

Síndrome Febril agudo en el niño

Dra Cecilia Piñera

Curso 5to Pediatría

Hospital Exequiel González Cortés

Universidad de Chile

2020



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Introducción

- FIEBRE

- Respuesta **adaptativa** como parte de la **reacción de fase aguda** de la respuesta inmune.
- La respuesta febril puede ser provocada por una gran variedad de **agentes infecciosos** y otras condiciones no infecciosas que desencadenen la respuesta inflamatoria.
- Sus manifestaciones son **estereotipadas** e independientes de la causa.

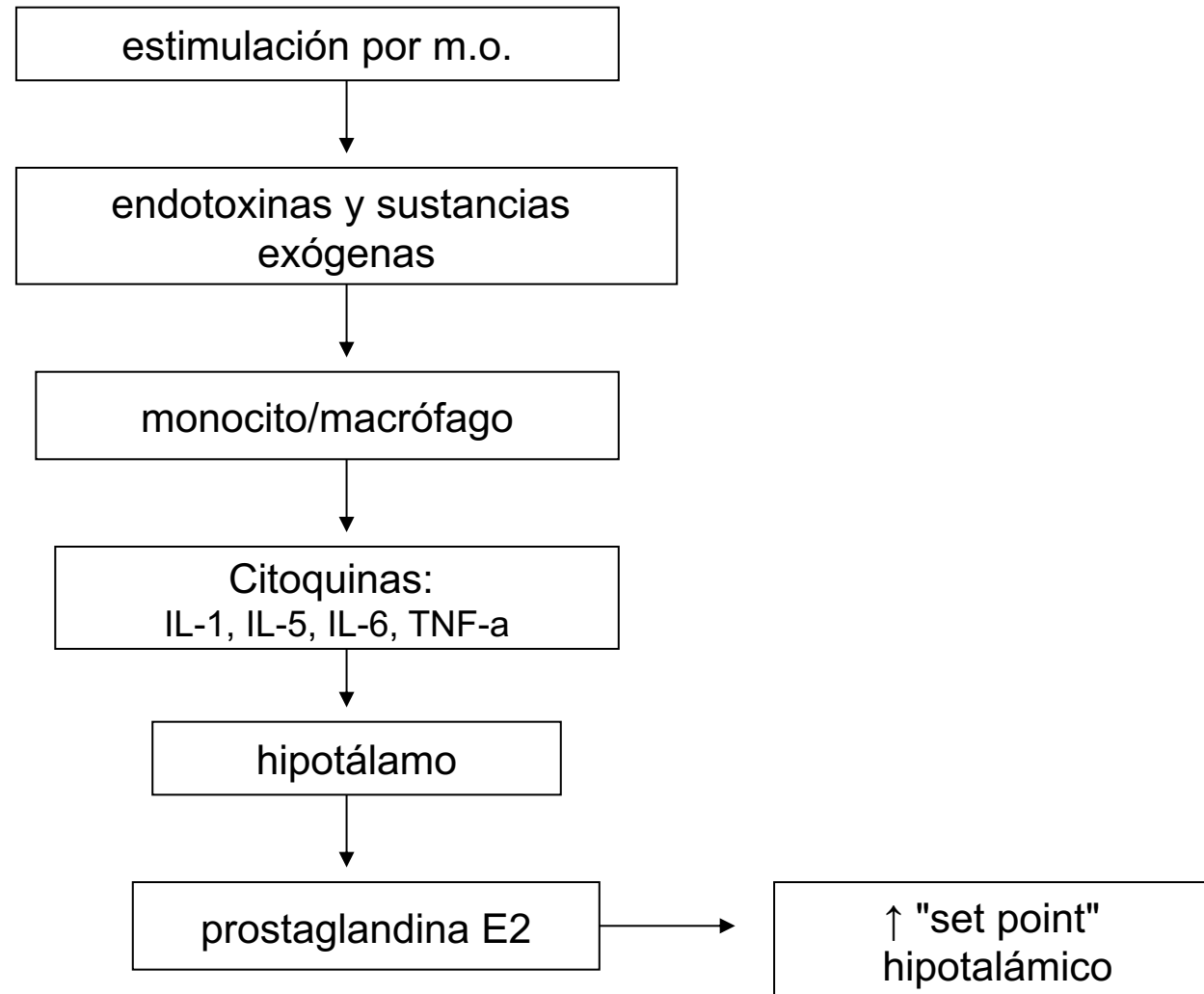


FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Fisiopatología



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Introducción

- El $\uparrow$ de la T° corporal en algunos grados puede $\uparrow$ la **eficiencia de los macrófagos** para destruir los microorganismos invasores.
- **Dificulta la replicación** de varios agentes infecciosos.
- Ventaja adaptativa
- Es un SINTOMA, no una ENFERMEDAD



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Introducción

- 60% niños < 2 años consulta alguna vez por fiebre
- 30-50% consultas ambulatorias son por fiebre
- ¿Porqué tanto susto con la fiebre?
 - molesta al niño y alarma a los padres, por lo que éstos exigen del médico su tratamiento
 - Fuerte tendencia de los médicos a tratar la fiebre como una condición patológica anormal
 - En algunos casos implica ↑ gasto metabólico
 - Cardiópatas, enf respiratorias crónicas, anemia, epilepsia
 - Riesgo de Crisis febriles o desencadenar crisis epilépticas



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Definiciones

- Fiebre
 - Temperatura rectal $> 38^{\circ}$ rectal producido por un cambio en el set-point hipotálamo
 - Temperatura axilar $> 37,5^{\circ}$ axilar
- Sd Febril sin foco (SFSF)
 - Fiebre de etiología inaparente tras anamnesis y ex fco completo
- Bacteremia oculta (BO)
 - Presencia de bacterias patógenas en sangre (HC+) en un niño febril sin foco evidente
 - Posterior riesgo de focalización en órganos específicos y de sepsis



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Manejo fiebre

- ¿Cuándo Tratar?
 - No tratar fiebres bajas ($<38,5^{\circ}\text{C}$),
 - a menos que produzcan molestias en el niño o que éste padezca de alguna condición basal que se descompense con la fiebre
 - Temperaturas $> 40.5^{\circ}\text{C}$ deben ser tratadas
 - aumentos de 5 o + grados sobre la T° habitual, pueden producir cambios metabólicos severos y la muerte.
- Medidas físicas + antipiréticos:
 - No deben aplicarse medidas físicas sin antes administrar un antipirético: sensores periféricos $\rightarrow \downarrow T^{\circ}$ en relación a la del hipotálamo $\rightarrow$ mecanismos de conservación y producción de calor $\rightarrow \uparrow T^{\circ}$ corporal.
 - **Hipertermia:** los antipiréticos no tienen indicación y si serían útiles las medidas físicas.
- NO DAR ANTIPIRETICOS A HORARIO



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Manejo

- **Paracetamol → antipirético de elección**

- Rápida acción (30 min).
- Acción preferentemente a nivel central.
- Acción casi exclusivamente antipirética y analgésica y casi nula antiinflamatoria periférica.
- Vida media: 2 hrs.
- Dosis útil y la dosis tóxica tienen una amplia diferencia (100 – 150 mg/kg).
- RAM son poco frecuentes y no severas.
- Contraindicado en enfermedad hepática
- Se administra a dosis de **10 - 15 mg/kg/dosis** cada 4 – 6 horas.
- **Antipirético de 1era opción**
- **Aprobado por FDA desde nacimiento**



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Antipiréticos

- **Ibuprofeno:**

- Rápida absorción gástrica.
- Vida media: 2 hrs.
- Dosis tóxica: 100 mg/kg.
- Acción preferentemente periférica (acción antiinflamatoria, antipirética y analgésica).
- RAM poco frecuentes pero + que el acetaminofeno (edema, GI, prurito, cefalea, somnolencia).
- **Contraindicado en enfermedades renales**
- Dosis de **5-10 mg/kg/dosis** c/8 horas, máximo c/6 horas (dosis máxima 40 mg/kg/día).
- CI: asma bronquial, enfermedad GI, HTA, insuficiencia cardiaca, hepática o **renal**, < 6 meses, hipersensibilidad.
- **Aprobado por FDA a partir de los 6 meses**



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Antipiréticos

- **Naproxeno:**

- dosis de 5 -10 mg/kg/dosis, y se puede repetir cada 8 a 12 horas.

- **Ketoprofeno:**

- Dosis de 0,5 – 1 mg/kg/dosis cada 12 hrs.
- Acción analgésica y antiinflamatoria.
- Indicación: dolores osteoarticulares y post-operatorios.

- **Dipirona**

- no se recomienda su uso en < 6 años
- RAM: anemia aplásica, agranulocitosis.
- Puede provocar Hipotensión
- Dosis: 20 a 25 mg/K/dosis cada 8 horas

- **Aspirina:**

- uso limitado en pediatría por su asociación con el riesgo de síndrome de Reye.
- Indicado en Enfermedad de Kawasaki y como antiplaquetario



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



En la práctica.....

- Paracetamol

- Gotas 1ml:100 mg
- Jarabes 160mg/5ml
- Supositorios 125 mg
- Comprimidos 80 – 160 (masticables) y 500 mg
- Marcas: Paracetamol (LCh), Kitadol, Panadol, Winasorb, Tapsin, etc

- Ibuprofeno

- Jarabe 100mg/5ml
- Presentación Forte: 200mg/5ml
- Comprimidos 400mg
- Marcas: Niofen, Ipson, Pironal, etc



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



En la práctica.....

- Paracetamol

- Gotas 1ml:100 mg
- Jarabes 160mg/5ml
- Supositorios 125 mg
- Comprimidos 80 – 160 y 500mg
- Marcas: Paracetamol (LCh), Kitadol, Panadol, Winasorb, Tapsin, etc

- Ibuprofeno

- Jarabe 100mg/5ml
- Presentación Forte: 200mg/5ml
- Marcas: Niofen, Ipson, Pironal, etc



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Epidemiología

- Fiebre: frecuente causa consulta al pediatra
 - 20% son síndrome febril sin foco (SFSF)
- Lactante menor 3 meses y SFSF
 - Infecciones bacterianas: 8-30%
 - ITU, MBA, BO, neumonia, osteoarticular
 - Cambios epidemiológicos en el tiempo con introducción de vacunas (HiB, SBHGB, *S pneumoniae*)
 - Diagnóstico etiológico: microbiología convencional
 - 70-90% restante
 - Infecciones virales
 - Otras no infecciosas (sobreabrigo, fiebre por sed)
 - Síndrome febril sin foco



?

Ann Emerg Med 2003; 42
Pediatrics. 2001;108(2)
Clin Pediatr Emerg Med. 2004;5(1)



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Causas



Tabla 1. Diagnósticos de egreso en 309 niños

Diagnóstico	Total		n
	n	%	
IRA viral	221	71,5	16
ITU	23	7,4	
Síndrome febril sin foco	30	9,7	1
Neumonía	9	2,9	
Bacteriemia /sepsis	6	1,9	
MBA	4	1,3	
Fiebre por vacuna	3	1,0	
E. de Kawasaki	2	0,6	
SDA	5	1,6	
Otros	6	1,9	
Total	309	100,0	19

Tabla 3 Diagnósticos de egreso de los 550 niños menores de 3 meses, hospitalizados

Diagnósticos de egreso	Total	
	N.º	%
Síndrome febril agudo	224	40,7
Infección urinaria	90	16,4
Rinofaringitis aguda	80	14,5
Neumonía	33	6,0
Exantema viral	21	3,8
Gastroenteritis aguda	20	3,6
Meningitis viral	20	3,6
Fiebre por sed	10	1,8
Sepsis	8	1,5
Influenza	8	1,5
Meningitis bacteriana aguda	6	1,1
Bacteriemia oculta	5	0,9
Herpangina	3	0,5
Fiebre por vacuna	3	0,5
Ictericia neonatal	3	0,5
Conjuntivitis aguda	3	0,5
Artritis séptica cadera	3	0,5
Otros	10	1,8
Total	550	100

Infecciones bacterianas: 25,5%
 Infecciones virales: 33,5%
 Síndr febril agudo: 40%



Epidemiología



- **7 a 10%** de los lactantes con $T > 39^{\circ}\text{C}$ y sin foco evidente presenta una infección bacteriana severa (IBS)

- **Meningitis**
- **Bronconeumonía**
- **infección del tracto urinario**
- **artritis, osteomielitis**
- **Sepsis, BO**
- **Infección piel y partes blandas**

TABLE 3. Rate of SBI by Age⁷

Age (months)	Blood	CSF	All SBI
0-1	2.1% (1.4, 3.1)	0.9% (0.4, 1.6)	8.8% (7.2, 10.6)
1-2	1.0% (0.6, 1.5)	0.2% (0.1, 0.5)	7.3% (6.2, 8.5)
2-3	0.8% (0.4, 1.5)	0.2% (0.1, 0.7)	7.1% (6.0, 8.4)
Total	1.4% (0.9, 1.6)	0.4% (0.2, 0.7)	7.6% (6.9, 8.3)



Infecciones bacterianas



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

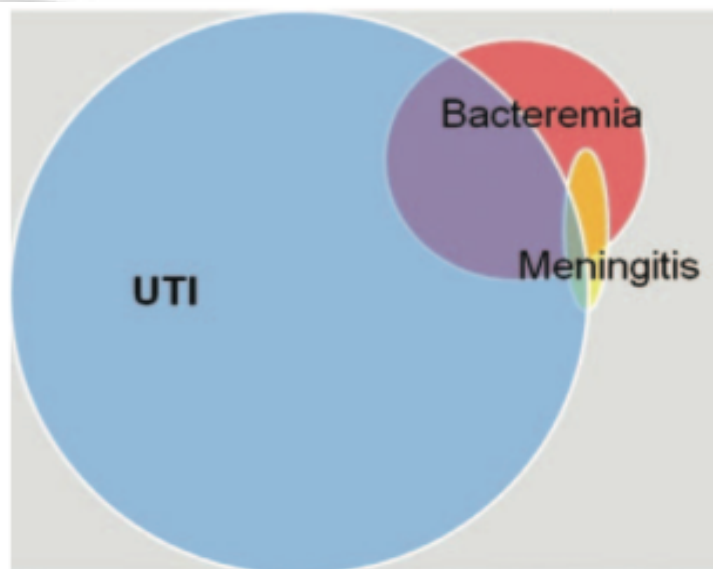


FIGURE 1. Venn diagram illustrating the distribution of infections with 1 source and >1 source.

TABLE 2 Bacterial Infections Diagnosed

IBIs	87 (3.9%)
Bacterial sepsis	26
Bacteremic UTI	25
Occult bacteremia	24
Bacterial meningitis	10
Cellulitis-adenitis syndrome with bacteremia	1
Septic arthritis	1
Non-IBI	417 (19.1%)
UTI	409
Bacterial gastroenteritis	5
Cellulitis-adenitis syndrome with negative cultures	1
Omphalitis with negative cultures	1
Myositis with negative cultures	1
Possible bacterial infections	98 (4.5%)
Possible UTI (positive urine culture without leukocyturia)	88
Pneumonia with negative cultures	7
Acute otitis media with negative cultures	3

Greenhow T. Pediatr Infect Dis J 2014;33

Gómez B. Pediatrics 2016;138(2)



Infecciones bacterianas

- Infección Bacteriana Seria (IBS)
 - Cambios epidemiológicos con introducción vacunas
 - HiB → PAI Chileno 1996
 - *S pneumoniae* → PNI Chile Enero 2011
 - *N meningitidis* → PNI 2014
 - 8,5-30% niños < 3 meses
 - Mayor prevalencia a menor edad
 - Mayor prevalencia según “aspecto tóxico”

Byington CL. Pediatrics 2004; 113:1162-1166 Harper M. Clin Ped Emerg Med 2004;5:5-12

Baskin MN. Pediatr Ann. 1993 Aug;22(8):462-6.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Microbiología BO

- Lactante menor de 3 meses
 - ***Streptococcus B-* hemolítico Grupo B (*S. agalactiae*)**
 - ***Escherichia coli***
 - ***Listeria Monocytogenes***
 - *Klebsiella* sp
 - *Salmonella* spp
 - *Staphylococcus aureus* (piel)
 - *Enterococcus* (ITU)
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Haemophilus influenzae* tipo b
 - *Neisseria meningitidis*

- Lactante mayor de 3 meses
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Haemophilus influenzae* tipo b
 - < 2 dosis vacuna
 - *Neisseria meningitidis*
 - *Salmonella* spp
 - *S aureus*



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Enfrentamiento SFSF

- Objetivo del pediatra: identificar niños febriles con bajo riesgo de Infección bacteriana invasiva
 - Criterios de Boston, Rochester, Philadelphia
 - Anamnesis y Ex Fco completo
 - Antecedente vacunaciones (PREVENAR)
 - Fact riesgo SBHGB
 - Antec maternos virus herpes simplex
 - Respuesta a antipiréticos
 - Aspecto “tóxico” versus no tóxico



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Enfrentamiento SFSF

- Ex Fco
 - Desvestir totalmente
 - Preferir temperatura rectal
 - Representa mejor temperatura nucleo hipotalámico
 - Presencia petequias
 - 2 a 8% niños con fiebre y rash petequial tienen IBS (*Neisseria meningitidis*).
 - Ex segmentario detallado buscando posibles focos
 - Oídos, fontanela, faringe, tórax, abdomen, piel (ombligo en el RN), osteoarticular.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Aspecto



Tabla 1. Diagnósticos de egreso en 309 niños consultantes por SFASF* al Servicio de Urgencia según aspecto clínico

Diagnóstico	Total		BA		MC		AT		p entre BA y AT
	n	%	n	%	n	%	n	%	
IRA viral	221	71,5	196	71,5	96	71,5	7	41,2	0,005
ITU	23	7,4	1	0,5	1	1,0	1	5,9	0,2
Síndrome febril sin foco	30	9,7	2	1,0	2	2,1	2	11,8	0,2
Neumonía	9	2,9	1	0,5	1	1,0	1	5,9	0,2
Bacteriemia /sepsis	6	1,9	3	1,5	3	2,1	3	17,6	0,001
MBA	4	1,3	3	1,5	3	2,1	3	17,6	0,001
Fiebre por vacuna	3	1,0	1	0,5	2	2,1	0	0,0	0,7
E. de Kawasaki	2	0,6	1	0,5	1	1,0	0	0,0	0,15
SDA	5	1,6	5	2,6	0	0,0	0	0,0	0,8
Otros	6	1,9	2	1,0	4	4,2	0	0,0	0,6
Total	309	100,0	196	100,0	96	100,0	17	100,0	-

Aspecto Tóxico: cianosis, hipoactividad, letargia, irritabilidad, hiper e hipoventilación, hipotonía, taquicardia, alteración en la interacción con el medio, deshidratación sin haber pérdidas patológicas, ó signos de mala perfusión

La ausencia de aspecto tóxico al ingreso se asocia a menor probabilidad de IBS



Anamnesis y Examen Físico



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Anamnesis

- Factores maternos:
 - Trabajo de parto prematuro
 - RPM > 18 hrs
 - Colonización materna con SBHGB
 - Corioamnionitis
 - Fiebre intraparto
- Factores neonatales:
 - Prematurez
 - Hospitalizaciones
- Contactos epidemiológicos

Ex. Físico

- Realizar en forma detallada y ordenada:
 - Niño desnudo
 - Por sistemas
 - Zona del ombligo
 - Fontanela
- Preferir T° rectal
- Signos de alarma:
 - Signos de hipoperfusión
 - Exantema petequial generalizado
 - Compromiso de conciencia
 - Alteración del patrón respiratorio



Manejo SFSF RN 0 a 28 días

- Grupo de mayor riesgo de IBS (12-28%)
 - ITU y BO causas más frecuentes
- Considerados dentro del mismo grupo de los niños con aspecto tóxico
 - **Requieren hospitalización SIEMPRE**
 - “Work-up” sepsis completo
 - Recuento leucocitos con fórmula
 - Hemocultivos
 - OC y Urocultivo
 - Estudio LCR
 - Iniciar ATB hasta descartar IBS
 - Menor de 2 semanas: Ampicilina + Aminoglucósido (ó Cefotaxima). Considerar enterococo (ITU) y Listeria monocytogenes (meningitis)
 - Mayor de 2 semanas: ¿Sólo Cefotaxima?



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Guidelines for Diagnostic Testing of Infants and Children with Fever without Source (FWS)



Neonates <28 days with FWS > 38.0°C

Complete sepsis workup

Complete blood count, differential, and blood culture

Urinalysis and urine culture

Cerebrospinal fluid studies:

Tube 1: Culture and sensitivity

Tube 2: Protein and sugar

Tube 3: Cell count and differential

Tube 4: HSV PCR if CSF compatible with viral meningoencephalitis

± Chest x-ray

Neonates <28 days with FWS

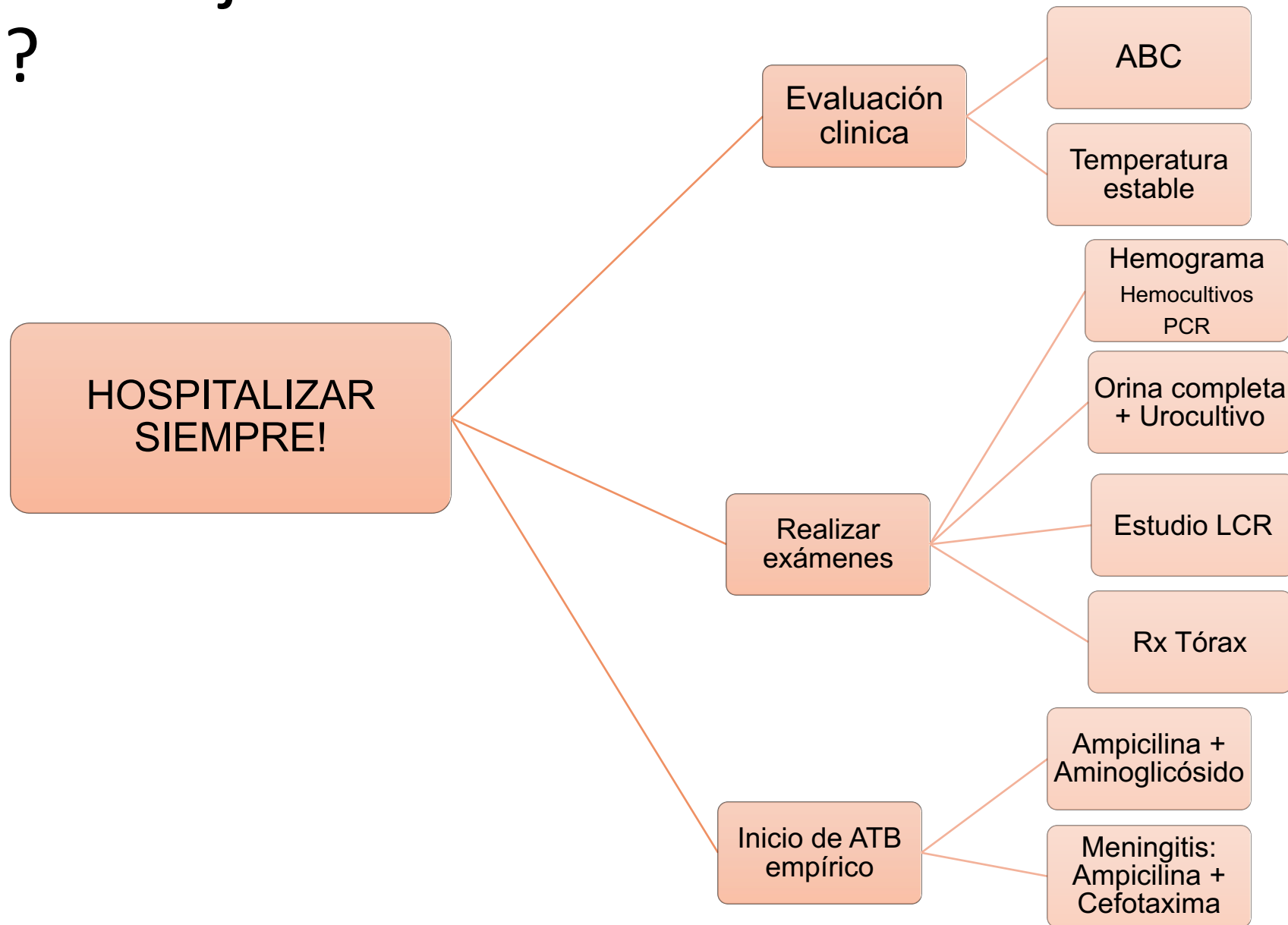
- Admit for IV antibiotics pending culture results
- Cefotaxime 150 mg/kg/d IV q8h and ampicillin 200 mg/kg/d IV q6h, or vancomycin 30 mg/kg/d IV q12h (if CSF gram positive cocci)

If CSF pleocytosis suggestive of viral meningoencephalitis CSF for herpes PCR;
acyclovir 60 mg/kg/d q 8h

Baraff L. "Management of Infants and Young Children with Fever without Source" 2008



¿Cómo maneja al recién nacido?

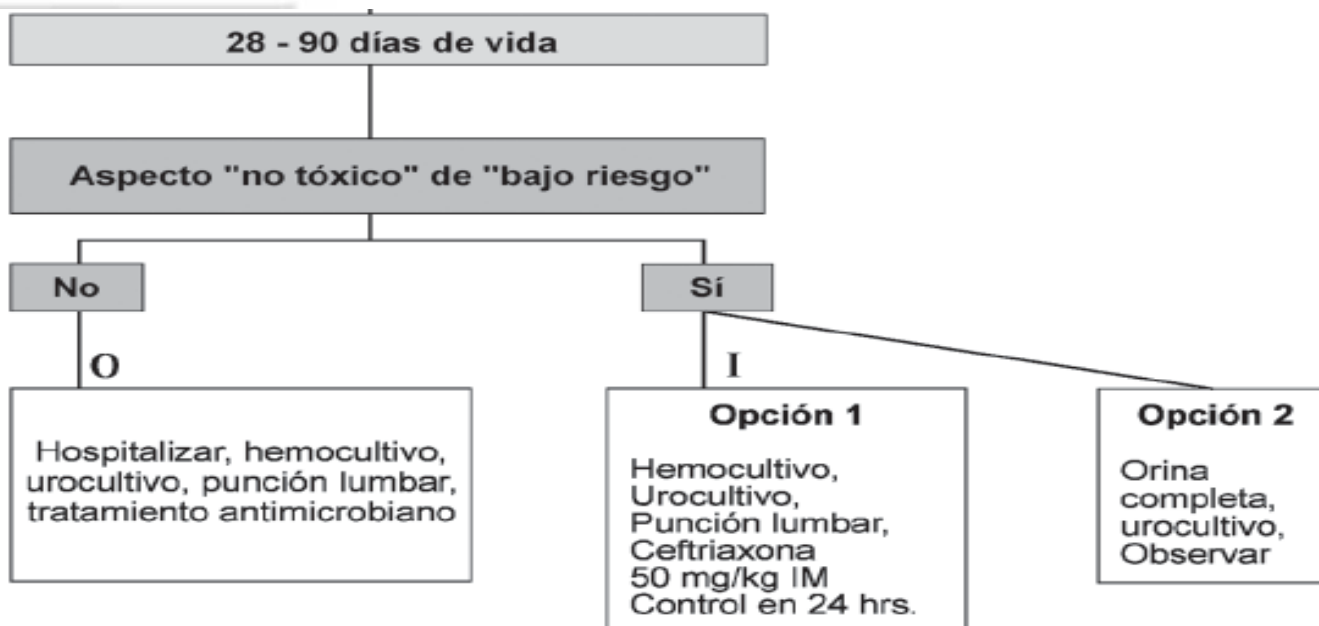


FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Manejo SFSF 28-90 días

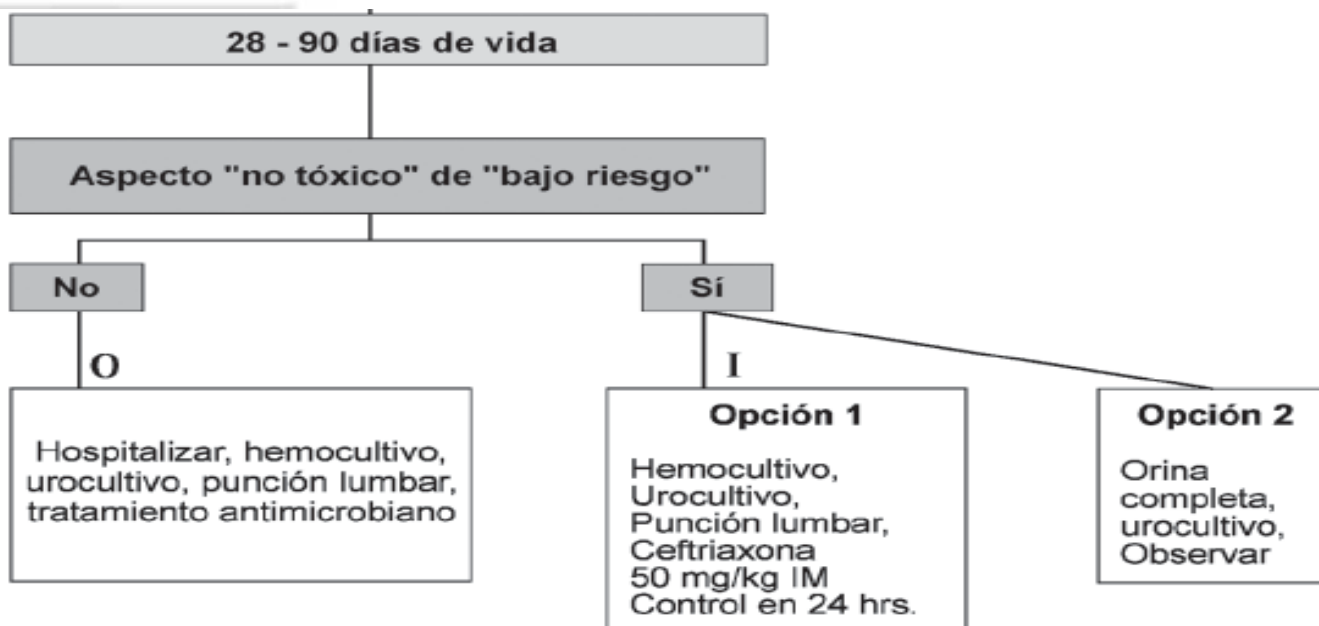


- Clasificarlos en grupo de aspecto tóxico versus no tóxico
- Criterios de Rochester
 - Se desarrollaron para identificar niños que podían seguirse ambulatoriamente sin ATB
 - Niños con buen aspecto igual tienen riesgo IBS: se necesita exámenes
 - Niños Con AT: Flujograma del RN

Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. *Ann Emerg Med*. Dec 2000;36:602-614.



