

Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo

F. Devesa Jordà^a, J. Pellicer Bataller^b, J. Ferrando Ginestar^a, A. Borghol Hariri^a, M. Bustamante Balén^c, J. Ortuño Cortés^a, I. Ferrando Marrades^a, C. Llobera Bertran^a, A. Sala Lajo^a, M. Miñana Morell^a, A. Nolasco Bonmatí^d y J.L. Fresquet Febrer^e

^aUnidad de Digestivo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia. ^bMédico experto en Etnobotánica. ^cUnidad de Digestivo. Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia. ^dDepartamento de Salud Pública. Universitat d'Alacant. Alicante. España. ^eCátedra de Historia de la Medicina. Universitat de València. Valencia. España.

RESUMEN

El consumo de hierbas medicinales constituye uno de los capítulos más importantes de la medicina alternativa y complementaria (MAC). Su uso frecuente en la población general determina la posibilidad de efectos terapéuticos o tóxicos que pueden incidir en los pacientes que acuden a la medicina oficial.

Para conocer la frecuencia de uso, las especies consumidas y el perfil del consumidor de hierbas medicinales entre los pacientes de patología digestiva, se entrevistó a los enfermos que acudían a consultas externas de la especialidad, en el hospital comarcal Francesc de Borja (Gandía), durante 5 meses, y se recogieron 539 encuestas válidas. El 34,7% de las personas encuestadas había consumido alguna vez hierbas medicinales, y el 26,9% las había utilizado el último año. El 67,1% de los consumidores reconoció autoprescripción. La obtención fue mayoritariamente de farmacia o herboristería (74,7%). El resultado de la terapia con hierbas medicinales fue catalogado de bueno o excelente en el 80,3% de los casos, de regular en el 18,6% y de malo en el 1,1%. Con el análisis univariante, el consumo de hierbas medicinales se relacionó positivamente con el sexo femenino ($p < 0,001$), estudios universitarios ($p < 0,05$), consumo de psicofármacos ($p < 0,005$), uso de «trenca l'enfit» (TE, práctica de medicina mágica muy usual en el área valenciana) ($p < 0,001$), patología funcional digestiva ($p < 0,005$) y diagnóstico de patología del tracto digestivo bajo ($p < 0,01$). El análisis multivariante demostró persistencia de relación significativa en las variables sexo femenino ($p < 0,005$), estudios universitarios ($p < 0,01$), uso de TE y diagnóstico de patología del tracto digestivo

bajo. Se recogieron un total de 57 variedades botánicas utilizadas, y las más frecuentes fueron *Santolina chamaecyparissus* (18,8%), *Tilia platyphyllos* (6,5%), *Thymus vulgaris* (6%), *Equisetum ramosissimum* (4,7%), *Mentha pulegium* (4,4%) y *Valeriana officinalis* (4,4%).

Se constata, pues, un uso frecuente de hierbas medicinales entre los pacientes que acuden a la consulta de digestivo de un hospital comarcal, y el probable perfil de máximo consumo es: sexo femenino, estudios universitarios, enfermedad del tracto digestivo bajo, patología funcional digestiva, consumo de psicofármacos y uso de TE.

CONSUMPTION OF MEDICINAL HERBS IN PATIENTS ATTENDING A GASTROENTEROLOGY OUTPATIENT CLINIC

The consumption of medicinal herbs is one of the most important topics in alternative and complementary medicine. The widespread use of these substances among the general population gives rise to the possibility of therapeutic or toxic effects in patients seeking conventional medical assistance.

To determine the frequency of medicinal herb use, the species consumed and the profile of medicinal herb consumers among patients with gastrointestinal disorders, patients attending the gastroenterology outpatient clinic of the Francesc de Borja district hospital (Gandía, Spain) over a 5-month period were interviewed and 539 valid questionnaires were obtained. A total of 34.7% of the interviewees had taken medicinal herbs at some time and 26.9% had used them in the last year. Self-prescription was reported by 67.1%. Medicinal herbs were mainly obtained in the pharmacy or herbalist's (74.7%). The results of medicinal herb therapy were considered good or excellent by 80.3% of the interviewees, average by 18.6% and poor by 1.1%. In the univariate analysis, medicinal herb consumption was positively associated with female sex ($p < 0.001$), a university education ($p < 0.05$), consumption of psychotropic drugs ($p < 0.005$), use of «trenca l'enfit» (TE, a common practice of magic medicine

Trabajo subvencionado por AISSA (Associació per a la Investigació Sanitària a La Safor).

