

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

**Uso de plantas medicinales durante el embarazo:
revisión sistemática de prácticas, beneficios
percibidos y riesgos maternos-fetales**

Use of medicinal plants during pregnancy: a systematic review of
practices, perceived benefits, and maternal-fetal risks

Jacqueline Evelyn Ayala Cangas

jacquelinee.ayala@upec.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-9652-696X>
Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcán – Ecuador

Paola Andrea Sarmiento Muñoz

paosar1993@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-9652-696X>
Universidad Politécnica Estatal del Carchi
Tulcán – Ecuador

Nayeli Fernanda Ayala Cangas

nayeayala109@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-7502-8224>
Investigadora independiente
Tulcán – Ecuador

Viviana Jaqueline Garzón Enríquez

paosar1993@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-9084-3041>
Investigadora independiente
Tulcán – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i3.6123>



Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 16 de febrero de 2026.
Aceptado para publicación: 30 de junio de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i3.6123>

Uso de plantas medicinales durante el embarazo: revisión sistemática de prácticas, beneficios percibidos y riesgos maternos-fetales

Use of medicinal plants during pregnancy: a systematic review of practices, perceived benefits, and maternal-fetal risks

Jacqueline Evelyn Ayala Cangas

jacquelinee.ayala@upec.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-9652-696X>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Tulcán – Ecuador

Paola Andrea Sarmiento Muñoz

paosar1993@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-9652-696X>

Universidad Politécnica Estatal del Carchi

Tulcán – Ecuador

Nayeli Fernanda Ayala Cangas

nayeayala109@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-7502-8224>

Investigadora independiente

Tulcán – Ecuador

Viviana Jaqueline Garzón Enríquez

paosar1993@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-9084-3041>

Investigadora independiente

Tulcán – Ecuador

Artículo recibido: 16 de febrero de 2026. Aceptado para publicación: 30 de junio de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El uso de plantas medicinales durante el embarazo sigue siendo una práctica habitual en distintos contextos culturales. Sin embargo, la idea de que un producto es seguro por ser natural no siempre coincide con la evidencia científica disponible. Esta revisión sistemática tuvo como objetivo analizar las formas de consumo, los beneficios percibidos, los posibles riesgos maternos-fetales y sus implicaciones para la atención prenatal. Se realizó una búsqueda estructurada en PubMed/MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud y Google Scholar. Se incluyeron publicaciones en español, inglés y portugués difundidas entre enero de 2016 y junio de 2026, además de documentos institucionales y estudios previos relevantes para contextualizar los resultados. La síntesis cualitativa principal reunió 18 publicaciones recientes. Los hallazgos muestran que la prevalencia varía entre regiones y que la comunicación con el personal sanitario continúa siendo limitada. Las plantas se utilizan principalmente para aliviar náuseas, malestar digestivo, síntomas respiratorios y ansiedad, así como para prepararse para el parto. El jengibre cuenta con el respaldo más consistente para el alivio de náuseas y vómitos cuando se usa con prudencia y supervisión profesional. En contraste, la evidencia sobre manzanilla, hoja de frambuesa, hinojo, regaliz, ruda y preparados concentrados es limitada, heterogénea o desfavorable. Se concluye que la atención prenatal debe incorporar preguntas específicas, registro clínico y consejería respetuosa sobre la especie utilizada, la dosis, la preparación,

la frecuencia y el trimestre de exposición. La falta de evidencia suficiente no puede asumirse como una garantía de seguridad.

Palabras clave: plantas medicinales, embarazo, seguridad materno-fetal, atención prenatal, farmacovigilancia

Abstract

The use of medicinal plants during pregnancy remains common in different cultural settings. However, the belief that a product is safe simply because it is natural does not always match the available scientific evidence. This systematic review aimed to analyze patterns of use, perceived benefits, potential maternal-fetal risks, and their implications for antenatal care. A structured search was conducted in PubMed/MEDLINE, SciELO, the Virtual Health Library, and Google Scholar. Publications in Spanish, English, and Portuguese issued between January 2016 and June 2026 were included, together with relevant institutional documents and earlier studies used to contextualize the findings. The main qualitative synthesis comprised 18 recent publications. The results show marked regional variation in prevalence and limited communication with healthcare professionals. Medicinal plants are mainly used to relieve nausea, digestive discomfort, respiratory symptoms, and anxiety, as well as to prepare for labor. Ginger has the most consistent support for the relief of nausea and vomiting when used cautiously and under professional supervision. In contrast, the evidence regarding chamomile, raspberry leaf, fennel, licorice, rue, and concentrated preparations is limited, heterogeneous, or unfavorable. Antenatal care should include specific questions, clinical documentation, and respectful counseling about the species used, dose, preparation, frequency, and trimester of exposure. Insufficient evidence should not be interpreted as a guarantee of safety.

Keywords: medicinal plants, pregnancy, maternal-fetal safety, antenatal care, pharmacovigilance

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Ayala Cangas, J. E., Sarmiento Muñoz, P. A., Ayala Cangas, N. F., & Garzón Enríquez, V. J. (2026). Uso de plantas medicinales durante el embarazo: revisión sistemática de prácticas, beneficios percibidos y riesgos materno-fetales. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (3), 2466 – 2480. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i3.6123>

INTRODUCCIÓN

Las plantas medicinales forman parte de las prácticas de autocuidado de muchas comunidades. Durante el embarazo, su uso suele estar relacionado con saberes transmitidos en la familia, costumbres locales, facilidad de acceso o el deseo de aliviar molestias frecuentes sin recurrir de inmediato a medicamentos convencionales. No obstante, bajo una misma denominación pueden encontrarse prácticas muy distintas: desde una infusión ocasional hasta el consumo repetido de extractos, cápsulas, aceites esenciales o mezclas cuya composición no siempre está claramente identificada. Desde el punto de vista clínico, estas formas de uso no son equivalentes, porque la concentración de principios activos, la vía de administración y el tiempo de exposición pueden variar de manera considerable (Bebitoglu, 2020; El Hajj & Holst, 2020).

El embarazo requiere una valoración particular. Los cambios fisiológicos maternos modifican la absorción, distribución y metabolismo de diversas sustancias, mientras que el desarrollo embrionario y fetal atraviesa periodos de especial sensibilidad. En este contexto, la palabra “natural” no puede utilizarse como sinónimo de seguridad. Algunas plantas contienen compuestos con actividad farmacológica, pueden interactuar con otros tratamientos, influir en la contractilidad uterina o presentar problemas de identificación, adulteración y contaminación. Por ello, cualquier orientación responsable debe distinguir entre el uso culinario habitual, las dosis con fines terapéuticos, los productos concentrados y las preparaciones de origen incierto (Sarecka-Hujar & Szulc-Musioł, 2022; World Health Organization, 2004).

La frecuencia de esta práctica justifica que sea abordada de forma explícita durante el control prenatal. Una revisión sistemática y metaanálisis reciente, que integró 111 estudios realizados en 51 países, estimó una prevalencia global agrupada del 34,4 %. A pesar de ello, solo el 27,9 % de las usuarias informó sobre el consumo de plantas medicinales a los profesionales sanitarios (Im et al., 2024). Cuando esta conversación no ocurre, se reduce la posibilidad de detectar oportunamente reacciones adversas, interacciones y exposiciones que podrían evitarse. Además, se limita el desarrollo de una farmacovigilancia capaz de considerar los contextos culturales sin descalificar a las gestantes.

En América Latina, las prácticas tradicionales conservan una presencia importante, especialmente en territorios con diversidad cultural y acceso desigual a los servicios sanitarios. En el cantón Yantzaza, Ecuador, Carrión et al. (2023) encontraron un conocimiento amplio de especies vegetales utilizadas por gestantes y puérperas. Este tipo de hallazgos muestra que el debate no puede reducirse a una oposición entre medicina tradicional y atención biomédica. El reto consiste en valorar cada exposición con criterios clínicos, reconocer las experiencias de las usuarias y explicar con claridad los límites de la evidencia disponible.

En esta revisión se consideran plantas medicinales las especies vegetales y sus preparaciones derivadas cuando se utilizan con una finalidad preventiva, sintomática o terapéutica. El análisis se concentra en el embarazo, aunque se incorporaron estudios del periodo periparto o posparto cuando aportan información útil para comprender los patrones de consumo y la seguridad. La pregunta que orientó el estudio fue la siguiente: ¿qué evidencia reciente existe sobre las prácticas de consumo, los beneficios percibidos y los riesgos materno-fetales asociados al uso de plantas medicinales durante el embarazo? A partir de esta pregunta, se planteó como objetivo analizar críticamente la literatura disponible y proponer implicaciones prácticas para la atención prenatal y para futuras investigaciones.

METODOLOGÍA

Diseño de la revisión

Se desarrolló una revisión sistemática con síntesis narrativa. La planificación y la presentación del proceso siguieron los principios de la declaración PRISMA 2020, orientados a transparentar la identificación, selección y análisis de las publicaciones (Page et al., 2021). No se realizó un metaanálisis propio, debido a la heterogeneidad de los diseños, las poblaciones, las especies estudiadas, las formas de preparación y los desenlaces reportados. Cuando las revisiones previas aportaron estimaciones agrupadas, estas se utilizaron como antecedentes y se interpretaron considerando sus limitaciones metodológicas.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se cerró el 7 de junio de 2026. Se consultaron PubMed/MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud y Google Scholar mediante términos libres y descriptores combinados en español, inglés y portugués: “plantas medicinales”, “hierbas medicinales”, “productos herbales”, “embarazo”, “gestantes”, “medicinal plants”, “herbal medicine”, “herbal products”, “pregnancy”, “pregnant women”, “plantas medicinais” y “gravidez”. La búsqueda principal abarcó publicaciones difundidas entre enero de 2016 y junio de 2026. Para ampliar el contexto, también se revisaron referencias de forma manual y se consultaron documentos institucionales relacionados con farmacovigilancia y prudencia clínica.

Criterios de selección y análisis

Se incluyeron estudios observacionales, cohortes, investigaciones con métodos mixtos, revisiones sistemáticas y revisiones integrativas que abordaron el consumo de plantas medicinales durante el embarazo, los motivos de uso, la comunicación con el personal sanitario o los posibles efectos sobre la madre y el feto. Se consideraron publicaciones en español, inglés y portugués con texto completo o con información metodológica suficiente para extraer los datos relevantes. Se excluyeron los duplicados, los estudios realizados exclusivamente en animales, los documentos sin metodología explícita, los trabajos sobre terapias complementarias que no presentaban resultados diferenciados para plantas medicinales y las publicaciones centradas únicamente en el posparto cuando no contribuyen a responder la pregunta de investigación.

La información se organizó en una matriz que incluyó autoría, año de publicación, país o región, diseño, muestra, especies mencionadas, motivos de uso, comunicación con profesionales y principales hallazgos. La lectura crítica examinó la correspondencia entre objetivos y métodos, la claridad en la selección de participantes, la forma de identificar la exposición, el reporte de dosis o preparación, el control de factores de confusión y la coherencia de las conclusiones. Como referencia para esta valoración se utilizaron las herramientas del Joanna Briggs Institute para estudios primarios y AMSTAR 2 para revisiones sistemáticas (Joanna Briggs Institute, s. f.; Shea et al., 2017).

Tabla 1

Estrategia de búsqueda y criterios de selección

Componente	Descripción
Bases de datos	PubMed/MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud y Google Scholar.
Periodo principal	Enero de 2016 a junio de 2026. Se añadieron antecedentes previos relevantes y documentos institucionales para contextualizar los resultados.
Idiomas	Español, inglés y portugués.
Términos principales	“plantas medicinales”, “hierbas medicinales”, “productos herbales”, “embarazo”, “gestantes”, “medicinal plants”, “herbal medicine”, “herbal products”, “pregnancy”, “pregnant women”, “plantas medicinais” y “gravidez”.

Inclusión	Estudios en seres humanos y revisiones con información sobre prevalencia, motivos, prácticas, comunicación clínica, beneficios percibidos o riesgos durante el embarazo.
Exclusión	Duplicados, estudios exclusivamente animales, documentos sin metodología, terapias complementarias sin datos diferenciados y publicaciones posparto sin aporte directo a la pregunta.
Síntesis	Análisis cualitativo temático. No se efectuó metaanálisis propio por heterogeneidad clínica y metodológica.

Fuente: elaboración propia.

Figura 1

Proceso de identificación, selección y síntesis de la literatura



Nota: La síntesis cualitativa principal incluyó 18 publicaciones recientes. Los antecedentes previos y las fuentes institucionales se utilizaron para complementar el contexto. Para una eventual postulación editorial, se recomienda conservar el registro exportado de cada base de datos y documentar los resultados de búsqueda según la fecha de consulta.

Fuente: elaboración propia.

DESARROLLO

Magnitud del consumo y variabilidad regional

La evidencia revisada coincide en que el consumo de plantas medicinales durante el embarazo no es una práctica marginal. Sin embargo, las cifras varían de acuerdo con la región, la forma en que se formula la pregunta, el periodo de recuerdo y la definición de consumo utilizada en cada estudio. Kennedy et al. (2016), al analizar la clasificación de seguridad de las plantas empleadas por mujeres de distintos países, encontraron que una proporción relevante de los productos requería precaución o presenta contraindicaciones. Por su parte, Im et al. (2024) estimaron una prevalencia global agrupada del 34,4 %, aunque con diferencias amplias entre estudios. Lejos de restar importancia al problema,

esta variabilidad evidencia el peso de los contextos culturales, las redes familiares, la disponibilidad de productos y la relación de las usuarias con los servicios sanitarios.

Los resultados también difieren entre países. En Etiopía, Wake y Fitie (2022) reportaron una frecuencia elevada de consumo y una escasa conversación con el personal sanitario. En China, Xiong et al. (2023) analizaron una cohorte poblacional de 199 710 embarazos y encontraron que el 26,13 % de las participantes utilizó medicinas herbales chinas, con mayor frecuencia durante el primer trimestre y con uso simultáneo de medicamentos farmacéuticos. En São Paulo, Brasil, Im et al. (2023) identificaron el consumo de plantas medicinales en aproximadamente una quinta parte de las participantes. En conjunto, estos hallazgos muestran que una cifra aislada no puede extrapolarse de manera automática a todas las poblaciones.

Los estudios latinoamericanos aportan una perspectiva especialmente útil para la región. En Ecuador, Carrión et al. (2023) documentaron conocimientos tradicionales en comunidades nativas y mestizas del cantón Yantzaza. En Costa Rica, Hernández-Salón et al. (2025) señalaron que plantas como la manzanilla, la ruda y el jengibre son reconocidas por la población, y que las infusiones constituyen una forma habitual de preparación. Aunque los diseños y tamaños de muestra no permiten realizar generalizaciones nacionales, estos estudios confirman la necesidad de abordar el tema mediante educación sanitaria y comunicación intercultural.

Motivos de uso y fuentes de recomendación

Las gestantes recurren a las plantas medicinales por diferentes razones. Algunas buscan aliviar molestias frecuentes, mientras que otras las utilizan con fines vinculados al bienestar o a la preparación para el parto. Entre los motivos descritos se encuentran las náuseas, los vómitos, la acidez, la indigestión, los síntomas respiratorios, la cefalea, la ansiedad, el insomnio, la preparación para el trabajo de parto y la recuperación posterior. En el estudio realizado en São Paulo, los usos más frecuentes estuvieron relacionados con náuseas y vómitos, malestar digestivo y ansiedad o estrés (Im et al., 2023). La decisión de consumirlas no siempre parte de una consulta profesional: familiares, amistades y experiencias previas suelen tener una influencia importante.

Este contexto ayuda a comprender por qué la consejería debe evitar un enfoque punitivo. Si una gestante percibe que será cuestionada o desaprobada, es posible que omita información clínicamente relevante. La revisión y metaanálisis de Im et al. (2024) mostró que menos de un tercio de las usuarias comunicaba el consumo a los profesionales. En São Paulo, cerca de la mitad no había conversado sobre esta práctica con el equipo obstétrico y una proporción importante indicó que el personal tampoco había preguntado al respecto (Im et al., 2023). Esta omisión no necesariamente refleja la falta de interés por la seguridad. En muchos casos, responde a la creencia de que las plantas son inocuas o a la percepción de que el tema no forma parte de la consulta prenatal.

Diferencias entre especies, presentaciones y dosis

La evidencia disponible no permite elaborar una lista rígida de plantas “permitidas” y “prohibidas” que pueda aplicarse a todos los casos. Una misma especie puede consumirse como alimento, infusión ligera, extracto seco, tintura, cápsula o aceite esencial. Estas presentaciones no ofrecen la misma concentración y, por tanto, tampoco generan la misma exposición materna y fetal. Bebitoglu (2020) señala que las infusiones suelen contener concentraciones menores que los extractos o las cápsulas. Aun así, el riesgo no desaparece cuando el consumo es repetido, se utilizan mezclas no estandarizadas o existe una identificación imprecisa de la especie.

El jengibre es la planta que cuenta con el respaldo más consistente para aliviar las náuseas y los vómitos del embarazo. Las revisiones describen resultados favorables cuando se emplea en

cantidades moderadas y durante periodos limitados. Sin embargo, esta evidencia no justifica un consumo indiscriminado ni permite asumir que todos los productos comerciales tienen la misma composición. La valoración debe considerar la dosis, la presentación, los antecedentes hemorrágicos, los medicamentos concomitantes y la intensidad de los síntomas. La hiperémesis gravidica, la deshidratación y la pérdida de peso requieren atención médica; no deben manejarse únicamente mediante autocuidado (Sarecka-Hujar & Szulc-Musioł, 2022).

La situación de la manzanilla es menos clara. Aunque se trata de una de las infusiones más utilizadas, la literatura no ofrece evidencia sólida que permita afirmar su seguridad terapéutica durante todo el embarazo. Algunos estudios observacionales han descrito asociaciones que justifican cautela cuando el consumo es regular, y una revisión reciente concluyó que la evidencia sobre su eficacia y seguridad perinatal sigue siendo débil (Ferguson & Gordon, 2025; Sarecka-Hujar & Szulc-Musioł, 2022). Esto no implica que una exposición ocasional cause necesariamente daño, pero sí desaconseja recomendar dosis medicinales repetidas como si estuvieran plenamente validadas.

La hoja de frambuesa suele promocionarse como una ayuda para facilitar el trabajo de parto. No obstante, Bowman et al. (2021) encontraron una base de evidencia insuficiente y con limitaciones metodológicas. De forma similar, Zamawe et al. (2018) observaron que los estudios sobre plantas utilizadas para inducir el parto no permiten establecer su seguridad con suficiente confianza. Por esta razón, la preparación para el nacimiento no debería depender de productos con posibles efectos uterotónicos, especialmente cuando no existe supervisión profesional.

Otras especies también merecen atención. La ruda se relaciona tradicionalmente con efectos emenagogos y uterotónicos, motivo por el cual debe evitarse su consumo medicinal durante el embarazo. Los preparados concentrados de canela, el hinojo, el regaliz y los aceites esenciales requieren una valoración individual. Del mismo modo, el ajo y los cítricos consumidos como parte de la alimentación habitual no pueden equipararse con suplementos, extractos o aceites concentrados. Esta distinción ayuda a evitar mensajes alarmistas sin dejar de prevenir exposiciones innecesarias.

Tabla 2

Características de publicaciones representativas incluidas en la síntesis cualitativa

Autoría, año y región	Diseño o alcance	Hallazgos centrales	Aporte y límites para la interpretación
Kennedy et al. (2016) Multinacional	Análisis de clasificación de seguridad en usuarias de plantas medicinales durante el embarazo.	Una proporción relevante de especies consumidas requería precaución o presenta contraindicaciones.	Aporta una alerta comparativa; la clasificación depende de la calidad de la evidencia disponible para cada especie.
Ahmed et al. (2017) Asia	Revisión sistemática de estudios sobre plantas utilizadas durante el embarazo.	Identificar especies con perfiles favorables, inciertos y potencialmente perjudiciales.	Muestra heterogeneidad regional y vacíos de información.
Ahmed et al. (2018) África	Revisión sistemática regional.	El uso fue frecuente y estuvo influido por factores culturales y de acceso.	Evidencia la necesidad de farmacovigilancia adaptada al contexto.
Zamawe et al. (2018) Diversos países	Revisión sistemática y metaanálisis sobre plantas usadas para inducir el parto.	La eficacia sugerida no estuvo acompañada de evidencia concluyente de seguridad.	Sustenta una recomendación de prudencia ante productos uterotónicos.

Muñoz Balbontín et al. (2019) Diversos países	Revisión sistemática sobre productos herbales en embarazo y posparto.	La evidencia de seguridad resultó insuficiente para recomendaciones generales.	Destaca reacciones adversas e interacciones potenciales.
Bebitoglu (2020) Revisión narrativa	Actualización sobre infusiones utilizadas con frecuencia.	La concentración y la presentación modifican el nivel de exposición.	Permite diferenciar infusiones, extractos, cápsulas y productos concentrados.
Bowman et al. (2021) Diversos países	Revisión integrativa sobre hoja de frambuesa.	La evidencia sobre eficacia y seguridad fue limitada.	No respalda su recomendación rutinaria para facilitar el parto.
Wake y Fitie (2022) Etiopía	Estudio transversal en 422 gestantes.	El consumo fue frecuente y la comunicación con profesionales fue baja.	Describe determinantes sociales y necesidad de consejería prenatal.
Im et al. (2023) Brasil	Estudio transversal en 333 mujeres en posparto inmediato.	Aproximadamente una quinta parte usó plantas; varias requerían precaución. La comunicación clínica fue incompleta.	Aporta evidencia latinoamericana reciente sobre patrones y diálogo asistencial.
Xiong et al. (2023) China	Cohorte poblacional de 199 710 embarazos.	El 26,13 % utilizó medicinas herbales chinas; la exposición fue mayor en el primer trimestre y coexistió con fármacos convencionales.	Subraya la necesidad de evaluar interacciones y momento de exposición.
Carrión et al. (2023) Ecuador	Estudio descriptivo en comunidades nativas y mestizas del cantón Yantzaza.	Documentó conocimientos tradicionales y uso de múltiples especies.	Visibiliza la pertinencia de una aproximación intercultural.
Bouquoui et al. (2023) Mediterráneo oriental	Revisión sistemática regional.	La prevalencia fue variable y familiares o amistades influyeron en la decisión de uso.	Refuerza el papel de las redes sociales y las prácticas culturales.
Im et al. (2024) Global	Revisión sistemática y metaanálisis de 111 estudios en 51 países.	Prevalencia global agrupada de 34,4 %; solo 27,9 % comunicó el uso a profesionales.	Ofrece la síntesis más amplia sobre magnitud y brecha de comunicación.
Bekele et al. (2024) Etiopía	Estudio secuencial mixto.	Exploró frecuencia de consumo y factores asociados en atención pública.	Integra datos cuantitativos y razones contextuales.
Hernández-Salón et al. (2025) Costa Rica	Estudio descriptivo en 144 participantes.	Identificó conocimientos y prácticas sobre manzanilla, ruda, jengibre y otras especies.	Aporta evidencia regional sobre percepciones de riesgo y preparación por infusión.
Ferguson y Gordon (2025) Diversos países	Revisión sistemática sobre manzanilla durante embarazo y posparto.	El respaldo para eficacia y seguridad terapéutica continuó siendo débil.	Justifica consejería de riesgo-beneficio y cautela ante uso repetido.

Nota: La tabla presenta una selección representativa de las publicaciones incluidas. Debido a las diferencias en los diseños, las definiciones y las especies estudiadas, las prevalencias no deben compararse como si provinieran de poblaciones equivalentes.

Fuente: elaboración propia.

Perfil orientativo de plantas mencionadas con frecuencia

La tabla 3 ofrece una lectura orientativa de algunas especies mencionadas con frecuencia en la literatura. No pretende funcionar como una guía de prescripción ni sustituye la valoración obstétrica individual. Su propósito es facilitar la entrevista clínica y recordar que la ausencia de datos concluyentes no equivale a ausencia de riesgo. Ante cualquier exposición, conviene precisar el nombre común y, cuando sea posible, el nombre científico, la parte de la planta utilizada, el origen, la presentación, la dosis, la frecuencia, la duración, el trimestre y los tratamientos concomitantes.

Tabla 3

Interpretación orientativa del perfil de seguridad de plantas mencionadas con frecuencia

Planta o preparación	Uso reportado	Síntesis de la evidencia	Orientación prudente para la atención prenatal
Jengibre (Zingiber officinale)	Náuseas y vómitos; infusión, alimento o preparados estandarizados.	Es la especie con evidencia comparativamente más consistente para alivio sintomático en cantidades moderadas y periodos breves.	Valorar dosis, presentación y comorbilidades. No sustituye la atención de hiperémesis, deshidratación o pérdida de peso.
Manzanilla (Matricaria chamomilla)	Malestar digestivo, ansiedad, relajación; infusión.	Uso frecuente, pero evidencia terapéutica y de seguridad insuficiente. Existen señales observacionales que justifican precaución ante consumo regular.	Evitar recomendaciones rutinarias de uso medicinal repetido. Indagar frecuencia y mezclas utilizadas.
Menta o hierbabuena (Mentha spp.)	Dispepsia, náuseas y sensación de bienestar; infusión.	La evidencia durante el embarazo es limitada y depende de la presentación.	Diferenciar infusión ocasional de aceites esenciales o extractos concentrados. Individualizar.
Hoja de frambuesa (Rubus idaeus)	Preparación para el parto; infusión o cápsulas.	Base de evidencia débil para eficacia y seguridad. Los efectos sobre el trabajo de parto no están establecidos con certeza.	No recomendar como método rutinario para inducir o facilitar el parto.
Hinojo (Foeniculum vulgare)	Molestias digestivas; infusión.	Información insuficiente y preocupación por compuestos con actividad biológica.	Evitar el consumo medicinal repetido sin evaluación profesional.
Regaliz (Glycyrrhiza glabra)	Síntomas respiratorios o digestivos; infusión, caramelos o extractos.	El consumo elevado plantea preocupaciones por efectos metabólicos y cardiovasculares.	Evitar dosis medicinales o consumo elevado; revisar productos combinados.
Ruda (Ruta graveolens)	Uso tradicional variable; infusión o preparados caseros.	Se asocia con efectos uterotónicos y riesgo potencial durante el embarazo.	Evitar su uso medicinal durante el embarazo y orientar valoración clínica ante exposición.
Canela concentrada	Molestias digestivas o prácticas tradicionales;	El uso culinario no equivale a preparados concentrados.	Evitar extractos, aceites esenciales y dosis

(Cinnamomum spp.)	infusión concentrada, extracto o aceite.	La seguridad terapéutica no está establecida.	elevadas sin indicación profesional.
Ajo (Allium sativum)	Alimento o suplemento.	El consumo alimentario habitual difiere de suplementos concentrados, que pueden modificar el riesgo de sangrado o interactuar con tratamientos.	Registrar suplementos y valorar medicamentos concomitantes, especialmente cerca del parto.
Cítricos y limón (Citrus spp.)	Alimentos, bebidas o mezclas caseras.	El consumo alimentario habitual no debe confundirse con aceites esenciales o extractos.	Mantener la diferenciación entre alimento y producto concentrado; revisar mezclas no identificadas.

Nota: La tabla tiene una finalidad educativa. No sustituye la valoración individual, la consulta obstétrica ni los protocolos institucionales. La composición de los productos comerciales y de los preparados caseros puede variar.

Fuente: elaboración propia.

Riesgos maternos-fetales, interacciones y calidad de los productos

Los posibles riesgos dependen tanto de la actividad farmacológica de la planta como de la calidad del producto utilizado. Algunas preparaciones pueden influir en la contractilidad uterina, la presión arterial, la glucemia, la coagulación o el metabolismo de otros medicamentos. Además, los productos no estandarizados pueden contener dosis variables, especies mal identificadas, contaminantes o ingredientes no declarados. La Organización Mundial de la Salud (2004) ha señalado la necesidad de incorporar los productos herbales a los sistemas de vigilancia de seguridad. Esta recomendación es especialmente pertinente en la atención prenatal, porque una misma exposición puede afectar a la madre y al feto.

El uso simultáneo de plantas medicinales y fármacos convencionales merece una atención especial. Xiong et al. (2023) observaron una frecuencia elevada de consumo concurrente de medicinas herbales chinas y productos farmacéuticos. Por ello, la entrevista prenatal no debería limitarse a preguntar por medicamentos recetados. También conviene indagar sobre cápsulas, tés, jarabes naturales, aceites, suplementos y mezclas preparadas en el entorno familiar. La pregunta “¿toma algún medicamento?” puede resultar insuficiente si la usuaria no considera una infusión o un extracto como parte de sus tratamientos.

También es importante diferenciar la ausencia de evidencia de seguridad de la demostración de daño. En muchas especies, los estudios disponibles son observacionales y registran de forma incompleta la dosis, la parte de la planta utilizada, el momento de exposición o la composición de las mezclas. Además, por razones éticas, los ensayos clínicos con gestantes son limitados. Ante esta realidad, la respuesta más prudente consiste en evitar recomendaciones generalizadas, documentar las exposiciones, valorar los riesgos individuales y ofrecer alternativas seguras cuando estén disponibles.

Lagunas de conocimiento

La revisión permitió identificar cinco vacíos recurrentes. En primer lugar, numerosos estudios utilizan nombres comunes sin confirmar la especie botánica. En segundo lugar, la dosis y la duración del consumo suelen describirse de manera incompleta. En tercer lugar, no siempre se diferencia con

claridad entre alimento, infusión y preparado concentrado. En cuarto lugar, los desenlaces maternos y neonatales no se registran de forma prospectiva en todos los casos. Por último, la comunicación con los profesionales se evalúa mediante preguntas distintas, lo que dificulta la comparación. Estas limitaciones impiden convertir prácticas tradicionales complejas en recomendaciones clínicas universales.

La investigación regional todavía necesita fortalecerse. Los estudios realizados en Ecuador y Costa Rica muestran la relevancia cultural del tema, pero hacen falta cohortes prospectivas que relacionen la especie utilizada, la preparación, el trimestre, la dosis y los desenlaces. También serían útiles estudios cualitativos que exploren cómo las gestantes reciben recomendaciones de familiares, vendedores, redes sociales y personal sanitario. Una farmacovigilancia pertinente debe reconocer los conocimientos locales y, al mismo tiempo, registrar con precisión las posibles reacciones adversas.

DISCUSIÓN

Los resultados confirman que el uso de plantas medicinales durante el embarazo es frecuente, responde a contextos culturales concretos y tiene relevancia clínica. El desafío no consiste únicamente en determinar si una planta es segura o riesgosa. También es necesario comprender que la exposición real depende de la especie, la parte utilizada, el origen, la preparación, la concentración, la frecuencia, el trimestre y la coexistencia de otros tratamientos. Por ello, los mensajes extremos —“todo lo natural es seguro” o “todas las plantas están prohibidas”— resultan poco útiles en la práctica asistencial.

El jengibre permite ilustrar el caso de una planta con mayor respaldo para un síntoma específico: las náuseas y los vómitos del embarazo. Incluso en este escenario, la recomendación debe ser prudente y adaptarse a cada paciente. Los productos no tienen necesariamente la misma concentración y los perfiles de riesgo tampoco son idénticos. La manzanilla refleja una situación diferente: su popularidad puede generar una confianza mayor que la evidencia disponible. A su vez, la hoja de frambuesa y las plantas utilizadas para estimular el parto plantean una preocupación adicional, pues los posibles efectos uterotónicos pueden motivar su consumo precisamente en momentos en los que la valoración obstétrica es indispensable.

Uno de los hallazgos más relevantes es la brecha de comunicación entre las usuarias y los profesionales sanitarios. Im et al. (2024) mostraron que la divulgación del consumo continúa siendo baja. Para modificar esta realidad, el control prenatal debe incluir preguntas claras y respetuosas. Algunas preguntas útiles son: “¿Ha utilizado infusiones, plantas, jarabes naturales, cápsulas o aceites desde el inicio del embarazo?”, “¿Con qué finalidad?”, “¿Quién se lo recomendó?”, “¿Cómo lo prepara?” y “¿Con qué frecuencia lo consume?”. Esta forma de conversar evita juicios anticipados y ayuda a identificar riesgos sin deslegitimar la experiencia de la gestante.

El personal de enfermería, obstetricia y medicina comparte una responsabilidad educativa. Durante la consejería conviene explicar que un alimento no equivale a un extracto, que una exposición ocasional no es lo mismo que un consumo repetido y que una etiqueta comercial no siempre garantiza una composición uniforme. También es necesario advertir que el sangrado vaginal, las contracciones, el dolor intenso, los vómitos persistentes, la disminución de movimientos fetales u otros signos de alarma requieren atención inmediata y no deben tratarse exclusivamente con preparados caseros.

Estas implicaciones también alcanzan a los servicios de salud. La historia clínica prenatal podría incorporar un campo específico para registrar productos herbales y suplementos. Los equipos pueden elaborar materiales educativos breves adaptados a las especies de uso local, fortalecer la capacitación en comunicación intercultural y establecer mecanismos de reporte ante la sospecha de una reacción adversa. Estas acciones ofrecen mayor utilidad que una prohibición general, porque generan información y favorecen una toma de decisiones compartida.

Esta revisión presenta algunas limitaciones. La búsqueda se restringió a tres idiomas y recurrió parcialmente a Google Scholar para ampliar la sensibilidad. Los estudios incluidos utilizaron diseños heterogéneos y, en muchos casos, se basaron en información autorreportada. Además, varias publicaciones no identificaron con precisión la especie, la dosis o el momento de exposición. No se calcularon efectos agrupados propios, ya que la diversidad clínica y metodológica podía conducir a conclusiones engañosas. Finalmente, los resultados regionales deben interpretarse dentro de sus respectivos contextos y no como estimaciones nacionales automáticas.

CONCLUSIONES

El uso de plantas medicinales durante el embarazo es una práctica frecuente en la que convergen conocimientos tradicionales, experiencias familiares y decisiones de autocuidado. La literatura reciente muestra diferencias importantes entre regiones y una comunicación todavía insuficiente con los profesionales sanitarios. Este escenario plantea un reto para la atención prenatal: reconocer la práctica sin estigmatizar y, al mismo tiempo, prevenir exposiciones que podrían resultar perjudiciales.

El jengibre cuenta con el respaldo más consistente para aliviar náuseas y vómitos cuando se emplea con prudencia y supervisión profesional. En otras plantas de consumo extendido, como la manzanilla, la hoja de frambuesa, el hinojo, el regaliz y los preparados concentrados, la evidencia es insuficiente, heterogénea o desfavorable. La ruda y los productos con posibles efectos uterotónicos deben evitarse durante el embarazo. También es importante diferenciar el consumo alimentario habitual de los suplementos, extractos y aceites esenciales.

La atención prenatal debe incluir preguntas específicas sobre el uso de plantas, infusiones y suplementos; registrar la especie, la preparación, la dosis, la frecuencia, el origen y el trimestre de exposición; revisar posibles interacciones; y ofrecer una consejería respetuosa de los contextos culturales. Las futuras investigaciones deberían incorporar identificación botánica, medición estandarizada de la exposición, seguimiento prospectivo y desenlaces maternos y neonatales comparables. Mientras persistan vacíos de información, la ausencia de evidencia suficiente no debe interpretarse como una garantía de seguridad.

REFERENCIAS

- Ahmed, M., Hwang, J. H., Choi, S., & Han, D. (2017). Safety classification of herbal medicines used among pregnant women in Asian countries: A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17, 489. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1995-6>
- Ahmed, M., Hwang, J. H., Hasan, M. A., & Han, D. (2018). Herbal medicine use by pregnant women in Bangladesh: A cross-sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18, 333. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2399-y>
- Ahmed, S. M., Nordeng, H., Sundby, J., Aragaw, Y. A., & de Boer, H. J. (2018). The use of medicinal plants by pregnant women in Africa: A systematic review. *Journal of Ethnopharmacology*, 224, 297–313. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2018.05.032>
- Bebitoglu, B. T. (2020). Frequently used herbal teas during pregnancy: Short update. *Medeniyet Medical Journal*, 35(1), 55–61. <https://doi.org/10.5222/MMJ.2020.69851>
- Bekele, G. G., Woldeyes, B. S., Taye, G. M., Kebede, E. M., & Gebremichael, D. Y. (2024). Use of herbal medicine during pregnancy and associated factors among pregnant women with access to public healthcare in west Shewa zone, Central Ethiopia: Sequential mixed-method study. *BMJ Open*, 14, e076303. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076303>
- Bouquoufi, A., et al. (2023). Prevalence, motivation, and associated factors of medicinal herbs consumption in pregnant women from the Eastern Mediterranean region: A systematic review. *Pharmaceutical Biology*, 61(1), 1175–1186. <https://doi.org/10.1080/13880209.2023.2229388>
- Bowman, R., Taylor, J., Muggleton, S., & Davis, D. (2021). Biophysical effects, safety and efficacy of raspberry leaf use in pregnancy: A systematic integrative review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21, 56. <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03230-4>
- Carrión, X. P., Calva, K. Y., Serrano, B. E., & Sánchez, M. A. (2023). Uso tradicional de plantas medicinales en gestantes y puérperas en comunidades nativas y mestizas del cantón Yantzaza. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 4745–4754. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.935>
- El Hajj, M., & Holst, L. (2020). Herbal medicine use during pregnancy: A review from the Middle East and Sub-Saharan Africa. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 866. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00866>
- European Medicines Agency. (2017). Guideline on the assessment of clinical safety and efficacy in the preparation of European Union herbal monographs for well-established and traditional herbal medicinal products. European Medicines Agency.
- Ferguson, T., & Gordon, B. (2025). The efficacy and safety of using chamomile products during pregnancy and the postpartum period. *Cureus*, 17(3), e81527. <https://doi.org/10.7759/cureus.81527>
- Hernández-Salón, S. L., Sánchez-Pérez, D., León-Chavarría, J. A., & García-Carvajal, N. (2025). Knowledge and practices regarding the use of medicinal plants during pregnancy in Costa Rica. *Maskana*, 16(1), 23–40. <https://doi.org/10.18537/mskn.16.01.02>
- Im, H. B., Choi, D., Hwang, J. H., Choi, S. J., & Han, D. (2023). Assessing the safety and use of medicinal herbs during pregnancy: A cross-sectional study in São Paulo, Brazil. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1268185. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1268185>

Im, H. B., Hwang, J. H., Choi, D., Choi, S. J., & Han, D. (2024). Patient–physician communication on herbal medicine use during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 9(3), e013412. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013412>

Joanna Briggs Institute. (s. f.). Critical appraisal tools. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Kennedy, D. A., Lupattelli, A., Koren, G., & Nordeng, H. (2013). Herbal medicine use in pregnancy: Results of a multinational study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 355. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-13-355>

Kennedy, D. A., Lupattelli, A., Koren, G., & Nordeng, H. (2016). Safety classification of herbal medicines used in pregnancy in a multinational study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16, 102. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1079-z>

Mekuria, A. B., Erku, D. A., Gebresillassie, B. M., Birru, E. M., Tizazu, B., & Ahmedin, A. (2017). Prevalence and associated factors of herbal medicine use among pregnant women on antenatal care follow-up at University of Gondar referral and teaching hospital, Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17, 86. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1608-4>

Muñoz Balbontín, Y., Stewart, D., Shetty, A., Fitton, C. A., & McLay, J. S. (2019). Herbal medicinal product use during pregnancy and the postnatal period: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 133(5), 920–932. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003217>

National Health Service. (2025, 23 de septiembre). Medicines in pregnancy. <https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/medicines-in-pregnancy/>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Sarecka-Hujar, B., & Szulc-Musioł, B. (2022). Herbal medicines—Are they effective and safe during pregnancy? *Pharmaceutics*, 14(1), 171. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14010171>

Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>

Wake, G. E., & Fitie, G. W. (2022). Magnitude and determinant factors of herbal medicine utilization among pregnant mothers attending antenatal care at public health facilities in Debre Berhan town, Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, 10, 883053. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.883053>

World Health Organization. (2004). WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems. World Health Organization.

World Health Organization. (2025, 28 de noviembre). Traditional medicine. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine>

Xiong, Y., et al. (2023). The use of Chinese herbal medicines throughout the pregnancy life course and their safety profiles: A population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(5), 100907. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.100907>

Zamawe, C., King, C., Jennings, H. M., Mandiwa, C., & Fottrell, E. (2018). Effectiveness and safety of herbal medicines for induction of labour: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 8(10), e022499. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022499>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .