

## ¿Qué pasa con las plantas medicinales?

### What's the matter with medicinal plants?

*Sr. Director:*

Con el objetivo de cuantificar el consumo de plantas medicinales en pacientes atendidos en una zona básica de salud y valorar posibles interacciones entre medicación crónica y plantas medicinales, hemos realizado un estudio descriptivo transversal de una muestra representativa de usuarios atendidos durante el año 2007 en un centro de salud de Barcelona (CAP Ciutat Meridiana).

Se realizó en pacientes atendidos en medicina general, mayores de 15 años. El tamaño de muestra requerido se calculó para la estimación de una proporción esperada de un 30% de consumo de plantas en población general<sup>1</sup>, una precisión del 5% y una confianza del 90%, con lo que se requería un total de 227 sujetos; finalmente se obtuvo una muestra de 228 pacientes.

Los médicos de familia y las enfermeras del grupo de trabajo realizaron una encuesta en la que obtuvieron, entre otros datos, los de consumo. La búsqueda de posibles interacciones fue realizada de manera manual.

Un 59,6% de los entrevistados consumían plantas medicinales, de los que un 58% tomaba a la vez medicación. Este dato sobrepasa al estudio realizado en centros de salud de la Comunidad Valenciana, en que se encontró que 1 de cada 5 pacientes consumía plantas medicinales y medicación<sup>2</sup>. Dentro de este 58% se detectó un 54,4% de posibles interacciones. Del total de entrevistados el porcentaje fue de un 18,8%, dato que se puede comparar con el estudio que se realizó en las farmacias catalanas<sup>3</sup>.

Las plantas medicinales están compuestas de principios activos que, una vez ingeridos, se absorben, metabolizan, distribuyen y excretan siguiendo las mismas vías que los fármacos. En el estudio se halló interacciones sinérgicas y

antagónicas. Cabe remarcar que no todas las interacciones pueden ser perjudiciales, aunque habría que incluir esta información en la recogida de datos del paciente, tal y como ya remarcó Cordero<sup>4</sup> en un artículo de opinión. En la [tabla 1](#) se muestran las principales interacciones encontradas. Los pacientes que atendemos utilizan plantas medicinales y los médicos hemos de tenerlo en ¿Lo hacemos?

### Agradecimientos

A la enfermera Rosa M. Torres Castella, al epidemiólogo Francesc Orfila Pernas y a Claudia Baulies Pérez por la colaboración en este estudio.

### Bibliografía

1. INFITO. Estudio INFITO sobre el Consumo de Plantas Medicinales en España 2007. Primer análisis de hábitos de consumo.
2. Sanfélix Genovés J, Palop Larrea V, Rubio Gomis E, Martínez-Mir I. Consumo de hierbas medicinales y medicamentos. *Aten Primaria*. 2001;28:311-4.
3. Alonso MJ, Capdevila C. Estudio descriptivo de dispensación de fitoterapia en las farmacias catalanas. *Revista de Fitoterapia*. 2005;5:31-9.
4. Cordero JA. Uso racional de la fitoterapia: una asignatura pendiente. *FMC*. 1998;5:414.

M. Gemma Baulies Romero\*, Araceli Martín López, Anna M. Roig García e Immaculada Royo Gómez

*CAP Ciutat Meridiana, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gembabaulies@gmail.com](mailto:gembabaulies@gmail.com)  
(M.G. Baulies Romero).

doi:10.1016/j.aprim.2008.11.014

## Evolución del estado nutricional de personas mayores frágiles en atención primaria

### Nutritional status in frail elderly patients in primary care

*Sr. Director:*

Con el objetivo de determinar el comportamiento evolutivo del estado nutricional de personas mayores frágiles en atención primaria, se llevó a cabo un estudio observacional longitudinal entre los años 2003 y 2006. Se incluyó a 83 personas mayores frágiles con riesgo nutricional<sup>1,2</sup>, seguidas en una consulta de atención primaria. Se consideró fragilidad ante al menos uno de los siguientes criterios: ser mayor de 80 años, vivir solo, viudedad en el último año, cambios frecuentes de domicilio, hospitalización en los últimos 6 meses, enfermedades potencialmente

incapacitantes (neurológicas, psiquiátricas, osteomusculares, respiratorias, cardíacas), deterioro cognitivo y problemas económicos y/o de vivienda. Fueron criterios de exclusión en el seguimiento: fallecimientos, normalización (3 valoraciones consecutivas normales), cambio de zona básica de salud, cambio de cupo e ingreso en residencia.

Se realizaron evaluaciones semestrales del índice de Barthel, índice de masa corporal, pliegue tricipital, perímetro braquial, perímetro de la pantorrilla y circunferencia muscular del brazo. Se considera desnutrición cuando al menos dos parámetros antropométricos están alterados. Se tipifica en calórica, proteínica o mixta, según los parámetros predominantemente afectados, y en ligera, moderada o severa<sup>3</sup>, según el grado de afectación utilizando los estándares de población de referencia en España<sup>4,5</sup>. Los parámetros antropométricos entre la primera y la tercera evaluación se compararon mediante la *t* de Student para pruebas apareadas.

Se incluyó en el estudio a un total de 83 pacientes; la segunda y la tercera evaluación se realizaron en 62 y 39

**Tabla 1** Comparación de los parámetros antropométricos entre la primera y la tercera evaluación

Parámetro	Diferencia media	IC del 95%	p
IMC	0,11	-0,88 a 1,11	0,82
PT	-0,82	-2,14 a 0,49	0,22
%PT	-7,83	-17,52 a 1,85	0,11
PB	-0,02	-0,68 a 0,64	0,95
CMB	-3,25	-10,52 a 4, 01	0,37
%CMB	0,96	-2,52 a 4,46	0,58
PP	0,15	-0,97 a 1,28	0,79

CMB: circunferencia muscular del brazo; IMC: índice de masa corporal; PB: perímetro braquial; PP: perímetro de la pantorrilla; PT: pliegue tricipital.

personas, respectivamente. Durante el seguimiento se produjeron las siguientes pérdidas: 32 por fallecimiento, 11 por cambio de médico, 2 por cambio de zona básica de salud, 3 por institucionalización y 3 pacientes por normalización de los parámetros antropométricos. La media de edad era de  $83,4 \pm 7,1$  años. El 66% eran mujeres. Los factores de riesgo nutricional más frecuentes fueron enfermedad crónica (44,6%), pérdida de peso (37,3%) y demencia (16,9%). Más del 80% de los pacientes evaluados presentaban desnutrición en las tres mediciones (el 80,7, el 82,2 y el 87,2%, respectivamente), predominantemente mixta (el 40,2, el 43,1 y el 55,8%, respectivamente) y leve (el 47,86, el 43,1 y el 47,1%, respectivamente) (tabla 1).

En conclusión, la frecuencia de desnutrición en personas mayores frágiles es elevada, similar a la esperada<sup>6</sup> y mantenida, de patrón mixto y leve, mientras que los

parámetros antropométricos permanecen en intervalos estables.

## Bibliografía

1. Rubio M. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. Barcelona: Masson; 2002.
2. Muñoz-Romero L, García JA, Ribera JM. Valoración ambulatoria de la nutrición en el anciano. Jano. 1996;1184:52-62.
3. Salvá A. Nutrición en las personas mayores. ¿Cómo valorarla?. Jano. 1998;55:55-64.
4. Alastrue A, Esquius M, Gelonch J, González F, Ruzafa A, Pastor M, et al. Población geriátrica y valoración nutricional. Normas y criterios antropométricos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993;28:243-6.
5. Esquius M, Schwartz S, López Hellín J, Andreu AL, García E. Parámetros antropométricos de referencia de la población anciana. Med Clin (Barc). 1993;100:692-8.
6. Christensson L, Unosson M, Ek AC. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. Eur J Clin Nutr. 2002;56:810-8.

Rocío Bordallo Aragón<sup>a</sup>, Francisca Muñoz Cobos<sup>a,\*</sup>, Antonio García Ruiz<sup>b</sup> y Francisca Leiva Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Medicina de Familia, Centro de Salud El Palo, Málaga, España

<sup>b</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Málaga, Málaga, España

<sup>c</sup>Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria, Málaga, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franciscam@ono.com (F. Muñoz Cobos).

doi:10.1016/j.aprim.2008.11.013

## Reacciones adversas a medicamentos y cartas al director

### Adverse drug reactions and letters to the editor

Sr. Director:

La editorial de la revista Atención Primaria, tras la publicación del artículo de Sempere et al<sup>1</sup> en el año 2006 decidió cambiar su política de publicaciones de las Cartas al director sobre reacciones adversas a medicamentos (RAM), como se describió en el comentario editorial a éste<sup>2</sup>. Tras la conclusión de Sempere et al<sup>1</sup> de que los casos descritos tenían una escasa relevancia, ya que mayoritariamente se trataba de RAM bien conocidas, leves o de medicamentos antiguos, Gené-Badía<sup>2</sup> reflexionó acerca del interés de la revista Atención Primaria en publicar cartas sobre RAM cuando se tratara de reacciones novedosas y que implicaran a fármacos de comercialización reciente.

Ante esta circunstancia, nos planteamos conocer el impacto de esta publicación y para esto se planteó una

búsqueda exhaustiva en la sección de Cartas al director de varias revistas, entre ellas, Atención Primaria. El período elegido fue desde marzo del año 2006 a diciembre del año 2008, debido a que la intención principal era comparar las características y la calidad de las publicaciones sobre RAM

**Tabla 1** Publicaciones de casos de reacciones adversas a medicamentos en la sección de Cartas al director y de Cartas de investigación en la revista Atención Primaria

Revisión	N.º de notificaciones de casos de RAM	Tiempo revisado (meses)	Casos de RAM/mes
Entre 1994 y 1998*	40	48	0,8
Entre 2006 y 2008	6	32	0,2

RAM: reacción adversa a medicamentos.

\*Sempere et al. Aten Primaria. 2006;37:187-94.