Correspondencia: Dr. F. Devesa i Jordà.
Hospital Francesc de Borja.
Passeig de les Germanies, 71. 46700 Gandía. Valencia. España.
Correo electrónico: devesa_fra@gva.es

Recibido el 28-10-2003; aceptado para su publicación el 16-12-2003.

in Valencia) ($p < 0.001$), functional gastrointestinal disorders ($p < 0.005$) and a diagnosis of lower gastrointestinal disorder ($p < 0.01$). In the multivariate analysis, the variables that remained statistically significant were female sex ($p < 0.005$), university education ($p < 0.01$), use of TE and a diagnosis of lower gastrointestinal disorder. Fifty-seven botanical varieties were used. The most frequent varieties were *Santolina chamaecyparissus* (18.8%), *Tilia platyphyllos* (6.5%), *Thymus vulgaris* (6%), *Equisetum ramosissimum* (4.7%), *Mentha pulegium* (4.4%) and *Valeriana officinalis* (4.4%).

The results show that consumption of medicinal herbs is frequent among patients attending the gastroenterology outpatient clinic of a district hospital. The probable profile of those showing maximum consumption is: female sex, university education, lower gastrointestinal disorder, functional gastrointestinal disorder, psychotropic drug consumption and use of TE.

INTRODUCCIÓN

La medicina alternativa y complementaria (MAC) es un conjunto heterogéneo de prácticas de difícil definición¹⁻³ que, a pesar de su carácter no ortodoxo ni sometido a los controles de evidencia científica, es utilizado con frecuencia por la población general y por los usuarios de la medicina oficial.

El consumo de hierbas medicinales o fitoterapia constituye uno de los capítulos más importantes dentro del variado mundo de la MAC, dado su carácter de farmacología antigua. Sus orígenes se remontan a tiempos prehistóricos, presenta un amplio uso en todas las culturas y es parte esencial de algunas medicinas orientales de gran impacto en las poblaciones asiáticas^{4,5}. La utilización de hierbas medicinales ha crecido espectacularmente en los países desarrollados⁵⁻⁷, por lo que en la práctica supone un segmento no controlado de la terapia farmacológica, dada la posibilidad de efectos terapéuticos, tóxicos o interacciones que pueden causar los principios activos de las plantas. Por lo tanto, conocer la frecuencia del consumo, las especies más utilizadas, su procedencia, las indicaciones y las características de los usuarios puede resultar básico para el médico actual. El objetivo del presente estudio es precisamente investigar algunos de estos aspectos entre los pacientes atendidos en una consulta externa de digestivo.

PACIENTES Y MÉTODO

Durante 5 meses (enero a mayo de 2002) se realizaron entrevistas voluntarias, de forma aleatoria, a los pacientes que acudían a visitas de revisión en la consulta externa de aparato digestivo del hospital Francese de Borja de Gandía. Se excluyó del estudio a los pacientes extranjeros. El cuestionario precodificado incluyó, además de los datos de filiación (sexo y edad), el origen (Comunidad Valenciana, resto de España), el nivel de estudios y el consumo de tabaco, alcohol y fármacos (consumo general y de psicofármacos). Respecto a las hierbas medicinales, se preguntó por su uso (ninguno, menos de una vez por semana, una o más veces por semana), y se excluyó el uso ocasional o habitual de infusiones sin intención terapéutica o profiláctica. La vigencia del uso se determinó respecto a los 12 meses anteriores. Asimismo se incluyeron en el cuestionario las especies de hierbas medicinales consumidas, el objetivo terapéutico o preventivo del consumo, el origen de la prescripción o re-

TABLA I. Características de la muestra formada por 539 pacientes entrevistados en consultas externas de aparato digestivo

Variable	N	%
<i>Sexo</i>		
Varones	293	54,4
Mujeres	246	45,6
<i>Edad</i>		
Media \pm DE	53,38	\pm 16,74
Intervalo 18-90		
<i>Origen</i>		
Comunidad Valenciana	450	83,5
Resto de España	88	16,3
<i>Estudios</i>		
Ninguno	57	10,6
Primarios	304	56,4
Bachillerato	122	22,6
Titulaciones medias	31	5,8
Universitarios	25	4,6

comendación (médico, curandero, herbolario, el propio paciente, allegados), la obtención del producto (herboristería, recolección/cultivo por el propio paciente, recolección/cultivo por persona próxima) y el resultado terapéutico o profiláctico (excelente, bueno, regular, malo). En el mismo trabajo se estudió una práctica de medicina mágica muy frecuente en la Comunidad Valenciana, conocida como «trenca l'enfit» (TE), consistente en un ritual destinado a resolver situaciones de «enfit» (empacho); este ritual se lleva a cabo por una persona experta (habitualmente mujer) que realiza 3 sesiones en las que se «mide» el nivel del «enfit», con la ayuda de un pañuelo o cinta, al tiempo que se reza una oración que sólo puede ser transmitida en jueves o viernes santo⁸⁻¹⁰. Se consignaron también los diagnósticos (principal y secundarios) realizados en la consulta, clasificándolos, según el diagnóstico principal, como patología orgánica o funcional y distinguiendo 4 grandes grupos nosológicos: patología digestiva alta (esófago-gastroduodenal), baja (intestinal-anorrectal), hepática y miscelánea. En este último se incluyó a los enfermos con patología biliopancreática y los que presentaron pluriopatología digestiva o de difícil clasificación en los otros grupos.

Las entrevistas fueron realizadas por los propios digestólogos o médicos residentes previamente entrenados. El cuestionario fue ensayado previamente en 56 pacientes para estudiar su viabilidad y realizar una primera estimación de frecuencia en las variables principales. El tamaño de la muestra se calculó en 549 entrevistas para un error en la estimación de la prevalencia de consumo de hierbas medicinales de 3,5 y un intervalo de confianza (IC) del 95%. Los datos se introdujeron en una base informática y posteriormente fueron revisados para depuración de errores y omisiones. El tratamiento estadístico se realizó mediante programa SPSS utilizando las pruebas de la χ^2 para comparación de variables cualitativas y la t de Student para las cuantitativas. Cuando fue necesario, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$. Para cuantificar la magnitud de la asociación se calcularon los *odds ratio* (OR) y sus IC del 95%. Se realizó análisis multivariante (regresión logística), reuniendo en un modelo las variables con asociación significativa o próxima a la significación en el estudio univariado. Todos los datos del estudio se consideraron confidenciales, y los cuestionarios (impresos o electrónicos) no incluyeron datos de identificación directa o localización del paciente entrevistado.

RESULTADOS

En ningún caso el paciente se negó a contestar la encuesta. Se rechazaron 10 encuestas por falta de datos en variables principales. Las 539 restantes se consideraron válidas y constituyeron la muestra objeto de estudio, cuyas características se detallan en la tabla I.

El 34,7% de las personas encuestadas consumía hierbas medicinales, el 26,9% las había utilizado alguna vez en el último año, y el consumo era frecuente (una vez o más por semana) en el 11,5%. El 67,1% de los pacientes reconocía autoprescripción, directa (34,1%) o a través de familiar o conocido (33,0%). En el resto, las hierbas medicinales

TABLA II. Resumen de variables estudiadas en relación con el consumo de hierbas medicinales en pacientes de consultas externas de digestivo

Variable	Análisis univariante	Análisis multivariante
Sexo (varón/mujer)	p < 0,001; OR = 2,3 (IC del 95%, 1,6-3,4)	p < 0,005; OR = 2,1 (IC del 95%, 1,3-3,1)
Edad	NS	
Origen (Com. Valenciana/resto de España)	NS	
Estudios (no universitarios/universitarios)	p < 0,05; OR = 2,5 (IC del 95%, 1,0-6,1)	p < 0,01; OR = 2,8 (IC del 95%, 1,1-7,9)
Alcohol (no/sí)	p = 0,0513; OR = 0,6 (IC del 95%, 0,4-1,0)	NS
Tabaco (no/sí)	NS	
Consumo de fármacos (no/sí)	NS	
Consumo de psicofármacos (no/sí)	p < 0,005; OR = 1,7 (IC del 95%, 1,2-2,6)	NS ^a
Uso de «trenzar l'enfit» (no/sí)	p < 0,001; OR = 1,8 (IC del 95%, 1,2-2,7)	p < 0,001; OR = 2,1 (IC del 95%, 1,4-3,2)
Diagnóstico de patología funcional (no/sí)	p < 0,005; OR = 2,0 (IC del 95%, 1,2-3,2)	NS ^b
Diagnóstico, grupos 1, 2, 3, 4 ^c	p < 0,01	p < 0,01; OR = 2,1 (IC del 95%, 1,2-3,5)

NS: no significativo.

^aEn el modelo separado por sexos, en mujeres p = 0,087; OR = 1,6 (IC del 95%, 0,93-2,91).

^bEn el modelo separado por sexos, en mujeres p = 0,034; OR = 2,0 (IC del 95%, 1,05-3,79).

^cGrupo 1: patología digestiva alta; grupo 2: patología intestinal; grupo 3: patología hepática; grupo 4: miscelánea. Los grupos 2 y 4 presentaron más frecuencia de uso de hierbas medicinales. En el análisis multivariante la significación y la OR (IC) se refieren al grupo 2 o de patología intestinal.

fueron recomendadas por herbolario (17,0%), médico naturista (13,7%) o curandero (2,2%). La obtención de las hierbas medicinales fue, en su mayoría, de la herboristería o farmacia (74,7%), y en el resto de los casos fueron recolectadas o cultivadas por el paciente (14,3%) o por un familiar o conocido (11,0%). El resultado de la terapia con hierbas medicinales fue considerado por el paciente como excelente (curación) en 17,5% de casos, bueno (mejoría) en 62,8%, regular (sin cambios) en 18,6% y malo (empeoramiento o efectos nocivos) en 2 casos (1,1%).

Al estudiar la relación de las distintas variables con el consumo de hierbas medicinales (tabla II), encontramos que éste fue mayor en las mujeres que en los varones (45,1% frente a 25,9%), p < 0,0001, OR = 2,35 (IC del 95%, 1,61-3,43), sin que se observaran diferencias respecto a la edad y el origen (Comunidad Valenciana frente al resto de España). Los pacientes con título universitario superior usaban más hierbas medicinales (56%) que el resto (33,7%), p < 0,05, OR = 2,51 (IC del 95%, 1,05-6,06). Se constató relación inversa con el alcohol, 28,6% frente a 37,3% (consumo frente a no consumo), p = 0,0513, OR = 0,67 (IC del 95%, 0,44-1,02), pero estas diferencias desaparecieron al controlar por sexos. No se halló relación del uso de hierbas medicinales con el consumo de tabaco o medicamentos en general, pero sí con el uso de psicofármacos, 44,3% frente a 31,0% (consumo frente a no consumo), p < 0,005, OR = 1,77 (IC del 95%, 1,18-2,65). Las personas que habían realizado la práctica de TE alguna vez en su vida consumían hierbas medicinales en un 40,3, frente al 26,5% de las que no la realizaron, p < 0,001, OR = 1,87 (IC del 95%, 1,27-2,77). El 48,5% de pacientes con enfermedad funcional digestiva consumía hierbas medicinales, frente al 31,6% de los que presentaron enfermedad orgánica, p < 0,005, OR = 2,04 (IC del 95%, 1,28-3,25). La enfermedad del tracto digestivo bajo (44,7%) y la miscelánea (46,3%) se relacionaron con mayor uso de hierbas medicinales, frente a las hepatopatías (29,0%) y las enfermedades del tracto digestivo alto (31,5%), p < 0,01; estas relaciones persistían al estudiar la patología orgánica por separado. El análisis multivariante, con las variables significativas o próximas a la significación, demostró persistencia de asociación positiva

para el sexo femenino, nivel universitario de estudios, práctica de TE y enfermedad del tracto digestivo bajo o miscelánea (frente a hepática y del tracto digestivo alto). Al separar el modelo de regresión logística por sexos, en mujeres, la enfermedad funcional digestiva recuperaba la asociación significativa (p < 0,05) y el consumo de psicofármacos se aproximaba a ésta (p = 0,087).

En 21 casos (5,5%) de los 187 consumidores de hierbas medicinales no se recordaba la especie utilizada, y en 47 (12,3%) se consignó como compuesto de herboristería, que habitualmente contenía una mezcla de varias especies. Entre el resto se recogieron un total de 57 variedades. El máximo consumo fue de *Santolina chamaecyparissus* (18,8%), *Tilia platyphyllos* (6,5%), *Thymus vulgaris* (6%), *Equisetum ramosissimum* (4,7%), *Mentha pulegium* (4,4%) y *Valeriana officinalis* (4,4%). El resto se usó en proporción < 3%. En patología digestiva, aparte de las descritas, aparecían con una frecuencia > 3% respecto al total, *Pneumus boldus* e *Illicium verum* (tabla III). El 53% de las indicaciones para tomar hierbas medicinales fue por patología digestiva, y el 47%, por causa no digestiva. Se recogieron 45 causas o indicaciones de consumo de hierbas medicinales, de las que 13 pertenecían a patología digestiva. El motivo más frecuente fue la ansiedad o depresión (15,3%), seguido de dispepsia o pesadez (12,7%), estreñimiento (11,9%), dolor abdominal (9,3%) y hepatopatía (5,2%). El resto de las indicaciones más frecuentes para el uso de hierbas medicinales se presentan en la tabla IV.

DISCUSIÓN

El personal sanitario suele tener un conocimiento escaso de la MAC y una actitud con frecuencia escéptica e incluso negativa hacia ésta, lo que dificulta el consejo a los pacientes que, generalmente, comparten ambas formas de medicina, la oficial y la alternativa¹¹⁻¹⁴. Se calcula en más del 80% la población mundial que utiliza MAC exclusivamente. En Estados Unidos, paradigma de la biomedicina científica ortodoxa, más del 50% de sus habitantes utilizan alguna modalidad de MAC junto a la medicina convencional⁴, y en este país incluso se ha constatado un crecimiento importante en los últimos años, representan-

TABLA III. Variedades botánicas más utilizadas por los pacientes de consultas externas de digestivo. Frecuencia de uso en patología general (PG) y en patología digestiva (PD)

