundamental valorar sus beneficios y posibles desventajas, y compararse con las opciones terapéuticas disponibles.

El objetivo de este documento es ayudar tanto a los profesionales sanitarios que se dedican a la Nutrición Humana y Dietética, como a la población general, en la toma de decisiones responsables e informadas. Esta opinión científica, llevada a cabo mediante argumentos objetivos, ha sometido a juicio las hipótesis de Jaime Brugos, autor de la denominada "Isodieta o Isolipoproteica", para evitar que confundan a la población sobre las características de una dieta saludable, y orientar a las personas que viven con sobrepeso u obesidad en el correcto manejo de la enfermedad.



CONSIDERACIONES QUE JUSTIFICAN LA POSTURA

1. No existe ningún estudio científico que caracterice o evalúe el impacto de una estrategia o método denominado “Isodieta”.

La carencia de estudios que caractericen o evalúen el método conocido como "Isodieta" plantea una cuestión crítica en el campo de la nutrición y la pérdida de peso, ya que la adopción de cualquier enfoque dietético debe basarse en una sólida evidencia científica que garantice su seguridad y eficacia.

Para evaluar adecuadamente un método de pérdida de peso, es esencial contar con estudios clínicos bien diseñados y revisados por expertos. Estos estudios proporcionan información valiosa sobre los efectos a corto y largo plazo de la dieta en cuestión, incluyendo su capacidad para lograr y mantener una pérdida de peso saludable.

La falta de investigaciones específicas en torno a la “Isodieta” implica una ausencia de datos objetivos y confiables sobre su efectividad y su impacto en la salud. Esto dificulta a los profesionales de la salud y los individuos la toma de decisiones informadas respecto a esta estrategia dietética.

En consecuencia, los autores del presente documento han utilizado estudios realizados con aproximaciones similares para establecer la posible eficacia y seguridad de un programa basado en la restricción de carbohidratos, con un aporte importante de proteínas y con ejercicio de fuerza.

2. La “Isodieta” es una dieta milagro de las popularmente conocidas como dietas bajas en carbohidratos y altas en grasas, y no han mostrado ser mejores que las dietas hipocalóricas convencionales con un mayor contenido en hidratos de carbono y moderadas en grasas.

Entre las teorías y propuestas de Jaime Brugos para la “Isodieta”, se encuentran las siguientes tres afirmaciones:

- “El aumento de la obesidad se debe a una mala clasificación de los carbohidratos [...]”.
- “Se ha clasificado, de forma equivocada, a los carbohidratos como nutrientes comparables a las proteínas y las grasas [...] el problema parte de una errónea interpretación del ciclo de Krebs, elaborado por el científico alemán Hans Adolf Krebs, y que le valió en 1953 el Premio Nobel de Fisiología y Medicina”.
- “Con la pirámide [...] se ha venido recomendando un 55% de carbohidratos de igual forma para personas delgadas y con una extraordinaria actividad física que para aquellas otras que son obesas y, además, llevan una vida sedentaria. Esto significa que muchas personas con sobrepeso sedentarias consumen mucho más combustible del que deberían”.

Estas afirmaciones dan a entender que los carbohidratos son responsables de la epidemia de obesidad, y que una dieta baja en carbohidratos es el enfoque terapéutico más adecuado. Tales alegaciones contradicen la opinión al respecto de FAO/OMS (11), los resultados de una revisión de la literatura publicada hace una década y que ana-

lizó 2609 estudios (12), así como las conclusiones que se desprenden de recientes revisiones sistemáticas de la literatura científica.

Una revisión Cochrane publicada en 2022 (13) evaluó el impacto de dietas bajas en carbohidratos en comparación a dietas hipocalóricas convencionales. La revisión analizó 61 ensayos controlados aleatorios (ECA) que asignaron aleatoriamente a 6925 participantes a dietas bajas en carbohidratos o a dietas equilibradas en carbohidratos para la reducción de peso. Los autores investigaron principalmente dietas bajas en carbohidratos (> 50 g a 150 g por día o $< 45\%$ de la ingesta de energía), seguidas de dietas muy bajas en carbohidratos (≤ 50 g por día o $< 10\%$ de la ingesta de energía). La mayoría de los ensayos compararon dietas bajas en carbohidratos con dietas equilibradas en grasas y proteínas. Para el conjunto de pruebas, se consideró un nivel de evidencia moderado a muy bajo, y se obtuvieron los siguientes resultados:

- En participantes sin diabetes tipo 2 (DM2), las dietas bajas en carbohidratos no mostraron diferencias significativas en la pérdida de peso en comparación con las dietas equilibradas durante períodos cortos (3 a 8,5 meses) y a largo plazo (1 o 2 años). También se observó poca o ninguna diferencia en los factores de riesgo cardiovascular.
- En participantes con DM2, las dietas bajas en carbohidratos tampoco mostraron diferencias significativas en la pérdida de peso en comparación con las dietas equilibradas durante períodos cortos (3 a 6 meses) y a largo plazo (1 o 2 años). Además, no hubo diferencias significativas en los factores de riesgo cardiovascular.
- La evidencia sobre los efectos adversos informados por los participantes fue limitada y no permitió conclusiones claras.

Asimismo, se llegó a conclusiones parecidas en una revisión de revisiones sistemáticas publicada en 2022 (14) y en la que se analizaron 19 metaanálisis publicados en el período de 2013 a 2021. Los resultados indicaron que las dietas bajas en carbohidratos no demostraron tener mayor efecto, en términos de pérdida de peso, que las dietas altas en carbohidratos o bajas en grasas.

Por otro lado, cabe mencionar que no se han hallado datos de sociedades científicas de nutrición y dietética de reputación contrastada que den a entender que los carbohidratos sean clasificados como nutrientes comparables a las proteínas o a las grasas. Más bien al contrario, los expertos en el tema dedican capítulos enteros a detallar las funciones atribuibles a cada uno de dichos nutrientes y a su particular y propio metabolismo (15).

Finalmente, cabe mencionar que, reconociendo que una parte importante de la población está ingiriendo más energía de la que gasta, la razón no es que las guías alimentarias estén recomendando un exceso de carbohidratos. En tanto que las recomendaciones de carbohidratos están expresadas en porcentajes sobre el total de la ingesta calórica, a menor ingesta calórica, menor cantidad de carbohidratos a consumir y viceversa (11). Al ser el porcentaje de energía una cifra relativa (rango entre 40-70%), si se aplica sobre el gasto energético total de cada individuo, se obtendrá una cifra absoluta de energía. Y esta cifra permitirá calcular la cantidad de hidratos de carbono que ese individuo debe ingerir con el consumo principalmente de cereales

integrales, legumbres, frutas y hortalizas y que, a su vez, aseguren diariamente al menos 25 g de fibra y 600 g entre frutas y hortalizas como mínimo.

En resumen, las evidencias sugieren que no hay un perfil de macronutrientes específico que sea superior, en términos de control de peso, para personas con o sin diabetes tipo 2 y que las dietas con un contenido restringido en carbohidratos no han mostrado ser superiores a las dietas hipocalóricas convencionales y equilibradas en macronutrientes.

3. La población española ya consume suficiente cantidad de proteínas y grasas, y ningún suplemento de proteínas le ayudará a mejorar su salud

Brugos insiste en que *“Desde hace mucho tiempo, debimos haber enseñado a la población que hay dos nutrientes esenciales que son proteínas y grasas”*, y enfatiza el consumo de proteínas de alta calidad como parte fundamental de la dieta. También, argumenta que las proteínas son esenciales para revitalizar las células y promover la salud en general y sugiere que para lograrlo es recomendable el uso de complementos alimenticios como *Vitality 95*, que comercializa el propio impulsor de esta dieta.

Según los últimos datos publicados, la población española ya toma suficiente cantidad de proteína (ingesta media de 74,5g/día) (16), por lo que no tiene ninguna base científica ni está justificada promocionar un mayor consumo.

Además, tal y como concluye un estudio de seguimiento de 22944 adultos europeos durante 10 años, el consumo prolongado de dietas pobres en carbohidratos y ricas en proteínas podría asociarse a un aumento de la mortalidad total (17).

En este sentido, la Academia Española de Nutrición y Dietética quiere expresar una advertencia clara: ningún suplemento de proteína ha demostrado ser esencial para seguir una dieta saludable, ni demostrado eficacia como estrategia en la pérdida de peso. Dar a entender que es necesario consumir un suplemento que comercializa el propio impulsor de la dieta es una estrategia agresiva, fraudulenta y poco ética por el claro conflicto de interés financiero.

En relación a la ingesta de grasas saturadas y de colesterol, sustancias asociadas a incrementos del riesgo cardiovascular (18), también su consumo en la población española está ligeramente por encima de las recomendaciones. Así, la ingesta de ácidos grasos saturados (AGS) ronda el 11% de la energía total diaria en la población española (16), cuando se aconseja que no supere el 7% (18,19), aceptándose como adecuado un aporte no mayor del 10% de la energía dietética (20). En cuanto al colesterol, la ingesta es en adultos de 158 miligramos por cada 1000 kcal (16), cuando se aconseja que no supere los 100 mg por cada 1000 kcal.

4. La “Isodieta” puede ser peligrosa porque restringe la ingesta de frutas, hortalizas y legumbres, que no sólo ayudan en el control del peso corporal, sino también en la prevención de enfermedades crónicas prevalentes.

Otra afirmación errónea en las teorías de la “Isodieta” es la siguiente:

“Otra falacia que ha contribuido a dificultar la lucha contra la obesidad ha sido la de considerar a las frutas y las verduras como alimentos completos y nutritivos, que no engordan”

Dicha afirmación, sugiere que debe limitarse el consumo de frutas y hortalizas, lo que contradice de nuevo la evidencia científica, además de hacerlo también con las recomendaciones de instituciones nacionales e internacionales de máxima reputación dedicadas a la promoción de la salud y a la prevención de la obesidad. En la actualidad, se estima que la mortalidad mundial atribuible a una ingesta insuficiente de frutas y verduras asciende a un total de 2635 millones de muertes al año. Aumentar el consumo individual de frutas y verduras hasta 600 g al día podría reducir la carga total de enfermedades a nivel mundial en un 1,8%, disminuyendo la carga de enfermedades cardíacas isquémicas y accidentes cerebrovasculares isquémicos en un 31% y 19%, respectivamente. En cuanto al riesgo de cáncer de estómago, esófago, pulmón y colorrectal, las reducciones potenciales serían del 19%, 20%, 12% y 2%, respectivamente (21). La Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo, afirma que existe evidencia convincente acerca de que las frutas y hortalizas disminuyen el riesgo de obesidad (11).

Un metaanálisis de 17 estudios de cohortes, que involucraron a 563 277 participantes (22), examinó la relación entre el consumo de frutas y hortalizas y los cambios en el peso corporal, la circunferencia de la cintura y el riesgo de adiposidad. Los resultados revelaron una asociación inversa entre la ingesta de fruta y el peso corporal, lo que significa que aquellos que consumían más frutas experimentaron una disminución en el peso corporal a lo largo del tiempo. Además, se observó una asociación inversa entre una mayor ingesta de frutas y cambios en la circunferencia de la cintura, lo que significa que aquellos que consumían más frutas tenían una reducción en la circunferencia de la cintura con el tiempo. En comparación con las personas que tenían las ingestas más bajas, aquellos que consumían más frutas, hortalizas o una combinación de ambas tenían un menor riesgo de adiposidad, con reducciones del 9%, 17% y 17%, respectivamente.

Otros autores realizaron una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (23) con el objetivo de evaluar si el aumento del consumo de hortalizas y frutas, sin sugerir la eliminación de otros alimentos de la dieta, producía un impacto en el peso corporal y la ingesta de energía. Se incluyeron ocho estudios con un total de 1026 participantes y una duración media de 14,7 semanas. Los resultados mostraron que aquellos participantes que aumentaron su ingesta de hortalizas y frutas experimentaron una disminución media de peso de -0,54 kg en comparación con los que mantuvieron un consumo bajo. Esto significa que promover un mayor consumo de hortalizas y frutas sin eliminar otros alimentos de la dieta, no conduce al aumento de peso a corto plazo, ni a un aumento de la ingesta calórica.

Asimismo, entre las teorías de la “Isodieta” se encuentra también la creencia de que “las legumbres deben ser consumidas en pequeñas cantidades”.

Esta afirmación sugiere también que hay que limitar el consumo de legumbres a cantidades pequeñas, mientras que la literatura científica apunta en la dirección contraria.

Un metaanálisis publicado en 2019 (24), después de evaluar todos los estudios disponibles, llegó a la conclusión de que un nivel de ingesta alto de legumbres en comparación con una baja ingesta, disminuía el riesgo de padecer sobrepeso/obesidad (RR: 0,88; IC95% de 0,84 a 0,93). De la misma forma, otro metaanálisis (25), tras analizar 28 estudios, concluyó que al comparar el nivel de ingesta más alto de legumbres con el más bajo, las personas que consumieron más legumbres presentaron una incidencia significativamente inferior de enfermedades cardiovasculares, enfermedades coronarias, hipertensión y obesidad.

En conclusión, parece poco probable que fomentar el consumo de frutas, hortalizas y legumbres, incluso sin recomendar la modificación de otros componentes del patrón alimentario, provoque un aumento de peso a corto plazo y pueda tener un papel en el mantenimiento o la pérdida de peso.

La Academia Española de Nutrición y Dietética advierte que seguir la “Isodieta” puede ser peligroso en tanto que este método restringe la ingesta de frutas, hortalizas y legumbres. Cabe recordar que estos alimentos tienen un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas prevalentes.

5. Las dietas hipocalóricas convencionales sugieren reducir de forma moderada y paulatina la ingesta calórica, lo que no siempre se traduce en “comer menos”, y por supuesto no produce desnutrición o anorexia

Finalmente, Brugos afirma que *“Otro error es la reiterada recomendación de que para adelgazar hay que comer menos, lo que produce desnutrición y puede conducir a la anorexia”*. Sin embargo, las evidencias contradicen la afirmación de que realizar una dieta hipocalórica convencional signifique comer menos y conduzca inevitablemente a la desnutrición y potencialmente a la anorexia.

Hasta la fecha, todos los consensos nacionales e internacionales coinciden en aconsejar una disminución en la ingesta calórica que oscile entre 500 y 1000 kcal/día para perder peso (26–31), y esto incluye a consensos españoles de prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (32–36).

Realizar una dieta hipocalórica no necesariamente significa comer menos en términos de cantidad, sino más bien cambiar el perfil nutricional de los alimentos que se consumen. No se reduce simplemente la cantidad de comida, sino que se trata de modificar el patrón de alimentación para incluir alimentos con menos densidad energética (menor cantidad de calorías por unidad de peso) y mayor densidad nutricional (ricos en nutrientes beneficiosos para la salud).

Esta modificación conlleva la incorporación de alimentos más saludables y nutritivos en la dieta diaria, como frutas, hortalizas, legumbres y otros alimentos también ricos en fibra, como los cereales integrales. En última instancia, una dieta hipocalórica bien planificada no conduce a la desnutrición o la anorexia. Más bien al contrario, busca alcanzar un equilibrio saludable entre las distintas fuentes de energía y la calidad nutricional de los alimentos, lo que puede contribuir a una pérdida de peso sostenible y mejorar la salud en general.

En cualquier caso, para llevar a cabo cualquier cambio en la dieta es importante contar con la orientación de profesionales de la salud, como los dietistas-nutricionistas, para asegurarse de que sea seguro y adecuado a las necesidades individuales.



CONCLUSIONES

La Academia Española de Nutrición y Dietética, después de una evaluación exhaustiva, concluye que la “Isodieta” o “Dieta Isolipoproteica” debe considerarse una dieta milagro, que realiza promesas más allá de lo que la ciencia

puede confirmar; que no es un tratamiento eficaz ni recomendable para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, y que hace afirmaciones falsas como que *“es una dieta adelgazante y revitalizadora, y produce una mejoría progresiva en el organismo que potencia la longevidad”*. En este sentido, la Academia informa que no ha hallado ningún estudio que caracterice o evalúe de forma específica la “Isodieta” (o “Método de la Isodieta”). La “Isodieta” es una dieta baja en carbohidratos y alta en grasas y proteínas, promovida en un libro escrito por Jaime Brugos. Esta dieta recomienda reducir los alimentos ricos en hidratos de carbono, entre ellos las legumbres, frutas y hortalizas, y recomienda consumir carne, pescado o queso. Una revisión Cochrane publicada en 2022 que evaluaba exhaustivamente 61 ensayos controlados aleatorizados, concluyó que no hay un perfil de macronutrientes específico que sea superior, en términos de control de peso, para personas con o sin diabetes tipo 2, y que las dietas restringidas en carbohidratos no han mostrado ser mejores que las dietas hipocalóricas convencionales y equilibradas en macronutrientes.

Asimismo, la Academia Española de Nutrición y Dietética quiere recordar que la población española ya consume suficiente cantidad de proteínas, y en consecuencia no se requiere, en general, de la promoción de su consumo. En relación a los suplementos de proteínas que este método recomienda, la Academia advierte que ningún suplemento de proteína ha demostrado ser esencial para seguir una dieta saludable, ni eficaz como estrategia para la pérdida de peso. Dar a entender, como en el caso de la “Isodieta”, que es necesario consumir un suplemento de proteínas que, además, comercializa el propio impulsor de la dieta, es una estrategia agresiva, fraudulenta y poco ética debido al claro conflicto de interés financiero.

Es necesario reafirmar y aclarar que la dieta hipocalórica convencional, bien planificada, diseñada por dietistas-nutricionistas e individualizada a los gustos y preferencias de los pacientes, es capaz de conseguir una pérdida de peso efectiva.

Así mismo, se debe desmentir que, tal y como se sugiere en la “Isodieta”, una dieta hipocalórica bien planificada se base simplemente en “comer menos” o que puede provocar desnutrición o anorexia.

Por todo ello, la Academia Española de Nutrición y Dietética concluye que la “Isodieta” promete resultados de eficacia en la pérdida de peso que van más allá de lo que la ciencia puede asegurar y realiza recomendaciones abiertamente peligrosas para la salud de la población que intente seguir este método, como por ejemplo la restricción del consumo de frutas, hortalizas y legumbres. En consecuencia, la Academia desaconseja tomar en consideración las afirmaciones provenientes de Jaime Brugos en lo relativo a la “Isodieta” (o “Isolipoproteica”), y considera que es una dieta milagro basada en una estrategia agresiva, fraudulenta, poco ética y potencialmente peligrosa para la salud de las personas que la sigan.

Referencias

1. Basulto J, Manera M, Baladía E, San Mauro I, Sotos M, Revenga J (Autores), Gil A, Amigó P, Blanquer M, Mielgo J (Revisores). Grupo de Revisión Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP-AEDN). "Isodieta o dieta isolipoproteica". Postura del GREP-AEDN. Mayo de 2012 (última actualización: 28/mayo/2012). [monografía en Internet]. [citado 12/09/2023] Disponible en: <http://fedn.es/docs/grep/docs/isodieta2012.pdf>.
2. Sikorski C, Luppá M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König HH, et al. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. *BMC Public Health*. 23 de agosto de 2011;11:661.
3. European Commission. Health Promotion Knowledge Gateway: Obesity Prevention [website]. Disponible en: <https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/obesity> [consulta: 12/12/2022].
4. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. 11th Revision; 2022; Burki T. European Commission classifies obesity as a chronic disease. *Lancet Diabetes Endocrinol*. julio de 2021;9(7):418.
5. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 16 de diciembre de 2017;390(10113):2627-42.
6. National Institute for Health and Care Excellence; NICE). Identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. Nice Guidelines: United Kingdom; 2022.
7. Padwal R, Li SK, Lau DCW. Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;2003(3):CD004094.
8. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 de agosto de 2014;2014(8):CD003641.
9. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 27 de agosto de 2011;378(9793):804-14.
10. Townshend T, Lake A. Obesogenic environments: current evidence of the built and food environments. *Perspect Public Health*. enero de 2017;137(1):38-44.
11. World Health Organization (WHO). Carbohydrate intake for adults and children: WHO guideline. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
12. Bravata DM, Sanders L, Huang J, Krumholz HM, Olkin I, Gardner CD, et al. Efficacy and safety of low-carbohydrate diets: a systematic review. *JAMA*. 9 de abril de 2003;289(14):1837-50.
13. Naude CE, Brand A, Schoones A, Nguyen KA, Chaplin M, Volmink J. Low-carbohydrate versus balanced-carbohydrate diets for reducing weight and cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 de enero de 2022;1(1):CD013334.
14. Churuangsu C, Hall J, Reynolds A, Griffin SJ, Combet E, Lean MEJ. Diets for weight management in adults with type 2 diabetes: an umbrella review of published meta-analyses and systematic review of trials of diets for diabetes remission. *Diabetologia*. enero de 2022;65(1):14-36.
15. Geissler C, Powers H. Human Nutrition. 11th Edition. United Kingdom: Elsevier, Churchill Livingstone. 2005.
16. Ruiz E, Ávila JM, Valero T, Del Pozo S, Rodríguez P, Aranceta-Bartrina J, et al. Macronutrient Distribution and Dietary Sources in the Spanish Population: Findings from the ANIBES Study. *Nutrients*. 22 de marzo de 2016;8(3):177.
17. Trichopoulou A, Psaltopoulou T, Orfanos P, Hsieh CC, Trichopoulos D. Low-carbohydrate-high-protein diet and long-term survival in a general population cohort. *Eur J Clin Nutr*. mayo de 2007;61(5):575-81.
18. American Heart Association Nutrition Committee, Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*. 4 de julio de 2006;114(1):82-96.
19. Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gillman MW, Lichtenstein AH, et al. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners: consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*. 27 de septiembre de 2005;112(13):2061-75.
20. World Health Organization (WHO). Total fat intake for the prevention of unhealthy weight gain in adults and children: WHO guideline. Geneva: World Health Organization; 2023.
21. Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M. The global burden of disease attributable to low con-

sumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bull World Health Organ.* febrero de 2005;83(2):100-8.

22. Schwingshackl L, Hoffmann G, Kalle-Uhlmann T, Arregui M, Buijsse B, Boeing H. Fruit and Vegetable Consumption and Changes in Anthropometric Variables in Adult Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *PLoS One.* 2015;10(10):e0140846.

23. Mytton OT, Nnoaham K, Eyles H, Scarborough P, Ni Mhurchu C. Systematic review and meta-analysis of the effect of increased vegetable and fruit consumption on body weight and energy intake. *BMC Public Health.* 28 de agosto de 2014;14:886.

24. Schlesinger S, Neuenschwander M, Schwedhelm C, Hoffmann G, Bechthold A, Boeing H, et al. Food Groups and Risk of Overweight, Obesity, and Weight Gain: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *Adv Nutr.* 1 de marzo de 2019;10(2):205-18.

25. Viguiliouk E, Glenn AJ, Nishi SK, Chiavaroli L, Seider M, Khan T, et al. Associations between Dietary Pulses Alone or with Other Legumes and Cardiometabolic Disease Outcomes: An Umbrella Review and Updated Systematic Review and Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. *Adv Nutr.* 1 de noviembre de 2019;10(Suppl_4):S308-19.

26. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Continente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP, et al. [Overweight and obesity in adults: recommendations and treatment algorithms]. *Med Clín (Barc).* 31 de enero de 2004;122(3):104-10.

27. Salas-Salvadó J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B, Grupo Colaborativo de la SEEDO. [SEEDO 2007 Consensus for the evaluation of overweight and obesity and the establishment of therapeutic intervention criteria]. *Med Clin (Barc).* 10 de febrero de 2007;128(5):184-96; quiz 1 p following 200.

28. National Institutes of Health/ National Heart, Lung, and Blood Institute. Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Institutes of Health/ National Heart, Lung, and Blood Institute; 2000.

29. World Health Organization (WHO). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. World Health Organization, 2007.

30. Klein S, Burke LE, Bray GA, Blair S, Allison DB, Pi-Sunyer X, et al. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease: a statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation.* 2 de noviembre de 2004;110(18):2952-67.

31. Kumanyika SK, Obarzanek E, Stettler N, Bell R, Field AE, Fortmann SP, et al. Population-based prevention of obesity: the need for comprehensive promotion of healthful eating, physical activity, and energy balance: a scientific statement from American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (formerly the expert panel on population and prevention science). *Circulation.* 22 de julio de 2008;118(4):428-64.

32. Gargallo Fernández M, Basulto Marset J, Breton Lesmes I, Quiles Izquierdo J, Formiguera Sala X, Salas-Salvadó J, et al. Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). Methodology and executive summary (I/III). *Nutr Hosp.* 2012;27(3):789-99.

33. Gargallo Fernández M, Quiles Izquierdo J, Basulto Marset J, Breton Lesmes I, Formiguera Sala X, Salas-Salvadó J, et al. Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). The role of diet in obesity prevention (II/III). *Nutr Hosp.* 2012;27(3):800-32.

34. Gargallo Fernández Manuel M, Breton Lesmes I, Basulto Marset J, Quiles Izquierdo J, Formiguera Sala X, Salas-Salvadó J, et al. Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). The role of diet in obesity treatment (III/III). *Nutr Hosp.* 2012;27(3):833-64.

35. Gargallo Fernández M, Marset JB, Lesmes IB, Izquierdo JQ, Sala XF, Salas-Salvadó J, et al. [FESNAD-SEEDO consensus summary: evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults]. *Endocrinol Nutr.* 2012;59(7):429-37.

36. Caixàs A, Villaró M, Arraiza C, Montalvá JC, Lecube A, Fernández-García JM, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sobre la continuidad asistencial en obesidad entre Atención Primaria y Unidades Especializadas Hospitalarias 2019. *Medicina Clínica.* 25 de septiembre de 2020;155(6):267.e1-267.e11.