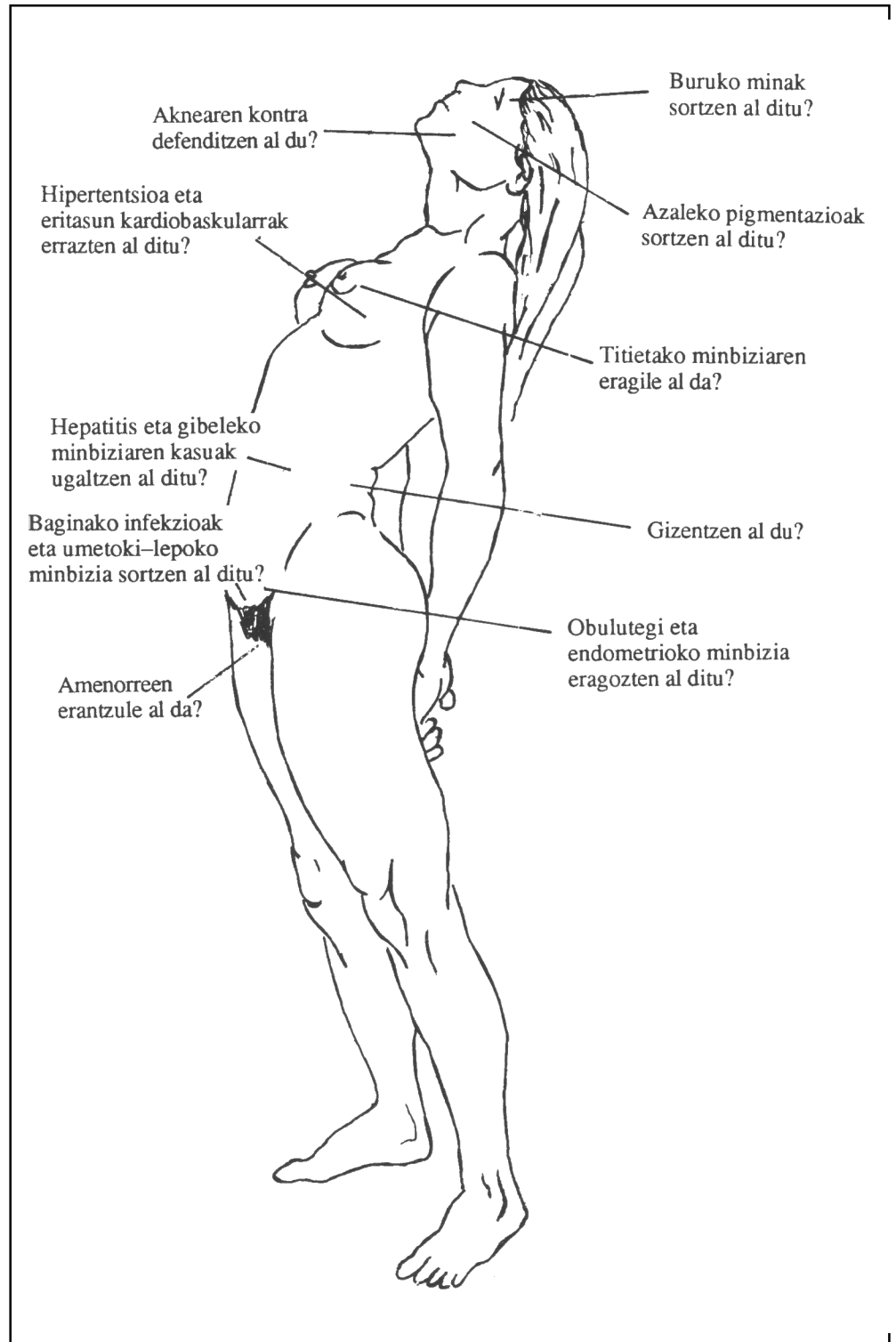


PILULA: ONURAK ETA KALTEAK

K. von Bardino

Pilula edo ahotiko antisorgailua, 1960.eko hamarkadan komertzializatu zen lehenengoz. Geroztik eztabaida handiak izan dira bere inguruan eta denetatik leporatu izan zaio: gizendu egiten duela, titietako minbizia izateko arriskua areagotzen duela, eritasun kardiobaskularrei bidea errazten duela, gorreria sortzen duela, etab. Pilularen erabiltzaileen segimendu medikoak eta ikerketa zientifikoak ugari izanagatik, sor ditzakeen bigarren mailako efektu edo efektu sekundarioak ez dira ongi ezagutzen. Pilula hartzeak ba al du arriskurik? Eta arrisku hori erreala bada, sozialki eta etikoki onargarria al da? Galdera hauei erantzuteak ez dirudi erraza; pilula bait da ia %100eko efektibotasuna duen antisorgailu bakarra.



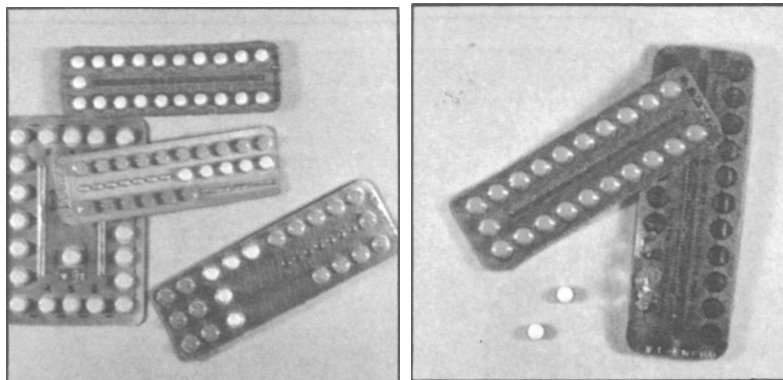
HORMONA femenino nagusi biak, estradiolak eta progesteronak, obulazioa gelditu eraz zezaketela ezagutzen zen 50.eko hamarkadan. Hortik, antisorgailu bezala erabil daitezkeela pentsatzera pauso txikia dago.

Gregory Pinais ikertzaile iparramerikarra izan zen animaliekin proba egiten hasi zen lehena. Proba horiek egin ondoren, 1956.ean Puerto Rico eta Haitiko emakumeekin erabiltzen hasi ziren. Entseiuak ugalduz joan ziren ondorengo urteetan: India, Mexiko, Ameriketako Estatu Batuak eta Erresuma Batuetako emakumeek hartu zuten pilula fase horretan. Horrela, zenbait saioren ondoren, lortu zen gaur egun gehien erabiltzen diren produktuetera heltzea; estroprogestatiboetara