Variedad botánica, denominación		Frecuencia en PG		Frecuencia en PD	
Popular valenciana/castellana*	Científica	N	%	N	%
Camamirla, cabotetes/manzanilla	<i>Santolina chamaecyparissus</i>	72	18,8	57	26,9
Compuesto de herboristería		47	12,3	24	11,3
Tila/tila	<i>Tilia platyphyllos</i>	25	6,5	6	2,8
Timonet, tomanil, frigola/tomillo	<i>Thymus vulgaris</i>	23	6	13	6,1
No recuerda		21	5,5	11	5,2
Cua de cavall, canutet, besnuga/canutillo	<i>Equisetum ramosissimum</i>	18	4,7	6	2,8
Poliol, menta/poleo	<i>Mentha pulegium</i>	17	4,4	16	7,5
Valeriana/valeriana	<i>Valeriana officinalis</i>	17	4,4	0	0,0
Romer, romani/romero	<i>Rosmarinus officinalis</i>	11	2,9	4	1,9
Boldo	<i>Pneumus boldus</i>	10	2,6	9	4,2
Anís estrellado	<i>Illicium verum</i>	10	2,6	8	3,8
Rabet de gat/rabo de gato, zahareña	<i>Sideritis angustifolia</i>	9	2,3	4	1,9
Marialluisa/hierbaluisa	<i>Lippia triphylla</i>	8	2,1	5	2,3
Sàlvia/salvia	<i>Salvia officinalis</i>	8	2,1	4	1,9
Tarongina/melisa	<i>Melissa officinalis</i>	7	1,8	1	0,5
Té verde	<i>Thea chinensis</i>	5	1,3	2	0,9
Espinal, espi blanc/espino blanco	<i>Crataegus monogyna</i>	4	1	0	0,0
Carxofa/alcachofa	<i>Cynara scolymus</i>	4	1	4	1,9
Malva/malva	<i>Malva sylvestris</i>	4	1	0	0,0
Fenoll, anís/hinojo	<i>Foeniculum vulgare</i>	4	1	3	1,4
Otras (39 en PG y 24 en PD)		59	15,4	35	16,5

*Para las plantas de conocimiento popular se han respetado las denominaciones en valenciano, buscando el equivalente más común en castellano.

do unos costes comparables, en algunos aspectos, a los de la medicina oficial¹. Aunque se ha señalado como factor explicativo de este auge una posible insatisfacción con la medicina convencional^{11,15}, hay estudios que conceden poca importancia a esta causa. Así, Astin¹⁶ encuentra un perfil del usuario de MAC cuyas principales características serían: mayor nivel cultural, poca salud, concepto holístico de la misma, pertenencia a grupos sociales alternativos y presentar determinadas enfermedades especialmente relacionadas como ansiedad, dorsalgia, dolor crónico y patología del tracto urinario.

La herbalterapia, fitoterapia o uso terapéutico de las hierbas medicinales es una de las variedades más conocidas de la MAC. De hecho, representa una parte fundamental de la farmacoterapia antigua, poco conocida por las últimas generaciones de médicos occidentales⁷. Su uso, cada vez más frecuente y muchas veces fuera del control de los expertos, puede plantear problemas de toxicidad propia e interacciones con los medicamentos convencionales. Los efectos adversos son difíciles de demostrar en muchos casos, dado que los preparados no suelen estar homologados, las concentraciones y proporciones de las distintas sustancias específicas son variables y los controles sobre sus posibles efectos nocivos son escasos o inexistentes en muchos países^{2,5,7,17-21}.

Eisenberg et al^{1,6} señalan un incremento del 380% en el consumo de hierbas medicinales para la población de Estados Unidos en el período 1990-1997, aunque trabajos posteriores no confirmarían un aumento tan espectacular²². La frecuencia del consumo anual de hierbas medicinales aportada por los estudios americanos es muy variable, dado que oscila aproximadamente del 2 al 46% en la población general^{1,6,22-24} y entre el 5 y el 20%, entre los pacientes de distintas patologías digestivas^{15,25,26}.

Carretero et al²⁷, en una muestra de enfermos de España asistentes a una consulta de medicina de familia, encontraron un consumo del 34,6%, aunque no se señala el

tiempo de referencia. La frecuencia del presente estudio, con un 26,9% anual, supera ligeramente la encontrada por Seef et al²⁶, que señala un 20% en enfermos de consultas externas de hepatología procedentes de 6 centros sanitarios, si bien esta cifra se refiere a consumo mensual (mes anterior) y representa la mediana, cuyo rango oscilaba entre el 12 y el 50% según el centro estudiado. Esta variabilidad apunta quizá a factores étnicos, culturales y, por lo tanto, geográficos, que condicionarían un mayor o menor consumo de hierbas medicinales^{22,24}. Sin embargo, el origen de nuestros pacientes (Comunidad Valenciana frente al resto de España) no influyó significativamente en el consumo de hierbas medicinales.

En el estudio de Carretero et al²⁷, el 15,7% recolectaban ellos mismos las hierbas medicinales, mientras que cerca de una cuarta parte de los consumidores del presente trabajo realizaban obtención directa mediante recolección o cultivo. En cualquier caso, estas cifras, junto a la elevada autoprescripción (67,1%), podrían expresar la persistencia de una tradición de herboristería popular en nuestro país, lo que contrasta con los datos de los estudios poblacionales americanos, en los que no hemos encontrado ninguna referencia a la obtención directa^{1,6,22-24}, quizá porque su diseño, dirigido al uso general de MAC, no incluía estos aspectos, o por suponer una procedencia prácticamente total de las herboristerías y establecimientos similares. Esto último parece más probable en un contexto de poblaciones urbanas y con una presencia mayor de variedades vegetales exóticas, procedentes en gran parte de medicinas orientales y, en consecuencia, de difícil cultivo o recolección en el medio natural.

Llama la atención que alrededor de un 80% de los pacientes consumidores de hierbas medicinales, en la muestra estudiada, perciben efectos positivos (mejoría o curación), proporción muy superior al 27,5% de mejoría encontrada por Carretero et al²⁷. Este alto grado de satisfacción puede

TABLA IV. Causas (patología o efecto buscado) más frecuentes en la fitoterapia de enfermos de consultas externas de digestivo

Patología o efecto buscado	N	%
Sedación (ansiedad, depresión)	41	15,3
Dispepsia-pesadez	34	12,7
Estreñimiento	32	11,9
Dolor abdominal, epigastralgia	25	9,3
Hepatopatía, hipertransaminasemia	14	5,2
Diuresis (oliguria, enfermedad renal)	11	4,1
Protección o prevención digestiva	9	3,3
Flatulencia-aerofagia	9	3,3
Adelgazamiento	9	3,3
Patología de circulación periférica	8	3,0
Resfriado	6	2,2
Cistitis, infección urinaria	6	2,2
Insomnio	5	1,9
Diarrea	4	1,5
Artrosis, espondilitis, lumbalgia	4	1,5
Otras causas digestivas	15	5,6
Otras causas no digestivas	36	13,4
Total	268	100,0

explicarse por la gran proporción de procesos funcionales y autolimitados que incluye la patología digestiva, por los efectos positivos «reales» de algunas especies botánicas y por la mayor tradición de uso de hierbas medicinales encontrado entre los pacientes del presente estudio. No podemos eludir, por otro lado, el efecto placebo general, reforzado, en el caso de las hierbas medicinales, con la concepción popular de que las plantas son «naturales» y, por lo tanto, «sanas», en contraste con los medicamentos, artificiales y potencialmente nocivos⁵. Sin embargo, el potencial tóxico de estas sustancias es ampliamente conocido^{20,21} y se pone de manifiesto por el hecho de encontrar 2 casos con efectos negativos de nuestra serie.

Las principales variables estudiadas en relación con el consumo de hierbas medicinales se resumen en la tabla II. La mayor frecuencia de uso de MAC por parte del sexo femenino encontrada en diversos estudios^{6,22,23} se corrobora en la muestra estudiada, dado que casi la mitad de las mujeres consumía hierbas medicinales frente a la cuarta parte de varones, aunque es posible que este hecho refleje simplemente un mayor uso de la medicina en general (convencional y alternativa) por parte del sexo femenino⁶. No sorprende tampoco el hecho de que, en nuestro entorno, las personas con título universitario sean mayores consumidores de hierbas medicinales (aunque este segmento era pequeño), pues el uso de MAC, en general, aparece ligado a un mayor nivel educativo y socioeconómico en diversos trabajos^{1,6,16,22-24}. No se demostró relación de la edad con el consumo de hierbas medicinales entre los pacientes estudiados, a diferencia de otros estudios que parecen encontrar un mayor uso de MAC en edades intermedias, en todo caso inferiores a 55 años^{1,6,22}. En la búsqueda del perfil de consumidor de hierbas medicinales, no se halló relación consistente con el consumo de tabaco ni alcohol, ni tampoco con el consumo de fármacos en general, si bien parecía lógico que los pacientes más consumidores de medicina convencional lo fueran también de MAC^{1,23,28} y, probablemente, de hierbas medicinales. En cambio, sí se halló relación con el consumo de psicofármacos, al igual que Kaufman et al²⁹, que en-

cuentran un 22% de uso de hierbas medicinales en pacientes que tomaban fluoxetina frente a un 16% en los que no tomaban dicho fármaco. Esto sugiere la existencia de un subgrupo de pacientes con ansiedad-depresión que serían grandes consumidores potenciales de medicina oficial y alternativa²⁸.

El consumo de hierbas medicinales fue mayor entre los pacientes con enfermedad funcional digestiva y en aquellos que realizaban la práctica de TE, ritual mágico-religioso muy usado en nuestro entorno^{4,8-10}, usualmente aplicado en procesos digestivos autolimitados, que estudiamos también en la misma muestra^{30,31}. El hecho de encontrar mayor uso de hierbas medicinales en el grupo de enfermedades del tracto digestivo bajo orienta quizá hacia dolencias funcionales (síndrome de intestino irritable, estreñimiento) y enfermedad inflamatoria intestinal crónica, patologías que se relacionarían con alta frecuencia de uso de la medicina convencional y potencialmente de MAC. Sin embargo, Rawsthorne et al, en un estudio multicéntrico americano-europeo¹⁵, sólo encuentran un 5,2% de consumo de hierbas medicinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, aunque el espectro de las distintas modalidades de MAC variaba sustancialmente entre los 4 centros estudiados, con un rango para el consumo de hierbas medicinales del 0% (Estocolmo) al 7,9% (Los Ángeles). Más difícil resulta la interpretación del máximo consumo de hierbas medicinales encontrado entre los pacientes del grupo de patología miscelánea (46,3%) dado el carácter heterogéneo del mismo, aunque la existencia en su seno de un subgrupo de carácter claramente funcional o psicossomático (dispepsias, somatizaciones, dolor abdominal inespecífico, depresión) podría explicar en parte este elevado consumo.

El uso de unas u otras especies botánicas dependerá, en gran parte, de las características etnoculturales y geográficas de la zona estudiada, sobre todo si la recolección o cultivo directo son importantes. Así, al comparar nuestro estudio con otro realizado por Fresquet y Tronchoni³², mediante entrevistas a la población general y curanderos de una comarca vecina (La Ribera Alta), observamos un 70% de concordancia en las 10 variedades de máxima frecuencia. Por contra, sólo una de las hierbas medicinales recogidas entre nuestros pacientes, la *Valeriana officinalis*, figuraría también entre las especies más vendidas en las herboristerías estadounidenses en 1998⁵. Llama la atención que, a pesar de tratarse de pacientes con patología digestiva, casi la mitad consumía hierbas medicinales por causa no digestiva, y destaca, como indicación más frecuente, la búsqueda de acción sedante en la ansiedad-depresión, con un 15,3% de la frecuencia global. De hecho, la ansiedad y la depresión son 2 de las 5 patologías con mayor uso de MAC en Estados Unidos¹, y representan las indicaciones principales para dos de las especies botánicas más usadas en este país⁵. La patología urinaria en su conjunto (búsqueda de acción diurética y tratamiento de infección urinaria), con un 6,3% global, en la serie estudiada significó la segunda causa de afecciones no digestivas, lo que corrobora el uso frecuente de MAC en estas enfermedades, ya señalado por otros trabajos¹⁶. Lógicamente, el consumo por causa digestiva fue alto (53%),

destacando por su frecuencia la dispepsia/pesadez y el estreñimiento, afecciones presuntamente funcionales que representaron conjuntamente casi un 50% de las indicaciones de consumo de hierbas medicinales en el ámbito de la patología digestiva. Esto concuerda además con el gran uso de hierbas medicinales (68%) encontrado por Cervera et al³³ entre pacientes dispépticos de nuestro entorno, usuarios de MAC.

En suma, el presente estudio demuestra un elevado consumo de hierbas medicinales entre los pacientes que acuden a la consulta externa de aparato digestivo, con un elevado porcentaje de autoprescripción, la persistencia de recolección o cultivo directos en una cuarta parte de los casos y el siguiente perfil de máximo consumo: sexo femenino, nivel cultural alto, uso de psicofármacos, práctica de TE, predominio de enfermedad funcional y patología del tracto digestivo bajo.

