

*XIV Pediatría topaketak:  
COVID gaixotasuna  
pediatrian. Donostian,  
2021eko urriaran 19an*

*XIV Reunión Pediátrica:  
COVID en edad pediátrica.  
Donostia-San Sebastián,  
19 de octubre de 2021*

**XIV. PEDIATRÍA TOPAKETAK: COVID gaixotasuna pediatrian**  
 2021eko urriaren 19an, Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko areto nagusian



**16:30 -17:45. COVID gaixotasuna pediatrian**

Moderatzailea: *Ainhoa Zabaleta Rueda dk (Pasai San Pedroko OZ)*

**16:35 Patologia psikiatrikoaren areagotzea pandemiaren ondoren**  
*Begoña Garmendia Aldasoro dk. Haur eta gazteen osasun mentaleko unitateko burua. Donostialdeko ESia*

**16:55 SARS-CoV-2ri lotutako sindrome inflamatorio multisistemiko pediatrikoa (SIM-PeDS)**  
*Ander Ceña Setien dk. Pediatriako Zainketa Intentsiboetako Unitatea. Donostiako Unibertsitate Ospitalea*

**17:15 COVIDen ondorioak lehen mailako arretan**  
*Saioa Juaristi Irureta dk, Malen Sarasua Etxeberria dk eta Patricia Crespo Gomez dk. Altzako OZ*

**17:35. Eztabaida eta iruzkinak**

**17:45 - 18:45. Ahozko komunikazioak**  
 Moderatzailea: *Amaia Lopez Oreja dk (Mendaroko Ospitalea)*

**18:45 - 19:15. Jardunaldiaren amaiera**  
 Ondorio eta iruzkinak







Urtero bezala, iaz izan ezik, Euskal Herriko Pediatría Elkarteak, eta Lehen Mailako Pediatría Elkarteak elkarrekin, Pediatría Topaketak antolatu digutu euskara hutsean.

Aurten aukeratu dugun gaia “COVID gaixotasuna pediatrian” izan da. Eta hiru alde desberdin jorratuko ditugu.

Hasieran, Begoña Garmendia Aldasoro dk, Donostiako haur eta gazteen osasun mentaleko unitateko buruak hitz egingo du. Pandemiaren ondoren patologia psikiatrikoak izan duen gorakadaren analisia izango du hizpide. Konfinamenduak eta gizarte-harremanak aldatzeak eragina izan du haur zaurgarrienengan sintomatologia psikiatrikoa areagotzen.

Hurrengo, Ander Ceña Setien dk. izango da, Donostiako ospitaleko pediatriako zainketa intentsiboetako. Azalduko digu, nola, nahiz eta haurrek, oro har, ez duten COVIDaren ondoriozok kasu larririk, zenbait kasutan arriskua ekar dezakeen hanturazko sindrome sistemikoa agertzen den, eta zainketa intentsiboetako unitateetan ospitaleratzea behar izaten duten.

Eta azkenik, Altzako Osasun zentrotik, Saioa Juaristi dk, Malen Sarasua Etxeberria dk eta Patricia Crespo Gomezek aurkeztuko dute nola bizi izan den COVID gaixotasuna osasun zentruetan. Kontsulta arrazoiak eta lan egiteko modua pandemiaren eraginez aldatu egin dira. Gaixotasuna kontrolatzeko, lehen

mailako arretan burututako kasuen kudeaketa eta jarraipena zein garrantzitasak izan diren argi geratu da.

#### AHOZKO KOMUNIKAZIOAK

BILBOKO OSASUN ZENTRO BATEKO OSASUN-PROFESIONALEN JARRERAK ETA PERTZEPZIOAK LANEAN EGITEN DEN EUSKARAREN ERABILERAZ. ESKAINTZA AKTIBORANTZ. **R. García Pérez.** *Txurdirinagako OZko pediatra.*

**Sarrera.** EHUK eta UEUK 2019-2020 ikasturtean lehen aldiz antolatu zuten Hizkuntzen kudeaketa osasun-arretan: euskara komunikazio klinikoan izeneko graduondokoa. Xede nagusia hizkuntza-mugek osasun-arretan duten eragina aztertzea eta ikerketarako zein jarduteko lan-ildoak planteatzea zen. Graduondoko amaierako lanaren emaitza da honako ikerketa hau.

**Helburuak.** Lau helburuko ikerketa planteatu zen: 1) osasun-profesionalon euskararen (aurreko) ezagutza, erabilera, jarrerak, pertzepzioak eta iritziak eta beharrak ezagutzea eta neurtzea; 2) emaitza horiek ardura-postuetan daudenen jarrera, pertzepzio eta iritziekin aldatzea; 3) gogoeta eragitea eta sentibilizatzea; eta 4) Osakidetzak osasun-profesionalon eskura jarritako hainbat baliabide ezagutzera ematea.

**Metodoak.** Ikerketa posta elektronikoz zabalduko eta online egindako inkesta baten bidez burutu zen. Inkesta anonimoa, laburra (5-10 minututan betetzekoa) eta elebiduna zen (bi adarretan zatitua), eta 3 ataletan zatitu zen: 1) norberaren profil pertsonala eta profesionala eta euskararen ezagutza; 2) lan eremuko euskararen erabilera eta baliabideen ezagutza; eta 3) erabilerari buruzko iritziak, pertzepzioak eta jarrerak. Datuak 2020ko urrian jaso ziren.

**Emaitzak.** %46,7k erantzun zuen (21/45); %80 inguru emakumezkoak eta erdia baino gehiago erizaintzako arlokoak izanik. Ia 2/3 behin-behineko lan-egoeran zeuden.

Ama-hizkuntza erdara du %85ak. 10etik 9k erdara du nagusi etxean zein lagunartean. Ia 10etik 4k heziketa elebiduna jaso du; erdiak baino gehiagok lanerako eskatzen den 2. edo 3. hizkuntza-eskakizuna dauka.

Erdara da nagusi lan-arloan ere, pazienteekin /erabiltzaileekin eta lankideekin. Euskara solaskidearen lehen hitzaren arabera erabiltzen dute (%47,6 vs %38,1), egoera erosotzat hartu bitartean (%19 vs %14,3); ez da falta solaskideari erdarara pasatzeko zuzenean eskatzen dionik (%14,3 vs %19).

Bi herenek edo gehiagok adierazten dute gutxi ezagutzen dutela/ez dutela ezagutzen Osakidetza profesionalon eskura jarritako hainbat baliabide, horiei buruz galdetzen zaienean.

Osakidetzan euskararen erabilera oztopatzen duten faktoreei dagokienez, kanpoko faktoreak dira nagusi norberaren kasuan, (giroa), barrukoak lankideen kasuan (hanka sartzeko edo zuzen ez hitz egiteko beldurra); horiek ez datoz bat arduradunen iritziarekin (ohitura edo inertzia).

Euskaraz egiteko Osakidetza jarritako baliabideak nahikotzat jotzen ditu ia 10etik 3k; trebatze-ikastaroen beharra azpimarratzen du 4tik 1ek, euskalduntze-ikastaroen aurretik (7tik 1ek).

Hainbat baieztapenen inguruan galdekaturik, eta arduradunen iritziekin alderaturik, adostasun eskasa agertzen dute; adostasun mailarik altuena erakusten dute paziente/erabiltzaile zein profesional elebidunen identifikazioaren garrantzia

adierazterakoan eta elebitasuna bermatu beharraz.

**Ondorioak.** Aldea dago osasun-profesionalen heziketaren (ezagutza) eta hizkuntza-ohituren (erabilera) artean. Profesionalen jarrera nagusia errektiboa eta irizpide korporatiboei ez-atxikia da. Gehiago eta hobeto zabaldu behar dira hizkuntzarekin lotutako baliabideak profesionalen artean. Hizkuntza(-muge)k arretaren kalitatean (eta segurtasunean) du(t)en eraginaz kontzientzia eskasa dago, sensibilizazioaren/prestakuntzaren beharra (ik. eskaintza aktiboa) agerian uzten duena. Profesionalen eta arduradunen iritziak ez datoz bat euskara (gehiago) erabiltzeko oztupoak eta hainbat alderdiri buruzko adostasuna aztertzerakoan. Lan hau ikerketa zabaltzeko eta sakontzeko abiapuntu egokia izan daiteke; baita euskararen diagnostiko integrala garatzeko protokolo korporatiboa martxan jartzeko ere.

FEMINISMOA ETA HAURREN ESKUBIDEAK. MATILDE HUICI NAVAZ. **P. Gorrotxategi Gorrotxategi, A. Zabaleta Rueda.** *Pasaia San Pedro Osasun Zentroa.*

**Sarrera.** Pediatriako lehen kongresu nazionaletan emakumeen parte-hartzea aztertzean, ezusteko bat izan da parte-hartzaileak hezkuntzaren eta zuzenbidearen arlokoak zirela eta horietako asko talde feministetan aritzen zirela.

Matilde Huici Navaz Nafarroan jaio zen, Donostian bizi izan zen, eta gero Madrilen. Irakasle eta Zuzenbide ikasketak egin zituen, eta errepublika garaian jardueria handia izan zuen babesik gabeko haurren alde. Estatu-kolpearen ondoren, Txilera erbesteratu behar izan zuen, eta han jarraitu zuen irakaskuntzan.

**Jarduera-eremuak.** Bere jarduera lau eremutan banatuko dugu: feminismoa, pediatriako kongresuak, adingabeen tutoretza-auzitegia eta haurren elkarte laguntzailea.

**Feminismoa.** Emakumeen Unibertsitate Gazteriako kide izan zen, eta erakunde hori Espainiako Emakumeen Elkarte Nazionaletik sortu zuen. Elkarte horrek honako hau eskatzen zuen haurrentzat: aitatasunaren

ikerketa, babestuko zuten lan-legeak eta bularra emateko eskubidea. Lyceum Club Femenino Español-eko kide ere izan zen.

**Pediatriako III. Biltzar Nazionala.** 1925ean Zaragozan egin zen Pediatriako III. Biltzar Nazionaletan aitatasunaren ikerketa izan zuen hizpide. Legez kanpoko seme-alabek ez zituzten eskubide guztiak. Aitak ez ziren seme-alaben kargu egiten eta amak laguntzarik gabe geratzen ziren.

**Adingabeen tutoretza-auzitegiak.** adingabeen Babeserako Kontseilu Nagusiko kide izan zen: adingabeei arreta ematen zietenek prestakuntza espezifikoa izatea eta ordena erlijiosoetakoak ez izatea aldarrikatzen zuen. Ikerketa Psikologikoko Institutua bultzatu zuen, haurren delinkuentzia, lotura estua baitzegoen, eskola-irregularitasunaren eta delinkuentziaren artean. Izan ere, berarentzat arazo nagusia gizartearen egokitasunik eza zen, eta auzitegiek haren jatorria bilatu eta konponbidea eman behar zuten

**Haurren elkarte Laguntzailea eta Haur Kluba.** Haurren elkarte Laguntzailetik Haur Kluba sortu zen eta Matilde Huici bultzatzaileetako bat izan zen. Bere helburua "Haur babesgabe eta abandonatuak laguntza materiala eta morala ematea" zen.

**Ondorioak.** Matilde Huici Navazen bizi-ibilbideak eta jarduerak feministek haurren eta haien eskubideen defentsan jorratu zituzten gaiak erakusten dizkigute. Emakumeen eskubideak defendatzean, arreta emateko legezko euskarrik ez zuten, erreformatorioetan sartzen zituzten edo aisialdirako elementu egokirik ez zuten haurren eskubideak ere defendatu zituzten.

SORTZETIKO BLOKEO AURIKULUBENTRIKULARRA. **A. Arrondo Esnaola, E. Rezola Arzelus, M.A. Izquierdo Riezu, M. Iglesias Barroso.** *Donostia Ospitalea.*

**Sarrera.** Blokeo aurikulubentrikularra (BAB) bihotzaren eroapen asalduraren ondorioz sortzen da, arazo anatomiko edo funtzional baten ondorioz kinada elektrikoa aurikuletatik bentrikuluetara ez da egoki transmititzen. Sortzetiko deritzogu

umekian edo haurtzaroan agertzen denean, eta eskuratutako kausa sekundariorik ez dagoenean. Orokorrean blokeoa nodo aurikulubentrikularren mailan gertatzen da eta 3. mailakoa izaten da.

Kausei dagokionez, hiru taldetan sailkatzen dira: amaren autoantigorputzen ondoriozkoa (batez ere LES eta Sjogren sindromea dutenetan), sortzetiko kardiopatiaren ondoriozkoa eta idiopatikoa edo familiarra. Ohikoena lehengo taldea da, non amaren autoantigorputzak (antiRo eta antiLA) karenaren bidez umekira transmititzen diren, bihotzaren eroapen sistemaren fibrosia eraginez. Arriskua ez da amaren autoantigorputzen tituluarekin erlazionatzen, ezta konektibopatiaren klinikarekin ere, haurdun gehienak asintomatiko egoten baitira. Kasu honetan bihotz blokeoa utero barnean hasi ohi da, eta BAB-a 3. mailakoa eta iraunkorra izaten da. Sortzetiko kardiopatiei dagokionez, BAB bihotz odol-handien transposizio eta kuxin endokardikoen defektuak dituzten kardiopatiaren ikus dezakegu; bertan nodo aurikulubentrikularra ez da leku egokian kokatzen kardiopatiaren arazo estrukturalen ondorioz eta ez du egoki funtzionatzen.

Klinikari dagokionez, sortzetiko BAB %60an utero barnean edo jaioberritan hasten da eta kasu hauetan %90-100an etiologia autoinmunea izan ohi da. Utero barnean bradikardia edo bihotz gutxiegitasun zeinuak ikus ditzakegu; jaioberritan ere bradikardia edo bihotz gutxiegitasun zeinuak (arnasteko edo elikatzeke zailtasuna...) ikus daitezke. 40%an, aldiz, haurtzaroan zehar hasten da klinika eta kasu gehienetan kardiopatiaren ondoriozkoak edo idiopatikoa izaten dira; kasu hauetan ere bradikardia edo honekin erlazionatutako sintomak (sinkopea, ariketarako ezintasuna) agertzen dira. Hasiera batean blokeoa aldizkakoa izan daitekeen arren, iraunkorra bihurtzen da eboluzioan zehar.

Tratamenduari dagokionez, ezberdina izango da sintomatologia hasten den momentuaren arabera: utero barnean behaketa egiten da, eta bihotz gutxiegitasun zeinuak azalduz gero erditzea programatzen da. Jaio ondoren erronka taupada markagailuaren

beharra eta izatekotan noiz jarri erabakitzea da. Asintomatiko eta erritmo bentrikular azkarra dutenetan (>60) jarraipena egiten da, eta sintomatologia edo erritmo bentrikular baxua badute taupada markagailua jartzea baloratzen da. Hala ere, beti onura arrisku erlazioa baloratu behar da, hau ez baitira arriskurik gabeko tratamendua, batez ere jaioberritan. Eboluzioan zehar %90ak taupada markagailua behar izaten dute.

**Kasu Klinikoak.** Bi kasu azaltzen dira:

Lehenean jaio aurretiko ekografian 2. mailako BAB detektatu zen; etiologia ikertzeko amari autoantigorputzak eskatu zitzaizkion, anti-Ro eta anti-La positibo irten zirelarik, (haurduna aurretik diagnostikatu gabe zegoen); jaio ostean BAB osoa konfirmatu zen, erritmo bentrikular azkarrarekin, eta asintomatiko mantentzen da oraingoan, taupada markagailu beharrik gabe.

Bigarrena, bihotz odol-handien transposizioaz diagnostikatutako haurra da, haurdunaldian zehar 3. mailako BAB detektatu zena; jaio ostean 48 ordutara bihotz gutxiegitasun zeinuak hasi eta taupada markagailua jartzea behar izan zuena.

MANGOLSEN BIDAIA: PAUSOZ PAUSO BIZITZA OSASUNTSU BATERANTZ. HAURREN GAINPISU ETA OBESITATEAREN AURKAKO TRATAMENDU PROGRAMA BERRIA. **I. Salcedo-Pacheco<sup>1</sup>, A. Aristizabal-Segarra<sup>2</sup>.** <sup>1</sup>Leza-Bastidako Osasun Zentroa, Arabako Errioxako ESI. <sup>2</sup>Hernaniko Osasun Zentroa, Donostialdeko ESI.

2014an, 1.900 milioi helduk baino gehiagok gehiegizko pisua zuten (%39) eta 600 milioi obesitate (%13) Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) datuen arabera. Gainera, 5 eta 19 urte artean obesitatea duten pertsonak 10 aldiz biderkatu dira azken lau hamarkadetan mundu osoan. Gure herrialdean haurren %40,6ak gainpisua edo obesitatea du ALADINO 2019 ikerketaren arabera.

Mangolsen Bidaia haurren gehiegizko pisuaren eta obesitatearen aurkako tratamendu programa eta lan metodologia berria da. Teknologia berriak eta pediatriako langileek

protokolo bidez gidatutako aurrez aurreko kontsultak uztertzen ditu.

Programa honek familia hartzen du ardatz, aldaketaren eragile baita, eta arazoari bere konplexutasun osoan erantzuten dio, hala nola faktore emozionalak edo familiarren implikazioa ere tratatzen ditu –funtsezko harroinak biak ala biak–. Familiak ahalduntzeko ezagutza eta tresnak eskaintzen dizkie programak familiok bizitza osasuntsuan aditu bihur daitezten. Betiko kontsulta irauli egiten du, tratamendua eta jarraipena batu egiten ditu, kontsultan emandako denbora eraginkorragoa bihurtzen du eta ezagutzak eskuratzeko modua eraldatu egiten du, gamifikazio hezitzaileari eta banan banako motibazio-kontsulta indartzaileei esker.

Mangolsen Bidaia 4 ardatz nagusi ditu:

Jolas digital arduratsua. Aplikazio informatikoa da eta osasun profesional batek aginduta erabiltzen da. Pazienteak eta tutoreak erabiltzen dute aldaketa bideratzeko beharrezko ezagutza eta tresnak eskuratzeko.

Protokolizatutako banan banako motibazio-kontsultak, jolasaren maila bakoitza amaitutakoan. Erizainak edo pediatrik bideratuta kontsultak dira eta lortutako ezagutzak sendotzeko, gakoak azpimarratzeko, zalantzak argitzeko eta motibatzeke egiten dira.

Sistema informatikoekin eta Pazientearen Historia Klinikorekin integrazioa. Historia Klinikotik bertatik kontrolatzen da jolasa: martxan jarri, mailak igaro eta pazienteei sariak eman. Gainera, kontrol-plataforma bat dauka, pazientearen eta tutorearen eboluzioa gainbegiratzeko. Horri esker, profesionalak informazio baliagarria eskuratzeko eta motibazio-kontsultak prestatzeko.

Osasun profesionalen formazio espezifikoa bai haurren obesitateari baita programaren metodologiari buruz.

150 familia baino gehiago ari dira parte hartzen programan eta tarteko ebaluazioek baikor izatera garamatzate. Hilabete batzuk barru aurkeztu ahal izango ditugu emaitza estatistikoki esanguratsuak. Urrian hasi da ikastaroaren lehen edizioa Jakinsarean eta 2022an Osakidetza osoan ezarriko da programa hau.

*HELICOBACTER PYLORI*-AREN EGOERA GUREAN. O. Garmendia Zabaleta, S. Martínez Velasco, J. Arribas García, C. Tutau Gómez, I.X. Irastorza Terradillos, M. Legarda Tamara. *Gastroenterología Pediátrikoko Atala. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea, Barakaldo, Bizkaia.*

**Helburua:** *H. pylori*-agatikoko infekzioa nahiko arrunta da umeen artean eta gastritis kronikoaren kausa nagusia da. Hala ere, infektatu gehienak eramaile asintomatikoak izan ohi dira eta, hori dela eta, oso garrantzitsua da *H. pylori*-agatikoko infekzioa eta gaixotasuna desberdintzea beharrezkoak ez diren proba eta tratamenduak ekiditeko. Diagnostikoa endoskopia bidez egin behar da eta proba-ez inbaditzaileak, berriz, tratamendua eta gero bakterioa desagerrarazi den egiaztatze baina ez lirateke erabili behar. Ezinbestekoa da pazienteei tratamendua ondo betetzearen garrantzia azaltzea eta albo-ondorio posibleez ohartaraztea. Tratamendua protoi ponparen inhibitzaileak eta antibiotikoak konbinatuz egiten da, ahal dela, antibiotikoak antibiogramaren arabera aukeratuz. Izan ere, azken urteotan kezka areagotzen ari da erresistentzia-tasak gero eta altuagoak direlako eta, horri lotuta, tratamenduen eraginkortasuna jaisten ari delako. Ikerketa honen helburu nagusia gure ingurunean umeen *H. pylori* anduinen antibiotikoekiko erresistentziak ezagutzea da eta bigarren mailako helburuak, aldiz, erabilitako tratamenduak zein diren eta zenbateko eraginkortasuna duten zehaztea.

**Metodologia.** Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean 2015 eta 2020 urteen artean 0-14 urteko umeen urdaileko biopsietan antzemandako *H. pylori* kasuen datu-bilketa burutu zen. Pazienteen ezaugarriak, antibiotikoekiko sentikortasun kuantitatiboa,

1.TAULA. ANTIBIOTIKO BAKOITZAREKIKO ERRESISTENTZIA-TASA.

Antibiotikoa	Erresistentzia tasa		
	Paziente guztiak (n= 101)	1. aldiz tratatuak (n= 91)	Aurretiaz tratatuak (n= 10)
Amoxizilina	% 3,1	% 3,4	-
Klaritromizina (CLA)	% 32	% 29,5	% 55,6
Metronidazola (MET)	% 51,6	% 50	% 66,7
CLA + MET	% 14,4	% 12,5	% 33,3

tratamendu motak eta infekzioaren desagerraraztea aztertu ziren.

**Emaitzak.** 101 pazienteren datuak analizatu ziren. Umeen adin mediana 10 urtekoa izan zen. Endoskopia egiteko arrazoi arruntenak epigastrioko mina (% 35,6), sabeleko min errepikakorra (% 18,8) eta errefluxua (% 10,9) izan ziren. Hamarretik batek tratamendu enpirikoa jaso zuen endoskopia egin aurretik. Erresistentziei dagokienez, % 69k erresistentzia zion antibiotikoren bati: % 54,6k antibiotiko bati, % 13,4k biri eta paziente batek hiruri. Endoskopia baina lehen enpirikoki tratatuak eta ez tratatuak bi taldetan banatuz gero, lehenengoan artean erresistentziak ohikoagoak izan ziren: ia % 89k zion erresistentzia antibiotikoren bati (% 55,6k bati eta % 33,3k biri). Honakoak izan ziren erresistentzia-tasak: amoxizilinari % 3,1, klaritromizinari % 32 eta metronidazolari % 51,6. % 14,4k, gainera, erresistentzia zion bai klaritromizinari eta bai metronidazolari. Kasu honetan ere erresistentzia-tasak altuagoak izan ziren aurrez tratatutakoan taldean: % 55,6 klaritromizinari, % 66,7 metronidazolari eta % 33,3 klaritromizinari + metronidazolari. Hala ere, bi taldeen arteko desberdintasunak ez ziren estatistikoki esanguratsuak izan. Hasierako tratamendu erabilienak omeprazola + metronidazola + amoxizilina (% 58) eta omeprazola + klaritromizina + amoxizilina

(% 36) izan ziren, 14 (% 74,4) edo 10 egunez (% 25,6). Tratatuak umeen % 5ek bigarren tratamendu aldi bat jaso zuen eta orduan bismutoa duen terapia lauokoz indar handiagoa hartu zuen (% 50). Bakteriaren desagerrarazte tasa % 87koa izan zen eta kasu honetan ez zen desberdintasun esanguratsurik egon bi taldeen artean.

**Ondorioak.** Klaritromizina eta metronidazolarekiko erresistentziak altuak dira gure ingurunean umeen artean, eta are altuagoak aurretiaz tratamendu enpirikoa jaso dutenengan. Europan egindako beste hainbat ikerketatan ere ikusi dira antzeko zifra kezagarriak. Gainera, deigarria da, gainontzeko azterlanetan ez bezala, gure emaitzen arabera metronidazolarekiko erresistentziak klaritromizinarekikoak baino altuagoak direla (Donostian helduekin egindako lan batean baino ez da ikusi joera hori). Antibiogramaren arabera tratamendua egin arren, desagerrarazte tasa ez da adituek gomendatutako % 90era heltzen, gutxiatik bada ere. Ikerketa honek tokian tokiko erresistentziak ezagutzearen eta antibiotikoekiko sentikortasunaren arabera tratamendua egitearen garrantzia berresten du, dosi eta iraupen egokiek.

**Hitz gakoak:** *Helicobacter pylori*, bakterioa, gastritisa, endoskopia, antibiotikoa, erresistentzia, desagerraraztea.