alegia. Hauek estrogenoz eta sintesi bidezko progesterona batez osatuak daude, marka komertzial batetik bestera bien arteko proportzioak desberdinak izan daitezkeelarik. Estroprogestatiboak izango dira bada, artikulu honetan gaitzat erabiliko ditugunak, gorago aipatu dugun bezala, pilula gehieneko konposizioan parte hartzen dutenak beraiek direlako.

Konposizio hauetako antisorgailuak 1960.eko hamarkadan erabiltzen hasi ziren eta ordutik azterketa asko egin da beraien inguruan. Pilularen helburua ez da eritasun bat sendatzea, eta ondorioz, oso jasangarritasun altua eskatu behar zaio. Epe luzeerako efektuei atentzio berezia eman zaie; bere helburua dela eta urtetan (eta zenbaitetan hamarkadatan) hartuko bait dute emakumeek. Horregatik egin dira erabiltzaileen segimendu luzeetan oinarritutako azterketa epidemiologikoak. Farmakologia klinikoaren eta animali toxikologiaren metodologiak ere erabili dira azterketetan.

Ikerketa guzti hauen ondorioak aldiz, ez dira oso seguruak eta artikulu honetan aztertuko duguna ez da gai honi buruz ezagutzen dena; ezagutza horien baliozotasuna baizik.

Pilula-mota desberdinak



GUTXI IKERTU DIREN EFektUAK

Ahotiko antisorgailuen efektu sekundarioak aztertu direnean, eritasun larrietan jarri izan da atentzioa, hala nola, konplikazio kardiobaskularretan edo minbizian. Pilularen bigarren mailako efektu mesedegarrien, edo larriak izan gabe maiztasun handiagoa duten eta batere mesedegari ez diren beste zenbait efekturen, inguruko literatura eskasagoa da.

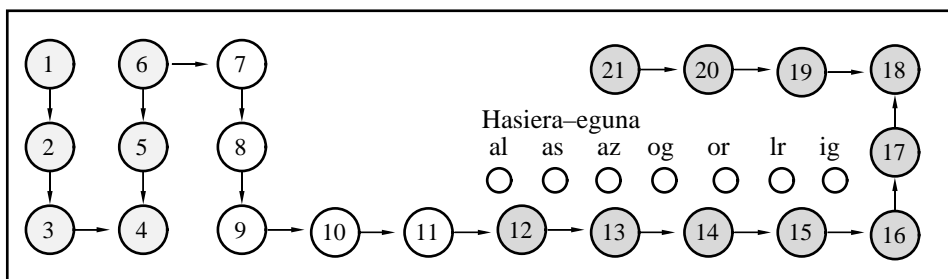
Azken hauen artean daude adibidez, azal eta mukosen mailan gertatzen direnak: azalean pigmentazioa agertzea, biloa ugaltzea, etab. Aknearen kontrako jarkikortasuna ez da esan den bezain sistematikoa; erabiltzen den konposatu progestatiboaren arabera da neurri handi batean. Askotan leporatu izan zaie pilulei baginako onddoen agerpena; %5-29 bitartean autoreen arabera. Garrantzi txiki-kotzat kontsideratu izan diren ondorio hauei buruzko lan handirik ez da egin, baina akutuak edo larriak ez izanagatik oso emakume-kopuru handiaren bizitzan eragiten dutela kontutan hartu beharko litzateke.

Erabiltzaileei egindako segimendu klasikoaren ondorioz beste efektu batzuk ere deskribatu dira, hala nola, gerneru-infekzioak, buruko minak, depresioak eta libidoaren beharpena. Hala ere, efektu hauek beste edozein sendagairen inguruko proba klinikoetan ere maiz agertzen dira eta zaila izaten da jatorri iatrogenoa (hau da, botikak eragindakoa) dutela egiaztatzea.

Gutxi landu den beste alderdi bat, botikaren arteko elkarrekintzena da. Bate-tik, pilulak beste botika batzuen metabolismoa aldaraz dezake, adibidez, antidepresibo batzuen toxikotasuna handitu eta gatzapenkontrakoen aktibitatea murriztu. Bestetik, beste zenbait botika pilularekin batera erabiliz, azken honen eragina aldaraz dezakete eta haurdun geratu. Hauxe da tuberkulosikontrakoen eta barbiturikoen kasua. Gai honi buruz dakiguna gutxi dela eta, emakumea pilulak hartzen ari den bitartean haurdun geratu eta, ahaztu zaiolakoan edo, bere erantzunkizuna dela esatea ez dirudi zuzena denik.

ARRISKU KARDIOBASKULARRAK: DAKIGUNA ETA EZ DAKIGUNA

Arrisku kardiobaskularrak, ahotiko antisorgailuek sortzen dituztenen arteko kezkarrietakoak dira. Estroprogestatiboek sortutako konplikazio kardiobaskularrak lau taldetan biltzen dira: hipertentsioa, tronbosia, garuneko istripu baskularrak eta miokardio-infartua. Pilula hartzen duten ia emakume guztien tentsio arteriala igo egiten da, oso neurri txikian bada ere; baina, erabiltzaileen %1 eta %5en artean igoera horrek hipertentsio arteriala definitzen duten neurriak gaintu egiten ditu. Jeneralean ez da oso altua izatera iristen eta tratamendua utzita-takoan jaitsi egiten da berriro bere balio normaletara.



Pilula-marka baten "egutegia"



Hipertentsiorako joera, tratamendua luzatu ahala areagotu egiten da. Datu honek ahobatezko onarpena badu ere, interpretazioa zaila eta deserosoa da. Ba al da arrisku-populaziorik? Zeintzuk dira hipertensio moderatu honen efektuak normalean hipertensioari egozten zaizkion konplikazioen gainean?

Hirurogeigarreneko hamarkadan jada, detektatu ziren tronbosiak pilula hartzen zuten emakumeen artean. Kasu gehienetan tronbo benosoak ziren, behegorputzadarretakoak gehienak eta bere arrisku nagusia koaguloaren migrazio-gatik birika-enbolia izanik, askotan heriotza zekartenak. Beste organo batzuk ere uki ditzake tronbo hauek; gibela, erretina edo belarria adibidez. Azken kasu horretan bapateko gorrieria ager daiteke.

Miokardio-infartuetan ere eragin dezakeela pentsatzen da. Infarturako arrisku-faktorerik garrantzitsuena tabakismoa da dudarik gabe, baina dirudienez pilula arrisku-faktore den adinarekin batera suertatzen denean, bien arriskuak batu ez, baizik eta biderkatu egiten dira. Adinarekin era sinergikoan jokatzen du beraz, eta dirudienez arriskuak pilulak hartzeari utzi ondoren ere, iraun dezake.

Alderdi honi buruzko duda asko agertu zen geroztik, baina arazoa larriagotu egin zen hamarkada honen hasieran, zenbait aldizkari medikotan pilularen eraginez ez zela arriskurik sortzen zioten artikulua argitaratu zirenean.

Bestalde, denbora luzez pentsatu da eritasun karbiobaskularretarako arriskua konposatuaren estrogeno-proporzioarekin erlasionaturik zegoela. Datu berriagoek diotenez, progestatiboek ere badute eraginik. Beraz, datu honen arabera, alferrik ibiliko gara konposatu estrogeniko eta progestatiboaren arteko oreka optimoa lortu nahian.

Ahotiko antisorgailuen arloko betiko kezka, pilularen konposizioa izan da eta da. Segurtasun maximoaren bilaketan hormonien dosia txikiagotu nahi izan da, behetiko muga antisorgailu bezala efektibotasuna izatean egonik. Honela, estrogenoaren dosia hasierako pilulako 100µ-etatik egungo 50 edo 30µ-etara jaitsi da.

GIZENTZETIK HILEKOAK GALTZERA ETA BESTE ZENBAIT

Pilulak *loditu* egiten duenaren eritzia oso zabaldua dago. Baina ez da azterketa sakon askorik egin puntu honen inguruan. Gizentze moderatua, bi kilo gutxi-gorabehera irabaztea, oso arrunta izaten da tratamenduaren lehen sei hilabeteetan eta normalean, tratamenduari utziz gero, berehala galtzen diren kiloak dira.

Eta zer dakigu efektu ginekologikoei buruz? Amenorrea, hau da, hilekorik ez izatea oso gutxitan gertatzen bada, suertatzen denean antsietate-iturri bihurtzen da ezusteko haurdunaldi baten beldurrak eraginda. Hala ere amenorrea usuenak, pilulak hartzeari utzi ondoren agertutakoak dira eta emakume erabiltzaileetako %2an gertatzen da. Zenbaitetan denbora behar izaten da emakumea bere ziklo hormonal normaletara itzul dadin. Baina pilulak ez du antzutasunik sortzen: erabiltzaile izandakoen ugalkortasuna, pilula inoiz erabili ez duten emakumeen berdina da.

Ondoren, gibela hartuko dugu aztergaitzat; bera bait da estroprogestatiboaren eliminaziorako bidea. Botikek sortutako gibela-eritasunen arriskua handia izanik, gibelaren erreakzioei buruzko azterketa asko egiten dira farmakologia klinikokoan. Hepatitisak deskribatu izan dira, baina

gehienetan konposizio zaharreko pilulak erabili dituzten emakumeengan.

Beste bi konplikazio ere agertzen dira gibelean: bena suprahepatikoaren tronbosisia (oso bakana, baina oso larria) eta adenoma hepatozelularren agerpena. Honek pilularen erabiltzaileen artean duen intzidentzia, oso altua da; normalean baino 30 aldiz altuagoa gutxienez. Tumore onbera honen arriskua haustura intraperitoneala da, baina dirudienez, tumoreak pixkanaka-pixkanaka atzera egiten du tratamendua utzi ondoren. Hala ere, eritasun honek populazio osoaren gainean duen intzidentzia baxua kontutan hartuta, maiztasun absolutuak ere oso baxua izaten jarraitzen du: urteko kasu bat ehun mila erabiltzaileen artean.

MINBIZIA EZTABAIDAREN MUINEAN

Ahotiko antisorgailuen eta minbizirako arriskuaren arteko erlazioa aztertu nahi badugu, arazo metodologikoak topatuko ditugu berehala. Nola lortu datu fidagarriak emakume-zikloa modu egokian erreproduzitzeko animalia eredurik ez badago, neurtu nahi diren zenbait eritasunen maiztasuna oso baxua bada, aztertu nahi diren bi egitateen arteko denbora-tartea hain handia bada, etab.? Metodo desberdinak erabiltzen dira oztopo guzti horiek eta beste batzuk ere gaintu nahian. Bestalde, ez da gauza bera adenoma hepatozitarioaren ala bularreko minbiziaren kasuak aztertzea. Lehengoan, gorago ikusi dugunez, eritasunaren eta pilularen arteko erlazioa estua izan daiteke, baina hala ere, eritasunaren maiztasuna hain baxua izanik, oso eritasun arraroa izanez jarraituko luke.

Bularreko minbiziaren kasua bestelakoa da. Mendebaldeko zenbait herrialdetan hamalau emakumetatik bat ukitzen du eta ondorioz pilularen erabileratik maiztasun-igoerarik txikiak ere eritasunaren kasuak asko ugalduko litzuzke.

Zeintzuk dira bularreko minbiziaren bestelako arrisku-faktoreak? 40 urtetik gorako adina, alde aurretiko jarrera genetikoak (senitartekoen kasuen bidez ezaugu daiteke), mastopatia onbera zenbait, umerik ez izana, 34 urtez geroztik lehen haurdunaldia izana edo menopausia berantiarra.

Faktore guzti horiek gutxi edo gehiago aztertu badira ere, azken urte hauetako eztabaida, estrogenoak bularreko tumoreen agerpenen duen eragin ezagunean zentratu dira eta bereziki oso emakume gazteek edo lehenengo haurdunaldiaren aurreko urtetan pilula 4 urtetik gora erabili dutenengan izan dezakeen eraginean. Zenbait ikerketek bi talde hauetako emakumeek arrisku handiagoa dutela dioten bitartean, beste batzuek ukatu egin dute.

Minbiziaren inguruko bigarren kezka, umetoki-lepoko minbizia litzateke. Kasu honetan egindako azterketek ere badute arazo metodologikorik eta gainera, aldagai berri bat erantsi beharko litzateke kasu honetan: pilularen erabiltzaileek miaketa mediko gehiago egin erazten dituzte. Honek, errealitatea desitxura dezake; hauengan maiztasun handiagoz eta lehenago detektatzen bait da umetoki-lepoko minbizia, eritasunaren maiztasun errealek urrunduz.

Bularreko minbiziarekin gertatzen ez den bezala, badirudi ikertzaile desberdinek ados daudela pilularen erabilpen luzeak (bost edo zortzi urtetik gora, iker-tzaileen arabera) umetoki-lepoko minbizirako arriskua areagotu egiten duela esaten denean. Eta badirudi estroprogestatiboek tumore gaizto horien garapena ere azkartu egiten dutela.

Ezin aipatu gabe utzi endometrioko eta obulutegiko minbizien kasuan pilulak babes-funtzioa duenaren eritzia; arlo horretako ikerketa gehienek baieztatzen bait dute. Erabiltzaileen arriskua bestelakoan erdia izango litzateke minbizi hauen kasuetan.

ARRISKU/ONURA ERLAZIOA

Ahotiko antisorgailuek ez dute eritasuna sendatzea edo prebenitzea helburu.



ZENBAIT METODO ANTISORTZAILEREN ERAGINKORTASUNA (haurdunaldi-kopurua 100 emakume eta urteko)

Inolako metodo edo neurri antisortzailerik gabe	% 50 – 80
Coitus interruptus	% 16 – 22
Ogino metodoa (egutegiaren metodoa)	% 7 – 38
Temperaturaren metodoa	% 1 – 7
Diafragma	% 8 – 30
Preserbatiboa	% 5 – 14
Espermizidak	% 1 – 25
Diafragma + espermizidak	% 4 – 7
D.I.U.	% 1 – 3
Pilula	% 0,5 – 8
Basektomia eta tropen ligadura	% 0

Oharra: Datu hauek ikerlari eta produktu desberdinen arabera dira.

Pilula da dudarik gabe ezaugarri hori duen botika bakarra. Botikekin arrisku/onura ebaluazioa egiteko patologia baten sendaketa edo hobekuntz probabilitatea hartzen da onuraren neurritzat. Beraz, nola egin ebaluazio hori? Lehenik eta behin, bere helburu ia-ia %100 betetzen duen botika bakarretakoa dela esan behar da. Eta bigarren zera esan behar da: konparagarriak diren gauzekin konparatu behar dela. Ezin da inola ere zenbait artikuluko zientifikotan egiten den bezala, haurdunaldiarekin edo abortuarekin erkatu. Horrek, medikuntzaren laguntzarik gabe, koito guztien ondorioa haurdunaldia dela onartzea suposatzen bait du. Eta hori ez da horrela. Logikoagoa dirudi arlo bereko beste metodoekin konparatzea, arriskua, segurtasuna eta bizikalitatea kontutan hartuz. Gizabidezkoa dirudi, konparazio horretarako metodo guztiak barne hartzea; medikuntza sexualik gabekoak ere bai, noski.

Baina pilularen eskaria fuertea izan da eta hala segitzen du. Horrek zer esan nahi du? Erabiltzaileak (eta ez beste inork) erabakitzen duela hartzea? Eta egia al da hainbestetan errepikatu dena, hau da, erabiltzaileek ezagutzen dutela zer egiten ari diren eta arrisku eta onurak baloratu dituztela? Orain urte batzuk Frantzian egindako ikerketa batek zioenez, emakume ginekologoek eta gizon ginekologoek emazteek Frantziako batezbestekoak baino porzentaia txikiagoan erabiltzen zuten pilula. Zer esan nahi du horrek?

Pilularen ondorio kaltegarrietara itzuliz, benetako

arazoa zera da: pilularen inguruko zalantzak antzeko arloetan onartzen diren dudak baino ugariagoak eta sakonagoak ote diren. Zenbaiten ustez galdera horrek baieztatu erantzuna du. Pilularen erabileraren inguruko dudak oraindik ere irauten badu, ondorioak oso magnitude handikoak direlako da: milioika emakume guztiz osasuntsu (eta urte luzez) egunero ari dira botika hori hartzen.

Bestalde, praktika zientifikoa ez dago bestelako eraginetatik aparte. Antisorgailuen ikerketa emakumezkoen aldetik bideratu da nagusiki, gizonzkoena guztiz mugatua izan delarik. Honek zera adierazten du: emakumeentzat onargarritzat jotzen diren arriskuak, gizonzkoentzat onargarri ez direnaren eritzi edo aurreritzia dagoela. Antisorgailuak direla eta libidoaren beherapena balego, honek gizonengan zer suposatzen duen ezagutzen da, baina emakumeengan ez da hain ebidentea.

Guzti honen ondoren, hauxe esan dezakegu; alderdi zientifikotik begiratu arazoa ez dela hain kezagarria. Baina alderdi moraletik begiraturaz puntu bat dago argi: pilulak inongo arriskurik ez duela demostratuko balitz ere, horrek ez du baztertzeko merkataturatu zenean horren zihurtasunik ez izateak suposatzen duen arriskua. Enpresa baten moralitatea ez daiteke “a posteriori” baieztatutako ondorioetan oinarritu. Bali-teke, aipatu ditugun arazo larrienen jatorria hasierako pilulek zuten dosifikazioa izatea eta gerora egin diren hobekuntzen ondorioz arriskua txikiagoa izatea. Baina ez al du horrek “giza espeziean egindako esperimentazio” izena merezi? | | |