

NEBULIZACIÓN CON SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA CON O SIN EPINEFRINA EN BRONQUIOLITIS AGUDA*

Anthony Alexis Iglesias-Obando¹,

Maricela Pinillos-Chunga^{1,2}

RESUMEN

Objetivo. Identificar el tratamiento con mayor efectividad para el manejo de bronquiolitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia de un hospital público considerando los tratamientos con solución salina hipertónica (SSH 3%) con y sin epinefrina.

Material y métodos. Se utilizó un estudio prospectivo en una muestra de 30 pacientes, distribuidos en 2 grupos. El primero para tratamiento con SSH 3% + epinefrina, y el segundo, para tratamiento con SSH 3% sin epinefrina, lo cual constituye la variable independiente. El efecto se analizó en las variables dependientes: saturación de oxígeno (Sat.O₂), frecuencia cardiaca (FC) y Score de Bierman y Pierson. Se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes y para muestras relacionadas con prueba de significancia estadística ($p < ,05$) y estadístico de asociación chi-cuadrado con prueba de significancia estadística ($p < ,05$).

* Recibido: 10 de junio del 2018; aprobado: 25 de junio del 2018.

1 Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego.

2 Servicio de Pediatría y Emergencia, Hospital Jerusalén.

Resultados. En ambos grupos de estudio se evidencia una mejoría en el nivel de saturación de oxígeno (MPost=97,93). En el grupo con epinefrina se observa una variación significativa de la frecuencia cardiaca (MPost=119,00), lo cual no sucede en el grupo de SSH 3% (MPost=71,67) con $p < 0,5$.

Conclusiones. Ambos tratamientos son eficaces para el tratamiento de bronquiolitis aguda, con la diferencia en cuanto a efectos colaterales, por lo cual la SSH 3% sin epinefrina es el tratamiento recomendado, dejando a la epinefrina para los casos de no respuesta a la SSH 3% sola o casos estacionarios.

Palabras clave: Tratamiento con epinefrina, tratamiento sin epinefrina, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, Escore de Bierman y Pierson.

NEBULIZATION WITH HYPERTONIC SALINE SOLUTION WITH EPINEPHRINE IN ACUTE BRONCHIOLITIS

ABSTRACT

Objective. To identify the treatment with greater effectiveness for the management of acute bronchiolitis in patients who attend the emergency room of a public hospital, considering the treatments with hypertonic saline solution (HSS 3%) with and without epinephrine.

Materials and methods. A prospective study was used in 30 patients, divided into 2 groups. One group with HSS 3% and epinephrine, and the other group with HSS 3% and without epinephrine. The dependent variables were: oxygen saturation (Sat.O₂), heart rate (HR) and the Bierman and Pierson score.. The T student test was used for independent samples and chi-square test for association, both with stadistical significance ($p < 0.05$).

Results. In both groups there is an improvement in the oxygen saturation (Mpost = 97.93). In the group with epinephrine a significant variation of heart rate is observed (MPost = 119.00), which does not happen in the group of HSS 3% (Mpost = 71.67) with $p < 0.5$.

Conclusions. Both treatments are effective for the management of acute bronchiolitis. But there is a difference in the presence of side effects, for which HSS 3% without epinephrine is the recommended treatment, leaving epinephrine for cases of non-response to HSS 3% or for stationary cases.

Key words: Treatment with epinephrine, treatment without epinephrine, oxygen saturation, heart rate, Escore de Bierman and Pierson.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda es una de las enfermedades más frecuentes en la infancia que amerita una atención en el servicio de emergencias pediátricas.^{1,2} Se define como “el primer episodio de dificultad respiratoria y sibilancias bilaterales precedido de una infección respiratoria alta en menores de 2 años”.^{3,4} Presenta mayor incidencia en invierno y otoño. Los principales agentes etiológicos son los virus, entre los cuales el más frecuente es el virus respiratorio sincitial (VRS) (80%), el rinovirus y parainfluenza tipo 3 (25%), metaneumovirus, adenovirus y coronavirus (10%) y el enterovirus e influenza (5%).^{5,6} El diagnóstico es clínico y los signos y síntomas más frecuentes son rino-rrhea, estornudos, fiebre e intolerancia oral o disfagia, tos, polipnea, retracción costal, sibilancias espiratorias y crépitos bilaterales.^{7,8} La severidad se evalúa con la escala de Bierman y Pierson, la cual la divide en leve (0-5 puntos), moderada (6-9 puntos) y severa (10 a 12 puntos).

El punto controversial del presente estudio está en relación con el tratamiento. Las guías no nos dan un tratamiento específico para dicha entidad y las distintas opciones terapéuticas han variado de acuerdo a los estudios clínicos a lo largo del tiempo. Se postulan diversos tratamientos, entre los cuales los más empleados son la nebulización con adrenalina, nebulización con solución salina hipertónica, nebulización con salbutamol, entre otros.^{9,10} En nuestro medio no contamos con un tratamiento estándar para los pacientes y se utiliza la adrenalina nebulizada en la mayoría de pacientes, independientemente de su grado de enfermedad. En la literatura actual se recomienda no emplear adrenalina nebulizada por sus teóricos posibles efectos secundarios, sin estudios previos al respecto.

En el presente estudio se dividió a 30 personas en 2 grupos equitativos: en el primer grupo se empleó el tratamiento de adrenalina nebulizada con SSH 3% y en el segundo, la nebulización con SSH 3%, eva-

luando valores basales pre y post tratamiento y registrando los efectos secundarios a corto plazo que se presenten.

MATERIALES Y MÉTODOS

Área de estudio. El estudio se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital Jerusalén localizado en la ciudad de Trujillo. La investigación fue realizada entre el 1 de agosto del 2017 y el 04 de mayo del 2018.

Población y muestra. Se realizó un estudio cuasi experimental, comparativo, prospectivo a siego simple, durante el periodo comprendido entre el 1 de agosto del 2017 y el 04 mayo del 2018. Ingresaron al estudio 30 pacientes que acudieron al servicio de Emergencia del Hospital Jerusalén, mayores de 2 meses de edad y menores de 12. Primer episodio de sibilancias. El criterio de inclusión fue la evidencia clínica de infección respiratoria viral (tos, fiebre y/o rinitis) de menos de 1 semana de evolución con Score Clínico Bierman Pierson = 0 > 6 y saturación de oxígeno < 95%.

Definiciones - Mediciones. La bronquiolitis aguda se define como el primer episodio agudo de sibilancias con grado de dificultad respiratoria variable en niños menores de dos años de edad. El **éxito del tratamiento** se evidencia por la disminución del Score de Bierman y Pierson a menos de 4 puntos y saturación de oxígeno igual o mayor de 98%. El **fracaso del tratamiento** es cuando el Score de Bierman y Pierson es > 9 puntos y la saturación de oxígeno es menor de 92%. El periodo **estacionario** es cuando el Score de Bierman y Pierson es >5 y <10 puntos y la saturación de oxígeno se encuentra entre 92% y 96%.

Procedimientos. Se obtuvo los permisos necesarios del nosocomio para poder acceder al área de emergencia y proceder al desarrollo del estudio con la selección de pacientes y aplicando los tratamientos por orden de 15 personas por grupo y registrando en la hoja de tratamiento para bronquiolitis aguda y posteriormente en la hoja de reco-

lección de datos; posteriormente, los datos fueron tabulados con el programa Office Excel 2016 y llevados al programa SPSS.

Aspectos éticos. La investigación contó con las autorizaciones del Comité de Investigación y Ética de la Universidad Particular Antenor Orrego y del Hospital Jerusalén. Según el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú se tuvo en cuenta dos artículos: N° 43° y 48°, y el artículo 25° de la Ley General de Salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).⁴⁰

Análisis de los datos. Se usó la prueba estadística de tendencia central (media), de inferencia estadística (Valor p) y de frecuencia estadística (porcentajes). Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas. Se hizo uso del software estadístico IBM SPSS Statistics versión 24.0. Posteriormente, los resultados fueron distribuidos en tablas estadísticas para su presentación de acuerdo al formato correspondiente.

RESULTADOS

Se evaluó un total de 30 pacientes, correspondientes a menores de 2 años atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Jerusalén: 23 (77%) de género masculino y 7 (23%) de género femenino. En referencia a las edades, estas se encontraron ubicadas en un parámetro de 6 a 12 meses (M=9,70, DE=2,42).

En el análisis de la tabla 1 se reporta que el grupo de pacientes que participaron en el tratamiento con epinefrina en promedio tuvieron 9,07 meses; en tanto que el grupo de pacientes que participaron del tratamiento sin epinefrina tuvieron en promedio 10,33 meses, las cuales a nivel estadístico no resultaron significativas ($p < ,05$). Con respecto al sexo, los varones fueron el género con mayor incidencia en ambos grupos (SSH 3% + epinefrina = 66,7%, SSH 3% sin epinefrina = 93,3%). Los antecedentes de infección respiratoria presentaron una media de 46,7% para ambos grupos.

Tabla 1

MEDIAS Y PORCENTAJES DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SEGÚN TRATAMIENTO AL QUE SE SOMETIERON EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA

| Variables | SSH3% + Epinefrina (15) | | SSH3% (15) | | P |
|--------------|-------------------------|------|------------|------|-------|
| | M | DE | M | DE | |
| Edad (meses) | 9,07 | 2,66 | 10,33 | 2,06 | 0,156 |
| Sexo | | | | | |
| Varores | 10 | 66,7 | 14 | 93,3 | - |
| Mujeres | 5 | 33,3 | 1 | 6,7 | - |
| AIR | | | | | |
| Si | 7 | 46,7 | 7 | 46,7 | - |
| No | 8 | 53,3 | 8 | 53,3 | - |

Nota: AIR: Antecedente de infección respiratoria.

Tabla 2

MEDIAS, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y CONTRASTE DE VARIABLES DEPENDIENTES SEGÚN PRE Y POST TRATAMIENTO CON EPINEFRINA, EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA

| Indicadores de mejoría | Pretratamiento | | Postratamiento | | P |
|-----------------------------------|----------------|------|----------------|------|-------|
| | M | DE | M | DE | |
| Tratamiento con epinefrina | | | | | |
| Sat. oxígeno | 92,67 | 1,63 | 97,93 | 0,59 | 0,001 |
| Score BP | 8,80 | 1,47 | 4,00 | 0,93 | 0,001 |
| Tratamiento sin epinefrina | | | | | |
| Sat. oxígeno | 93,33 | 1,34 | 98,13 | 0,64 | 0,001 |
| Score BP | 7,73 | 1,23 | 4,47 | 0,52 | 0,001 |

Nota: M: Media, p<,05 *, p<,01 **

Tabla 3

MEDIAS, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y CONTRASTE DE LOS INDICADORES DE MEJORÍA ANTES Y DESPUÉS PARTICIPAR DE TRATAMIENTO CON Y SIN EPINEFRINA, EN PACIENTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA

| Indicadores de mejoría | Tratamiento 1 SSH3% + epinefrina | | Tratamiento 2 SSH3% | | p |
|------------------------|-------------------------------------|------|------------------------|------|-------|
| | M | DE | M | DE | |
| Pretratamiento | | | | | |
| Sat. oxígeno | 92,67 | 1,63 | 93,33 | 1,23 | 0,218 |
| Score BP | 8,80 | 1,47 | 7,73 | 1,34 | 0,047 |
| Postratamiento | | | | | |
| Sat. oxígeno | 97,93 | 0,59 | 98,13 | 0,52 | 0,333 |
| Score BP | 4,00 | 0,93 | 4,47 | 0,64 | 0,120 |

Nota: G1=Tratamiento SSH3% + epinefrina, G2= Pacientes en tratamiento SSH3%
M: Media. p<,05 *, p<,01 **

Tabla 4

MEDIAS, DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y CONTRASTE DE LOS EFECTOS COLATERALES ANTES Y DESPUÉS PARTICIPAR DE TRATAMIENTO CON Y SIN EPINEFRINA, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE BRONQUIOLITIS AGUDA

| Efectos colaterales | Tratamiento 1 SSH3% + epinefrina | | Tratamiento 2 SSH3% | | p |
|-----------------------|-------------------------------------|------|------------------------|------|-------|
| | M | DE | M | DE | |
| Pretratamiento | | | | | |
| Frecuencia cardiaca | 77,73 | 3,96 | 71,33 | 5,96 | 0,002 |
| Postratamiento | | | | | |
| Frecuencia cardiaca | 119,00 | 8,38 | 71,67 | 5,85 | 0,001 |
| Agitación | 100,00% | | - | | - |

Nota: GT1=Pacientes en tratamiento SSH3% + epinefrina.
GT2= Pacientes en tratamiento SSH3% M: Media p<,05 *, p<,01 **

En el análisis de la tabla 2 se evidencia, después del tratamiento con epinefrina, cambios estadísticamente significativos en la saturación de oxígeno ($M_{Pre}=92,67$; $M_{Post}=97,93$; $p<,05$), siendo mayor después de aplicado el tratamiento. En el Score Bierman y Pierson, después de aplicado del tratamiento, la medida es menor ($M_{Pre}=8,80$; $M_{Post}=4,00$; $p<,05$).

Después del tratamiento sin epinefrina, también se observan cambios estadísticamente significativos en la saturación de oxígeno ($M_{Pre}=93,33$, $M_{Post}=98,13$), siendo mayor después de aplicado el tratamiento, así como en el Score de Bierman y Pierson ($M_{Pre}=7,73$, $M_{Post}=4,47$; $p<,05$), cuya medida después del tratamiento fue menor.

En la tabla 3, antes de someter a tratamiento a los pacientes en el indicador de saturación de oxígeno la medida promedio de los que participaron en el grupo del tratamiento con epinefrina no reportó diferencias significativas con respecto a tratamiento sin epinefrina ($MGT1=92,67 - MGT2=93,33$, $p>,05$). En tanto en el Score de Bierman y Pierson las medidas entre los participantes de ambos grupos resultaron diferentes significativamente ($MGT1=8,80 - MGT2=7,73$, $p<,05$).

En tanto, después de aplicado el tratamiento, tanto en el indicador de saturación de oxígeno ($MGT1=97,93 - MGT2=98,13$), como en el Score de Bierman y Pierson ($MGT1=4,00 - MGT2=4,47$). Las medidas entre los participantes de ambos grupos no reportaron diferencias significativas ($p>,05$).

En la tabla 4 se aprecia que antes de someter a los pacientes a tratamiento en el respectivo grupo al que fueron asignados (GT1 y GT2) la frecuencia cardiaca promedio en los grupos de pacientes presentó diferencias significativas ($MGT1=77,73 - MGT2=71,33$, $p<,05$). Tras ser sometidos a tratamiento, el promedio de frecuencia cardiaca en ambos grupos aumentó, siendo mínima en el grupo de pacientes que participó del tratamiento sin epinefrina; no obstante, se mantuvo la diferencia significativa entre ambos grupos ($MGT1=119,00 - MGT2=71,67$, $p<,05$). Pero, en el grupo de pacientes sometidos a trata-

miento con epinefrina, dicho aumento alcanzó la categoría de taquicardia, del mismo modo que el 100% demostró la presencia de síntomas de agitación.

DISCUSIÓN

El uso de epinefrina nebulizada es controvertido, ya que existen publicaciones en las cuales su uso estaba recomendado^{3,9}; pero, al pasar de los años se ha llegado al supuesto teórico de que produce efectos colaterales a corto plazo y no es teóricamente recomendable su uso como primera línea¹. Sin embargo, no existen estudios que demuestren este supuesto netamente teórico descrito por Pinak y Vomero. En tanto que, con la SSH 3% nebulizada ocurre el caso contrario, ya que la literatura no la postulaba como un tratamiento eficaz hasta hace unos años^{3,9}; no obstante, según la literatura actual se opta por elegirla como uno de los más eficaces teóricamente.¹

En nuestro estudio para evaluar la eficacia se han usado parámetros clínicos, como el Score de Bierman y Pierson, y parámetros oximétricos, siendo este último un instrumento objetivo de medición que ha demostrado ser útil para evaluar el grado de obstrucción bronquial. Se demostró que ambos tratamientos fueron eficaces al presentar una saturación de oxígeno > 97% (SSH 3% + epinefrina: M = 97,93 y p<,05, SSH 3% sin epinefrina: M = 98,13 y p<,05). Asimismo se evidenció la eficacia de ambos en la reducción del score de Bierman y Pierson (SSH 3% + epinefrina: M = 4 y p<,05, SSH 3% sin epinefrina: M = 4,47 y p<,05).

En la comparación de los 2 grupos se observó que en el grupo que se utilizó la epinefrina, presentaron un Score de Bierman y Pierson mayor (M: 8,80), en comparación al grupo de SSH 3% sin epinefrina (7,73), con un valor p<,05, lo cual no se reportó una vez empleados los tratamientos, por lo que no fueron significativos (p>,05).

En relación con la comparación de los efectos colaterales, que en el presente trabajo fueron la taquicardia y agitación, al comparar los

promedios de los valores máximos de la frecuencia cardiaca en ambos grupos, se encontró una diferencia altamente significativa ($P=0,001$). El grupo de adrenalina mostró un aumento de la frecuencia cardiaca ($M = 119$), llegando a valores de taquicardia, así como la presencia de agitación en todos los pacientes que usaron epinefrina; sin embargo, esto no tuvo repercusión clínica adversa como irritabilidad aumentada, temores, arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva y ningún niño requirió droga adicional para la taquicardia o sus consecuencias.

El análisis de los resultados en este estudio indica que la SSH 3% es tan útil como la adrenalina en el tratamiento de la bronquiolitis. Ambos disminuyen significativamente el score clínico Bierman y Pearson a los 60 minutos luego de la administración del tratamiento. Además, la saturación de oxígeno también mejora significativamente a los 60 minutos de su administración. Sin embargo, se demuestra que la SSH 3% sin epinefrina no presenta algún efecto colateral en los pacientes, lo cual se evidencia al emplear la adrenalina nebulizada, por lo que se demuestra el supuesto teórico de Pinak y Vomero.¹

Por último, se corrobora la relación estimada de 2:1 en cuanto a la incidencia de acuerdo al sexo^{1,2,3}, predominando en el género masculino ($M = 66,7\%$). Así mismo se corrobora que el antecedente de una infección respiratoria reciente es significativo pero no absoluto en el desarrollo de la bronquiolitis ($M = 46,7\%$).

Limitaciones. El presente trabajo se limita al hospital distrital Jerusalén y al área específica de emergencia pediátrica.

CONCLUSIONES

Ambos tratamientos son eficaces para el tratamiento de bronquiolitis aguda, con la diferencia en cuanto a efectos colaterales, por lo cual la SSH 3% sin epinefrina es el tratamiento recomendado, dejando a la epinefrina para los casos de no respuesta a la SSH 3% sola o casos estacionarios con dicho tratamiento.

Recomendaciones. Se recomienda implementar el uso de la SSH 3% como tratamiento de primera línea en la bronquiolitis aguda, ya que presenta una eficacia igual a la epinefrina, sin los efectos colaterales que se objetivaron con su empleo (taquicardia y agitación). Asimismo se recomienda elaborar un nuevo esquema de manejo para la bronquiolitis aguda en el hospital Jerusalén en base al presente estudio. Por último, poder reproducir el presente estudio en los hospitales que cuenten con el nivel resolutivo necesario para la atención de un paciente que presente bronquiolitis moderada a severa.

Conflictos de interés. No se declaran conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. C. Pinak, A. Vomero, W. Pérez. Guías de diagnóstico y tratamiento de bronuiolitis: evidencias y recomendaciones. Uruguay: SUP. 2017 Jun; pág: 8-35.
2. J. González de D, C. Ochoa S y Grupo de revisión y panel de expertos de la conferencia de consenso del proyecto aBREVIADo. Conferencia de consenso sobre bronquiolitis aguda: metodología y recomendaciones. *An Pediatr (Barc.)* 2010; 72(3): 221.e1 - 221.e33.
3. G. Claret, M. Simo, C. Luaces. Bronquiolitis aguda en la urgencia pediátrica. *An Pediatr Contin.* 2010; 8(6): 279-285.
4. Toledo del Castillo B, et al. Evolución de la ventilación mecánica no invasiva en la bronquiolitis. *An Pediatr (Barc.)*. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.11.006>
5. J. González de D, C. Ochoa S y Grupo de revisión y panel de expertos de la conferencia de consenso del proyecto aBREVIADo. Conferencia de consenso sobre bronquiolitis aguda: epidemiología de la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. *An Pediatr (Barc.)*. 2010; 72(3): 222.e1-222.e26.
6. Ana Oñate R, Mario Rendón M, José Iglesias L, Isabel Bernárdez Z. Apego a guías clínicas para el manejo de bronquiolitis. *Bol Med Hosp Mex.* 2014; 71(4): 227 - 232. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhimx.2014.08.007>
7. Claudia Fuentes S, Guillermo Cornejo C, Raúl Bustos B. Actualización en el tratamiento de bronquiolitis aguda: menos es más. *Neumol Pediatr* 2016; 11(2): 65-70. <http://www.neumologia-pediatrica.cl>

8. L. de Rosa B, E. Gomes, G. Bueno F. Clinical sings of dysphagia in infants with acute viral bronquiolitis. Rev. Paul Pediatr. 2014;32(3): 157-163.
9. J. González de D, C. Ochoa S y Grupo de revisión y panel de expertos de la conferencia de consenso del proyecto aBREVIADo. Conferencia de consenso sobre bronquiolitis aguda: tratamiento de la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. An Pediatr (Barc). 2010;72(4): 285.e1-285.e42.
10. Martínez-Blanco B, Martínón-Torres F. ¿Es urgente actualizar las guías de práctica clínica españolas para el tratamiento de la bronquiolitis aguda? An Pediatr (Barc). 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.01.012>.

ANEXO 1

| <u>HOJA DE REGISTRO DE ATENCIÓN A PACIENTE CON BA</u> | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <u>Hospital Distrital II-1 Jerusalén</u> | | | |
| 1. <u>Filiación.</u> | Apellidos y nombres: | | |
| Edad: | Fecha: | Historia clínica: | |
| 2. <u>Datos de ingreso.</u> | | | |
| - Primer episodio de sibilancias: | SI | <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| - Presenta signos de infección respiratoria viral: | | | |
| * Tos | | | |
| * Fiebre | | | |
| * Rinitis | | | |
| * Otros: _____ | | | |
| - Score de Bierman y Pierson: | | | |
| - Saturación de oxígeno: | | | |
| - Examen de aparato respiratorio: | | | |
| 3. <u>Tratamiento</u> | SI | NO | Nº Nebulizaciones |
| SSH 3% + epinefrina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SSH 3% | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. <u>Evaluación postratamiento</u> | | | |
| 5. <u>Datos al alta:</u> | | | |

ANEXO 2

| Nº de caso | Puntaje al ingreso | | | | Tratamiento elegido | Puntaje post tratamiento | | | | Mejora clínica | |
|------------|--------------------|------------|------------|---------|---------------------|--------------------------|------------|------------|---------|----------------|----|
| | Sibilancia | | Escore B-P | Sat. O2 | | Sibilancia | | Escore B-P | Sat. O2 | SI | NO |
| | Uni-lateral | Bi-lateral | | | | Uni-lateral | Bi-lateral | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |