



FIGURA 1. Plaça de la Vila de Gràcia con el ayuntamiento, ubicado en pleno centro del barrio. Foto: M^a C. Domene Macià.

Consumo de plantas medicinales en un barrio de Barcelona: la necesidad de registrar informáticamente este hábito

M^a Carmen Domene Macià
Pilar Enseñat Grau
Estel Féliz Carrobé

Centro de Atención Primaria (CAP)
Pare Claret de Barcelona Institut
Català de Salut

Dirección de contacto:

M^a Carmen Domene Macià
C/ Fluvial 209
08020 Barcelona
cdomene.bcn.ics@gencat.cat

Resumen

Este estudio quiere describir el consumo de preparados de plantas medicinales (PM) en el barrio de Gracia de la ciudad de Barcelona. Para ello, se realizó una encuesta auto-administrada a 161 usuarios de Atención Primaria (AP) atendidos en consulta de enfermería, entre mayo y julio del 2012.

El consumo de PM es muy elevado puesto que ciento treinta y siete individuos (85%) se declaran consumidores habituales de PM.

Las PM más utilizadas son: manzanilla (81% de los consumidores), tomillo y menta; mayoritariamente en forma de infusión (58%).

Las personas mayores de 65 años representan el 48,2% de consumidores de PM de la muestra y de la población joven (entre 20-40 años), el 96% se declaran consumidores de PM.

En conclusión, la ingesta de PM es común y alcanza niveles elevados. Siendo así, debe considerarse el registro informático de este hábito en los centros de atención primaria, para evaluar posibles interacciones farmacológicas y efectos secundarios.

Palabras clave

Fitoterapia, plantas medicinales, atención primaria, consumo.

O consumo de plantas medicinais num bairro de Barcelona: a necessidade de registar informaticamente este hábito

Resumo

Este estudo pretende descrever o consumo de preparações à base de plantas (PM), no bairro de Gracia, em Barcelona. Para isso, foi realizado um inquérito auto-administrado a 161 utentes de Cuidados de Saúde Primários atendidos em consultas de enfermagem, entre Maio e Julho de 2012.

O consumo de PM é muito elevado, visto que cento e trinta e sete indivíduos (85%) declararam-se consumidores regulares de PM.

As PM mais consumidas são: camomila (81% dos consumidores), tomilho e menta; principalmente na forma de infusão (58%).

As pessoas maiores de 65 anos representam 48,2% dos consumidores de PM da amostra, e da população jovem (entre 20-40 anos) 96% declararam-se consumidores de PM.

Em conclusão, o consumo de PM é comum e alcança níveis elevados. Assim, deve consider-se o registo informático deste hábito de consumo de PM nos Serviços de Saúde Pública, para avaliar possíveis interações medicamentosas e efeitos colaterais.

Palavras-chave

Fitoterapia, plantas medicinais, Cuidados de Saúde Primários, consumo.

Introducción

La percepción de que una parte de la sociedad se interesa por el consumo de preparados de plantas medicinales (PM) para tratar o mejorar su salud, siguiendo una tradición familiar y también cultural vinculada al territorio mediterráneo, hace necesaria la reflexión sobre cómo es ese consumo y de qué manera puede incidir en la salud de los ciudadanos.

En los últimos años ha tenido lugar una armonización legislativa de los preparados fitoterápicos en la Unión Europea. Por otra parte, se ha observado un aumento del número de estudios clínicos controlados, principalmente con extractos estandarizados, que permiten un mejor conocimiento de las indicaciones y posología, así como la detección de posibles efectos adversos⁽¹⁾.

Los profesionales relacionados con la salud, principalmente farmacéuticos, médicos y enfermeras, deberían ser referentes competentes en el asesoramiento en el campo de la fitoterapia. Dada la proximidad de estos profesionales con los pacientes y los posibles consumidores de PM, es

Consumption of medicinal plants in a neighbourhood of Barcelona: the need for computationally record this habit

Abstract

This study aims to describe the consumption of herbal preparations (PM) in the Gracia district of Barcelona. For this, a self-administered survey of 161 users of Primary Care (AP) seen in nursing consultations between May and July 2012 was performed.

PM consumption is very high as one hundred thirty seven individuals (85%) are regular users of PM.

The PM most consumed are: chamomile (81% of consumers), thyme and mint; mostly as an infusion (58%).

People over 65 account for 48.2% of PM consumers of the sample and the 96% of the young population (20-40 years), declare to be PM consumers.

In conclusion, the intake of PM is common and high. For this reason, the computer recording of this habit should be considered in primary care, in order to evaluate possible drug interactions and side effects.

Keywords

Phytotherapy, herbal medicine, medicinal plants, primary care, consumption.

importante que puedan orientarles en cuanto a la calidad de los preparados fitoterápicos y velar por su correcta utilización y prescripción.

En este sentido es de destacar el posicionamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación al consumo y prescripción de PM: "La OMS apoya el uso de los medicamentos tradicionales y alternativos siempre y cuando estos, hayan demostrado su utilidad para el paciente y que representen un riesgo mínimo"⁽²⁾.

Justificación del estudio

Como profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP), nos planteamos describir el consumo de PM en nuestra población atendida mayor de 15 años. Se quiso saber si eran consumidores habituales, si consideraban que tenían conocimientos de fitoterapia, quién les recomendaba el uso de PM, e identificar las plantas más consumidas, así como la forma de utilización y su finalidad.

Nuestra percepción, como profesionales sanitarios, es que en pocas ocasiones se pregunta a los pacientes so-

bre su consumo de PM y, en la revisión de la bibliografía se hizo patente que pueden interferir en los tratamientos medicamentosos que los pacientes tienen prescritos. En un estudio realizado sobre 160 drogas vegetales, se observó que hasta un 22% de ellas pueden tener algún tipo de interacción con medicamentos ⁽³⁾. En el año 2007, un estudio realizado en el Centro de Atención Primaria (CAP) Ciutat Meridiana de Barcelona ciudad, concluyó que un 59,6% de la población atendida refería consumir PM. El 74,8% de los consumidores no lo había comentado a su médico de familia y el 89,8% aseguraba que ni el médico, ni la enfermera, les había preguntado sobre el consumo de estas sustancias.

Se desconoce por que motivo los pacientes no mencionan el consumo de PM. Podría ser por la falsa creencia que las PM son inocuas, por falta de confianza en los profesionales o por otros motivos diversos pendientes de explorar. Dicho estudio de Ciutat Meridiana, revelaba que los pacientes percibían las PM como seguras, en el sentido que no les podían causar ningún daño o interferencia con los medicamentos. Según la Escala Analógica-Visual administrada, el 47,65% de los pacientes mostraba esta percepción de seguridad absoluta sobre el consumo de PM ⁽⁴⁾.

Como profesionales de la salud, debemos ser proactivos a la hora de interrogar sobre las PM consumidas por nuestros usuarios con el fin de poder asesorar sobre su utilidad terapéutica, adecuar la medicación teniendo en cuenta el consumo de PM, identificar los posibles efectos secundarios derivados de su consumo y las posibles interacciones medicamentosas que pudieran causar ⁽³⁾. Registrar el consumo de PM en la historia clínica del paciente repercute en su seguridad, en la adhesividad al tratamiento, puede mejorar su calidad de vida, ahorrar en recursos económicos y reconoce la autonomía de la persona para tomar sus decisiones y mostrar sus preferencias.

Material y método

El diseño del estudio realizado es de tipo descriptivo transversal, mediante una encuesta. Se ha desarrollado en el Equipo de Atención Primaria (EAP) Pare Claret 6A-6B, ubicado en el barrio de Gracia, de características urbanas y integrado en la Gerencia de Atención Primaria (AP) de la ciudad de Barcelona.

La población de estudio son usuarios del EAP Pare Claret mayores de 15 años (considerados de atención adulta en AP), asignados y atendidos por la Unidad Básica de Atención (UBA) enfermera 21 (INF21), que previa explicación del estudio, aceptan voluntariamente participar en él.

Criterios de exclusión: pacientes que son atendidos por la enfermera INF21, pero pertenecen a otras UBAs del mismo centro; pacientes que presenten dificultades para poder entender y realizar la encuesta (deterioro cognitivo o disminución psíquica) y pacientes que no quieran participar en el estudio.

La captación de pacientes en el estudio se realiza del 2 de mayo al 13 de julio del 2012.

Tamaño de la muestra: la UBA INF21 tiene una población asignada de 1.777 personas y una población atendida de 1.001 (Fuente de información: Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat, con fecha de 31 de marzo del 2012). A partir de la población asignada (personas susceptibles de ser visitadas/atendidas) se calcula el tamaño de la muestra. Aceptando un riesgo alfa de 0,95 para una precisión de $\pm 0,08$ unidades, en un contraste bilateral. Para una proporción estimada de 0,5 es necesaria una muestra aleatoria poblacional de 161 sujetos. Se ha calculado una tasa de reposición del 15%.

La selección de los participantes se realiza a partir de la base de que la UBA INF21 dispone de 3 días de consulta semanales (lunes, miércoles y viernes), y que cada día realiza alrededor de 20 visitas. Del listado de citas programadas cada día, se seleccionaron, tras la visita y de forma aleatoria, 5 personas (una de cada 4). A las personas seleccionadas, una vez finalizada la visita programada, se les suministró la encuesta (teniendo en cuenta los criterios de inclusión y la aceptación voluntaria a participar en el estudio). En caso de no cumplir los criterios de inclusión, se seleccionaba la siguiente persona del listado. En total, se incluyeron un total de 161 personas en el estudio.

Variables analizadas

Sociodemográficas:

- Fecha de nacimiento: para calcular la edad y re-codificar por grupos de edad (de 15 a 40 años; de 41 a 64 años y de 65 o más años).

- Sexo (Hombre/Mujer).

Nivel de estudios, re-codificado en grupos según el tipo de estudios finalizados (analfabetos/estudios primarios, secundarios y estudios superiores).

Conocimientos de Fitoterapia (empleando este término en concreto), mediante una pregunta cerrada con respuesta Si/No.

Consumo de plantas medicinales en general: mediante una pregunta cerrada con las siguientes posibles respuestas:

Sí, siempre; A veces; Nunca. Posteriormente se re-codifica en Si (sí, siempre o a veces) / No (nunca).

Consumo, formas de administración y finalidad del consumo de entre un listado de plantas medicinales: La variable consumo es: Si/No

Las formas de administración de las PM son: infusión, cápsulas o comprimidos, jarabe, vahos, tópica y otras.

Por último se pregunta con qué finalidad se consume cada planta medicinal: curativa, preventiva o placentera.

Planteamiento del análisis y pruebas estadísticas realizadas:

Para poder dar respuesta a los objetivos del trabajo, se describen las características sociodemográficas de los participantes (edad, sexo y nivel de estudios); grado de conocimiento y consumo de plantas medicinales, así como plantas más consumidas; las principales formas de administración y su finalidad, mediante un análisis descriptivo univariante.

En cuanto a las variables continuas, se calcula la media y la desviación estándar (DS). Respecto a las variables categóricas se calcula el porcentaje. Tanto en las variables continuas como en las categóricas, se calcula el intervalo de confianza (IC) del 95%. En otras ocasiones se realizan comparaciones bivariadas utilizando la prueba de Chi Cuadrado entre variables categóricas. Todas las pruebas estadísticas se realizan con una confianza del 95% y suponiendo un contraste bilateral. Los análisis se realizan mediante el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Se realizan un total de 161 encuestas (las necesarias para que la muestra fuera representativa de la población), habiendo excluido 4 personas por no cumplir los criterios de inclusión.

Un 64,6% de las personas encuestadas son mujeres. El 49,7% de los participantes manifiestan ser analfabetos o tener estudios primarios. La media de edad de la muestra es de 62,9 años, con una DS de 17,3 años.

Al preguntar si consideran tener conocimiento de Fitoterapia, el 32,3% afirma tener conocimientos, las mujeres en mayor grado que los hombres (35,6% y 26,3% respectivamente). Según la edad, los más jóvenes responden más positivamente a tener conocimientos de Fitoterapia. Según el nivel de estudios, afirman más el tener conocimiento de Fitoterapia las personas que tienen estudios superiores.

Del total de encuestados, un 85% consumían PM. De los consumidores de PM, un 65,7% son mujeres. Los usua-

rios de entre 15-40 años son los que más consumen PM (95,7%). El siguiente grupo de edad que más consume PM son los de 65 años o más, con un 48,2%. En cuanto al nivel de estudios, el 45,2% de los consumidores de PM son analfabetos o solo tienen estudios primarios. Aunque cabe

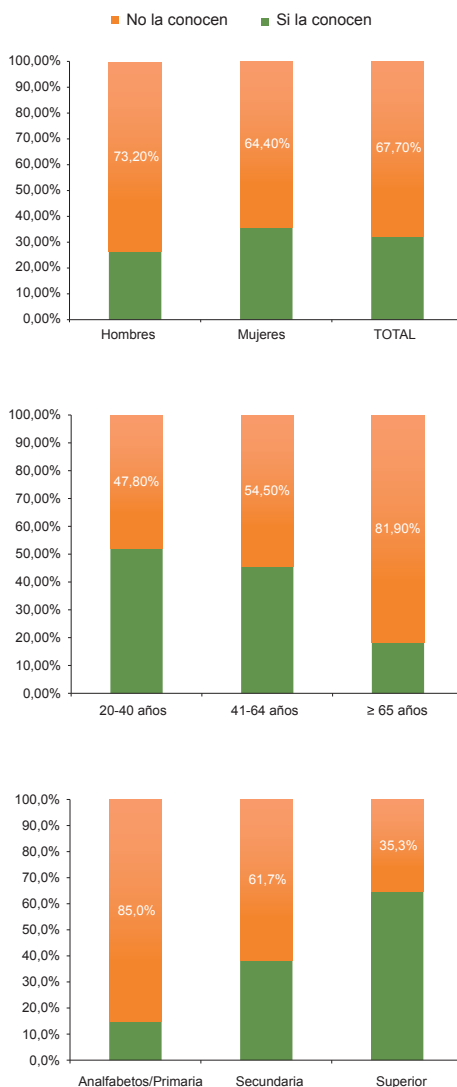


FIGURA 2. Conocimiento de la fitoterapia por sexo, edad y nivel de estudios

destacar que de los encuestados con estudios superiores, el 94,1% consumen PM.

Las PM más utilizadas por los consumidores son: manzanilla (81%), tomillo (67,2%), menta (63,5%), ajo (62,8%), té (57,5%) y mezclas de plantas un 47,4% (FIGURA 3).

Un 58,4% de los preparados se consumen como de infusión. Las PM más consumidas en esta forma de preparación son: tila (el 100% de los que la consumen la toman en forma de tisana), manzanilla (99,1%), té (98,7%), melisa 91,7% y menta (78,2%). En cuanto al consumo en cápsulas destaca la onagra (90,9% en forma de cápsulas). En la categoría de uso culinario (condimentos alimentarios), destaca el ajo con un 96,5%; romero (80,7%); soja (82,4%) y tomillo (50%) (FIGURA 4).

La finalidad del consumo es por placer en el 48,2% de los casos, siendo las PM más consumidas con este fin, el té en un 98,7%; el ajo (88,4%) y la menta (82,8%). En segundo lugar, la finalidad curativa representa el 33,1% del consumo de PM, siendo la más consumida la manzanilla con un 52,3%; la mezcla de hierbas con un 52,3%; el tomillo con un 44,6% y la tila con un 47,1%. La finalidad preventiva representa el 18,8% del consumo de PM, y la más consumida a ese fin la equinácea (81,8%) (TABLA 1).

Discusión

Los resultados de este estudio no se pueden extrapolar al resto de población de la ciudad de Barcelona, ya que sólo podemos describir los resultados de la población atendida de un EAP del distrito de Gracia mediante la muestra encues-

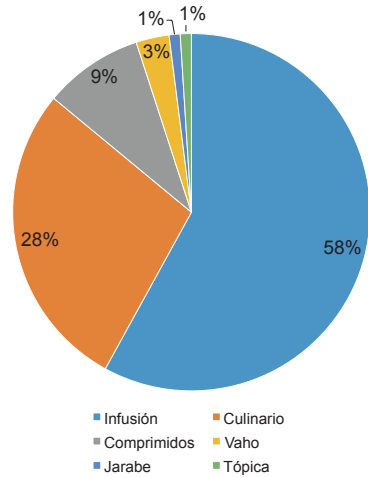


FIGURA 4. Formas de consumo de las plantas medicinales.

tada (la población asignada al EAP es de unas 55.000 personas). Las características sociodemográficas de la población entrevistada responden a una población de nivel medio, que vive en un hábitat urbano, con un índice de sobreenviejimiento superior al resto de la ciudad, donde abundan los domicilios unipersonales. El barrio se caracteriza también por tener porcentajes tanto de personas laboralmente activas, con un nivel de estudios, como con una población jubilada o pensionista superior a la media de la ciudad (5).

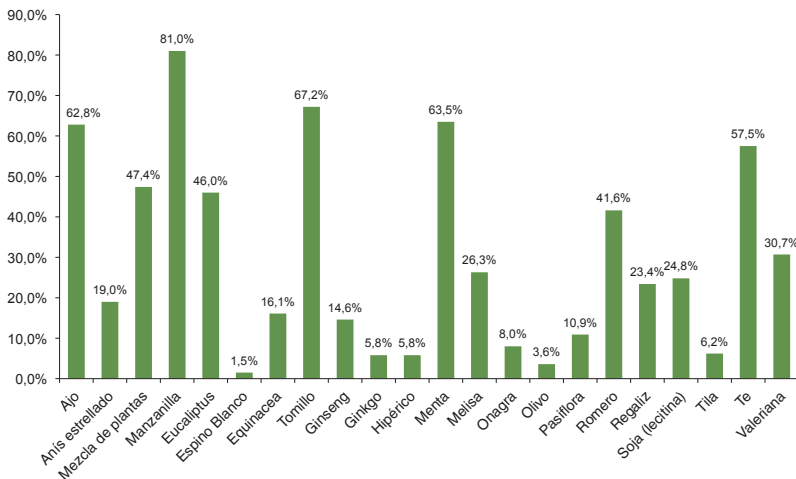


FIGURA 3. Plantas medicinales más consumidas.

Planta medicinal	Total	Finalidad consumo		
		Curativa n (%)	Preventiva n (%)	Placer n (%)
Ajo	86	1 (1,2%)	9 (10,4%)	76 (88,4%)
Anís estrellado	26	11 (42,3%)	3 (11,5%)	12 (46,2%)
Mezcla de plantas	65	34 (52,3%)	10 (15,4%)	21 (32,3%)
Manzanilla	111	58 (52,3%)	24 (21,6%)	29 (26,1%)
Eucaliptus	63	48 (76,2%)	6 (9,5%)	9 (14,3%)
Espino Blanco	2	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)
Equinácea	22	4 (18,2%)	18 (81,8%)	0 (0,0%)
Tomillo	92	41 (44,6%)	14 (15,2%)	37 (40,2%)
Ginseng	20	2 (10,0%)	11 (55,0%)	7 (35,0%)
Ginkgo	8	2 (25,0%)	4 (50,0%)	2 (25,0%)
Hipérico	8	4 (50,0%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)
Menta	87	11 (12,6%)	4 (4,6%)	72 (82,8%)
Melisa	36	11 (30,6%)	5 (13,9%)	20 (55,6%)
Onagra	11	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0 (0,0%)
Olivo	5	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)
Pasiflora	15	8 (53,3%)	4 (26,7%)	3 (20,0%)
Romero	57	8 (14,0%)	2 (3,5%)	47 (82,5%)
Regaliz	32	5 (15,6%)	4 (12,5%)	23 (71,9%)
Soja (lecitina)	34	6 (17,6%)	14 (41,2%)	14 (41,2%)
Tila	85	40 (47,1%)	28 (32,9%)	17 (20,0%)
Té	79	0 (0,0%)	1 (1,3%)	78 (98,7%)
Valeriana	42	24 (57,1%)	13 (31,0%)	5 (11,9%)

TABLA 1. Distribución del consumo de plantas, indicando el número total de entrevistados que las consumen y la finalidad con la que lo hacen (curativa, preventiva o por placer).

Una limitación del diseño del estudio es que no se hizo una prueba piloto que pudiera corregir posibles errores. Concretamente, en la pregunta sobre el grado de seguridad percibida de las PM, se observó que los usuarios interpretaban de manera diferente el anunciado y en consecuencia no se han podido explotar las respuestas a esta pregunta. Cabe decir que se ha encontrado muy poca documentación en estudios similares sobre consumo de PM en los últimos 5 años para poder compararlos con el trabajo de investigación que se ha realizado.

Explotando los datos de la encuesta realizada en nuestro estudio, se observa que de un total de 161 usuarios adul-

tos atendidos, un 85% consume PM. Según un estudio realizado en EE.UU en el año 2002, de un total de 31.044 adultos un 18,9% consumía PM⁽⁶⁾. Según otro estudio realizado en 2004 en las consultas externas de digestivo del Hospital Francisco de Borja de Gandía, con 539 pacientes, se observó que un 34,7% consumían PM⁽⁷⁾. En el estudio realizado en el CAP de Ciutat Meridiana de Barcelona en el año 2007, con una muestra de 228 pacientes de los cuales un 59,6% consumía PM⁽⁴⁾. En diversos estudios llevados a cabo por INFITO (Centro de Investigación sobre Fitoterapia), en el de 2007, población española, con una muestra de 1.500 individuos un 33% consumía PM⁽⁸⁾; en el 2008

consumían con fines terapéuticos un 32,8% de las personas encuestadas y un 53% eran consumidores habituales de PM ⁽⁹⁾ y en el 2011 las personas que consumían con fines terapéuticos eran un 21% ⁽¹⁰⁾. Probablemente debido a que en los estudios INFITO no se tenían en cuenta las infusiones que se pueden tomar habitualmente después de las comidas como son el té o la manzanilla, comparando el porcentaje de consumo de PM de los estudios mencionados, el consumo de PM es mayor en nuestro estudio en el que se incluyeron todo tipo de PM indistintamente de la finalidad (el consumo detectado es del 85%).

Según el sexo, un 86,5% de las mujeres encuestadas y un 82,5% de hombres consumen PM, pero la diferencia no es significativa. En nuestro estudio de las personas que consumen PM un 65,7% son mujeres y un 34,3% son hombres (que representan en el total de la muestra de 161 personas el 55,9% y el 29,2% respectivamente). En el estudio realizado en Gandía, el consumo de plantas medicinales es mayoritario en las mujeres con un 45,1%, respecto al 25,9% de los hombres del total de los participantes en el estudio ⁽⁷⁾. Si lo comparamos con los estudios INFITO teniendo en cuenta el porcentaje de hombres y mujeres consumidores de PM, en el estudio de INFITO 2007, el consumo de PM de un 33% (de los consumidores el 71,4% eran mujeres y el 28,6% hombres) ⁽⁸⁾ y en el estudio INFITO 2011 el 21% de los entrevistados consumía PM (de los consumidores un 65,2% eran mujeres y de éstas un 45% eran mayores de 50 años) ⁽¹⁰⁾. El mayor consumo de PM por parte de las mujeres no se confirmó en nuestra población estudiada, ya que como se ha comentado anteriormente la diferencia entre el consumo en hombres y mujeres no era significativa.

Respecto a la edad del consumidor de PM, en nuestro estudio cuanto más jóvenes son los usuarios, más consumo de PM realizan. El consumo de PM dentro del grupo de 65 o más años representa el 48,2%, en el grupo de 41 a 64 años el 35,8% y el grupo de 20 a 40 años el 16%. Destacando que en el grupo de 20 a 40 años el 95,7% consumen PM. Comparado con el estudio de Ciutat Meridiana, existen diferencias significativas. En dicho estudio, el consumo de PM en el grupo de edad de 15-40 años fue del 37,3% y la edad de mayor consumo fue entre los 41-61 años, con un 39,5% ⁽⁴⁾. En el estudio INFITO 2011 el 83,2% de los jóvenes no había consumido fitoterapia en el último año ⁽¹⁰⁾. En el estudio realizado en el Centro de Salud de Ingenio (Gran Canaria) en el 2012, el consumo de PM en los pacientes menores de 40 años es de un 30% y en los mayores de 40 años es del 70% ⁽¹¹⁾. Si comparamos los resultados de los estudios mencionados con los nuestros se mantienen la tendencia de mayor consumo en los grupos de mayor edad.

En cuanto al nivel de estudios, en nuestro trabajo de investigación los usuarios que tienen estudios superiores consumen PM en un 94,1%. También lo observaron así en el estudio realizado en Gandía ⁽⁷⁾, donde los pacientes con título universitario superior destacaban en el consumo de PM con un 56%. Pero analizando cada grupo de edad respecto a la muestra podemos especificar que el grupo de personas analfabetas o con estudios primarios representa el 45,2% de los consumidores, las que tienen estudios secundarios el 31% y las que tienen estudios superiores el 23%. Estos datos son similares a los obtenidos en el estudio INFITO 2011 donde las personas que consumían PM con estudios universitarios eran el 25,6% ⁽¹⁰⁾. En cambio, en el estudio realizado en Ciutat Meridiana, los consumidores de PM que tenían nivel superior de formación, solo representaban el 4,8% ⁽⁴⁾.

La planta medicinal que más se consume en nuestro estudio es la manzanilla con un 12% (el 81% de los que se declaran consumidores). Coincidiendo con el estudio realizado en Gandía, de todas las PM que consumían los pacientes encuestados, la manzanilla era la más consumida con un 18,8% ⁽⁷⁾. En el estudio de Ciutat Meridiana, la manzanilla también fue la PM más consumida, con un 39% ⁽⁴⁾. El estudio realizado en el Centro de Salud de Ingenio, también coincide con un consumo de manzanilla del 47,9% ⁽¹¹⁾.

La finalidad del consumo de PM en nuestro trabajo de investigación ha sido por placer en un 48,2% de los casos, con finalidad curativa en un 33,1% y con finalidad preventiva en un 18,8%. En el estudio realizado en Ciutat Meridiana, el consumo por placer fue del 77,9%, el curativo del 66,2% y el preventivo del 44,1% ⁽⁴⁾ y en el estudio INFITO 2008, una tercera parte de los consumidores pretendía una finalidad terapéutica ⁽¹¹⁾. Dado que la estratificación de datos se realizó de forma diferente en el estudio de Ciutat Meridiana y las preguntas planteadas en los estudios INFITO desestimaban el consumo habitual de infusiones después de las comidas, no podemos comparar los resultados completamente. Lo que sí podemos afirmar, es que tanto en nuestro estudio como en el de Ciutat Meridiana, el consumo de PM en su mayoría es por placer.

Conclusión

Revisando los resultados obtenidos en nuestro estudio destaca un importante consumo de PM (el 85% de los encuestados). Siendo el resultado superior al obtenido en el estudio de Ciutat Meridiana del año 2007 donde se describió un consumo del 60%. Ciertamente la comparación con otros estudios no puede realizarse de manera objetiva ya que las poblaciones estudiadas son bien distintas tanto por temas de ubicación urbana/rural/periferias, nivel económi-

co y cultural, distribución por edad de la población, etc., lo cual condiciona los resultados obtenidos en los estudios pero no se conoce en que proporción afecta cada factor en los resultados.

Se mantiene en los diferentes estudios que la población con más edad es la mayor consumidora de PM aunque casi la totalidad de los jóvenes encuestados en nuestro estudio consumían PM (95,7%). La muestra fue escogida al azar y dado que la población asignada al EAP tiene un sobreenvjecimiento mayor al resto de la ciudad en ella escaseaba la población joven (sólo el 14% de la muestra pertenecía al grupo de 20-40 años) y ello puede producir sesgos en los resultados.

El perfil sociodemográfico del consumidor de PM según nuestro estudio, corresponde a persona de más de 65 años (hombres y mujeres por igual) analfabeto o con estudios primarios.

La finalidad del consumo de PM es mayormente por placer (48,2%), en forma de infusión o en uso culinario, seguido del consumo con fines curativos (33%).

Cada vez hay más estudios sobre el uso terapéutico de las PM, demostrando sus efectos beneficiosos sobre determinadas patologías y situando la fitoterapia como un tratamiento con evidencia científica⁽¹²⁾. Pero también debemos recordar que algunas PM, entre ellas algunas de las más consumidas en nuestro estudio como son la manzanilla, el ajo y el té, pueden producir interacciones medicamentosas con grupos de fármacos como son anticoagulantes orales, sedantes, ciclosporina e inhibidores de proteasa^(3, 13).

En conclusión, la ingesta de PM es muy común entre la población. Siendo así, debe considerarse el registro informático de este hábito (tanto el habitual como el esporádico) a fin de evaluar las posibles interacciones farmacológicas y efectos secundarios.

Como profesionales sanitarios hemos de considerar el consumo de preparados fitoterápicos, siendo proactivos al interrogar sobre su uso. Tener en cuenta la fitoterapia en la seguridad y salud del paciente dando una respuesta profesional en cuanto a su consumo racional. Hemos de poder asesorar con conocimiento científico, dando respuesta a indicaciones en diferentes patologías, dosificación, formas de administración, contraindicaciones, posibles interacciones medicamentosas y efectos secundarios no deseados, así como desterrar mitos y creencias erróneas.

Desde AP, podemos aprovechar la posición de proximidad a la población, como fuente de retroalimentación entre las vivencias y experiencias de los usuarios y el conocimiento científico.

Referencias bibliográficas

1. Cañigüeral S, Vila R. Fitoterapia: concepto y límites. Fuentes de Información. En: Artech, A. (Dir.) Fitoterapia: Vademécum de prescripción. 3ª ed., pp. 23-5. Barcelona. Masson, 2001.
2. OMS (Organización Mundial de la Salud), Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales. [Revista en Internet] 22 de junio de 2004/GINEBRA. [Acceso 25 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/media-centre/news/reases/2004/pr44/es/>
3. Vanaclocha B, Risco E, Cañigüeral S. Revista de Fitoterapia: Interacciones entre preparados vegetales y fármacos de síntesis: revisión de las monografías de la EMA y ESCOP. 2014; 14 (1):5-36. Disponible en: www.fitoterapia.net
4. Baulies Romero Mª G, Torres Castilla R Mª, Martín López A, Roig García A Mª, Royo Gómez I, Orfila Pernas F. Hábitos de consumo de plantas medicinales en un centro de salud de Barcelona. rdf. 2011; 11(1): 45-51.
5. Ajuntament de Barcelona. Barcelona. Barria Barri. Districte de Gràcia. <http://lafavb.com/observatoriveinal/b-Gracia> (disponible el 2.09.2009)
6. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults: United States, 2002. Adv Data. 2004 May 27; (343): 1-19.
7. Devesa F, Pellicer J, Ferrando J, Borghol A, Bustamante M, Ortuño J. Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo. Gastroenterol Hepanol 2004; 27(4): 244-9.
8. Centro de Investigación sobre Fitoterapia (INFITO). Consumo de Plantas Medicinales en España. [Citado Internet] 2007. [Acceso 9 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.infito.com/index.php>
9. Centro de Investigación sobre Fitoterapia (INFITO). Investigación sobre los hábitos de consumo de plantas con fines terapéuticos en España. 2008.
10. Centro de Investigación sobre Fitoterapia (INFITO). Investigación sobre la tendencia al uso de plantas medicinales con fines terapéuticos. 2011.
11. Maldonado I, Santana Pérez Yuste M, Bolaños MC, Sánchez M, Corujo C. Conocimiento y uso de plantas medicinales por parte de los usuarios de una zona básica de salud de Gran Canaria. Revista de Fitoterapia [revista en Internet] 2012 [acceso 30 de setiembre de 2012]; 12(1): 68. Disponible en: www.fitoterapia.net
12. Monografías ESCOP (European Scientific cooperative on Phytotherapy): ESCOP monographs The Scientific Foundation for Herbal Medicinal Products. Second Edition. Exeter (Reino Unido): ESCOP, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, New York: Thieme New York. 2009. 306 páginas. ISBN: 978-1-901964-08-0 (ESCOP), 1-13-129421-3 (GTV). [Página de inicio en Internet]. Disponible en: <http://escop.com/publications>
13. Martínez Guijarro J. Plantas medicinales y sus efectos secundarios. En: Martínez J (Ed). Las plantas medicinales y su seguridad. Barcelona: Editorial Nexus Médica; 2005. p. 57, 135.