Serían necesarios nuevos trabajos para estudiar estos y otros aspectos de la fitoterapia en la población general de nuestro país. Asimismo, dentro de un concepto amplio de medicina integrada^{3,11} constatamos la necesidad de un conocimiento más profundo de la MAC en general, y de las hierbas medicinales en particular, por parte del personal sanitario¹², lo que probablemente implicaría la necesidad de incluir algunos aspectos de estas materias en los programas de licenciatura y de posgrado de las titulaciones en ciencias de la salud^{13,21,34}. De esta forma el médico generalista o gastroenterólogo podría orientar al paciente en los aspectos positivos, la falta de evidencia o los peligros potenciales de las hierbas medicinales y recomendar, al igual que con los medicamentos convencionales, su uso racional y no abusivo¹⁹. En esta línea, probablemente sería útil la inclusión, en la anamnesis rutinaria, de algunas preguntas sobre consumo anterior o actual de estas sustancias^{5,14,17}, lo que permitiría ampliar el conocimiento de los principios activos que pueden influir positiva o negativamente en cada enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs and patterns of use. *N Engl J Med* 1993;328:246-52.
- Angell M, Kassirer JP. Alternative medicine. The risks of untested and unregulated remedies. *N Engl J Med* 1998;339:839-41.
- Dalen JE. «Conventional» and «unconventional» medicine. Can they be integrated? *Arch Intern Med* 1998;158:2179-81.
- Ferrís J, García J. Medicines alternatives: mites i realitats. Valencia: Brosquil edicions, 2002.
- Winslow LC, Kroll DJ. Herbs as medicines. *Arch Intern Med* 1998;158:2192-99.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner S, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States. Results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
- Ernst E. Herbal medicines: where is the evidence? Growing evidence of effectiveness is counterbalanced by inadequate regulation. *BMJ* 2000;321:395-6.
- Seijo FG. Curanderismo y medicina popular (en el País Valenciano). Alicante: Ediciones Biblioteca Alicantina, 1974.
- E Soria. Medicina popular a La Safor (I). *Ullal* 1985;7-8:5-13.
- Barona JLI, Valladolid MJ. Superstició i pensament mític a la medicina popular valenciana: les malalties «no de metges». *Canalobre* 1987;11:48-54.
- Rees L, Weil A. Integrated medicine. Imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *BMJ* 2001;322:119-20.
- Berman BM. Complementary medicine and medical education. Teaching complementary medicine offers a way of making teaching more holistic. *BMJ* 2001;322:121-2.
- Owen DK, Lewith G, Stephens CR. Can doctors respond to patients' increasing interest in complementary and alternative medicine? *BMJ* 2001;322:154-7.
- Mills SY. Regulation in complementary and alternative medicine. *BMJ* 2001;322:158-60.
- Rawsthorne P, Shanahan F, Cronin NC, Anton PA, Löfberg R, Bohman L, et al. An international survey of the use and attitudes regarding alternative medicine by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroent* 1999;94:1298-303.
- Astin JA. Why patients use alternative medicine. Results of a national study. *JAMA* 1998;279:1548-53.
- Miller LG. Herbal medicinals. Selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions. *Arch Intern Med* 1998;158:2200-11.
- Fugh-Berman A. Herb-drug interactions. *Lancet* 2000;355:134-8.
- Huxtable RJ. The myth of beneficent nature: the risks of herbal preparation. *Ann Intern Med* 1992;117:165-6.
- Larrey D. Hepatotoxicity of herbal remedies. *J Hepatol* 1997;26:47-51.
- Andrade RJ, Lucena MI, García-Cortés M. Hepatotoxicidad por infusión de hierbas. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:327-32.
- Ni H, Simile C, Hardy AM. Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults. Results from the 1999 national health interview survey. *Med Care* 2002;40:353-8.
- Druss BJ, Rosenheck RA. Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *JAMA* 1999;282:651-6.
- Bair YE, Gold EB, Greendale GA, Sternfeld B, Adler SR, Azari R, et al. Ethnic differences in use of complementary and alternative medicine at midlife: Longitudinal results from SWAN participants. *Am J Public Health* 2002;92:1832-40.
- Hayden CW, Bernstein CN, Hall RA, Vakili N, Garewal HS, Fass R. Usage of supplemental alternative medicine by community-based patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). *Digest Dis Sci* 2002;47:1-8.
- Seeff LB, Lindsay KL, Bacon BR, Kresina TF, Hoofnagle JH. Complementary and alternative medicine in chronic liver disease. *Hepatology* 2001;34:595-603.
- Carretero JL, Ruiz A, Yagüe E, Pérez RN. Medicina alternativa frente a medicina científica en un área básica de salud. ¿Un fenómeno emergente? *Med Clin (Barc)* 2001;117:439.
- Keesler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, et al. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry* 2001;158:289-94.
- Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. The Slone survey. *JAMA* 2002;287:337-44.
- Ferrando Ginestar J, Devesa F, Miñana M, Sintes M, Ortuño J. «Trencar l'enfit», una pràctica de medicina màgica entre los pacientes de digestivo de La Safor: Vigencia y características. *Rev Soc Valenciana Patol Dig* 2002;21:150-1.
- Devesa F, Ortuño J, Lull J, Llobera C, Ferrando Ginestar J. «Trencar l'enfit», una pràctica de medicina màgica entre los pacientes de digestivo de La Safor: perfil del usuario. *Rev Soc Valenciana Patol Dig* 2002;21:151.
- Fresquet JL, Tronchoni JA. El uso popular de las plantas medicinales en la Ribera Alta. En: Fresquet JL, editor. *Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta*. Valencia: Universidad de Valencia-CSIC, 1995; p. 131-246.
- Cervera I, Bixquert M, Fresquet JL, Cervera V, González O, Giner R, et al. Medicina alternativa en la dispepsia funcional. *Rev Soc Valenciana Patol Dig* 2002;21:121.
- Bryden H. Commentary: special study modules and complementary and alternative medicine-the Glasgow experience. *BMJ* 2001;322:157-8.