Manejo SFSF 28-90 días



- Clasificarlos en grupo de aspecto tóxico versus no tóxico
- Criterios de Rochester
 - Se desarrollaron para identificar niños que podían seguirse ambulatoriamente sin ATB
 - Niños con buen aspecto igual tienen riesgo IBS: se necesita exámenes

Aspecto Tóxico: cianosis, hipoactividad, letargia, irritabilidad, hiper e hipoventilación, hipotonía, taquicardia, alteración en la interacción con el medio, deshidratación sin haber pérdidas patológicas, ó signos de mala perfusión

Baraff LJ. Management of fever without source. *Emerg Med.* Dec 2000;36:602-614.





Tabla II. Criterios de bajo riesgo de Rochester

1. Lactante con buen aspecto general
2. Lactante previamente sano:
 - Nacido a término
 - No recibió tratamiento antimicrobiano perinatal
 - No tratado de hiperbilirrubinemia inexplicada
 - No recibió ni estaba recibiendo tratamiento antibiótico
 - No ha estado hospitalizado previamente
 - Sin enfermedad crónica o de base
 - No hospitalizado durante un periodo superior al de su madre
3. Ausencia de signos evidentes de infección de la piel, tejidos blandos, huesos, articulaciones u oídos
4. Valores de laboratorio:
 - Cifra de leucocitos en sangre periférica entre 5.000 y 15.000/mm³
 - Recuento absoluto de cayados inferior a 1.500/mm³
 - Menos de 10 leucocitos por campo en sedimento urinario
 - Menos de 5 leucocitos por campo en una extensión de heces



CRITERIOS DE ROCHESTER BAJO RIESGO DE INFECCION BACTERIANA SEVERA

- El niño tiene buen aspecto.
- El niño ha sido previamente sano:
 - Nacido de término (> 37 semanas de gestación)
 - No recibió tratamiento antibiótico en período neonatal
 - No tuvo tratamiento de la hiperbilirrubinemia no explicada

Los niños calificados de "bajo riesgo" según los criterios de Rochester tienen una probabilidad de 0,5-1,4% de tener infección bacteriana severa.

- Valores de Laboratorio
 - Recuento de Leucocitos (RGB) 5.00 – 15.000/mm³
 - Recuento absoluto de baciliformes <1.500
 - Sedimento de Orina con menos de 10 leucocitos x campo
 - Si hay diarrea, menos de 5 leucocitos x campo en extendido fecal



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur





Infants 28-90 Days with FWS $> 38.0^{\circ}\text{C}$

Low-risk clinical criteria

Previously healthy, term infant with uncomplicated nursery stay

Non-toxic clinical appearance

No focal bacterial infection on examination (except otitis media)

Low-risk laboratory criteria

Negative urine leukocyte esterase and nitrite, or <10 WBCs/hpf

WBC count 5-15,000 and $<1,500$ bands or band/neutrophil ratio < 0.2

When diarrhea present: No blood and < 5 WBCs/hpf in stool

Optional Very Low Risk Laboratory Criteria Per Parent and Physician Preference

CSF: <8 WBCs/mm³ and negative Gram stain

Chest x-ray: no infiltrate

Infants 29-90 Days with FWS

- Outpatient management without antibiotics if all low-risk criteria met
- Outpatient management with antibiotics if UTI and able to take oral medications
- Admit for lumbar puncture and antibiotics pending culture results if not UTI and other low risk criteria not met. Antibiotics same as above.

Baraff L. "Management of Infants and Young Children with Fever without Source" 2008



Enfrentamiento SFSF 3 meses a 3 años

- Clasificarlos según temperatura
 - T <39°C rectal
 - se pueden enviar a su casa sin exámenes
 - Antipiréticos
 - Control si fiebre persiste > 48hr o deterioro clínico
 - T >39°C rectal: requieren estudio de laboratorio
 - ITU → diagnóstico más frecuente
 - Riesgo neumonía oculta en pcte sin signos de dificultad respiratoria es de 3 a 5%.
 - Sospecharla en niños con fiebre > 39,5 y leucocitosis > 20.000 : solicitar Rx Tórax
 - Subclasificar en pacientes con y sin vacuna pneumocócica (Synflorix)
 - Sin Vacuna: hemograma, HC



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



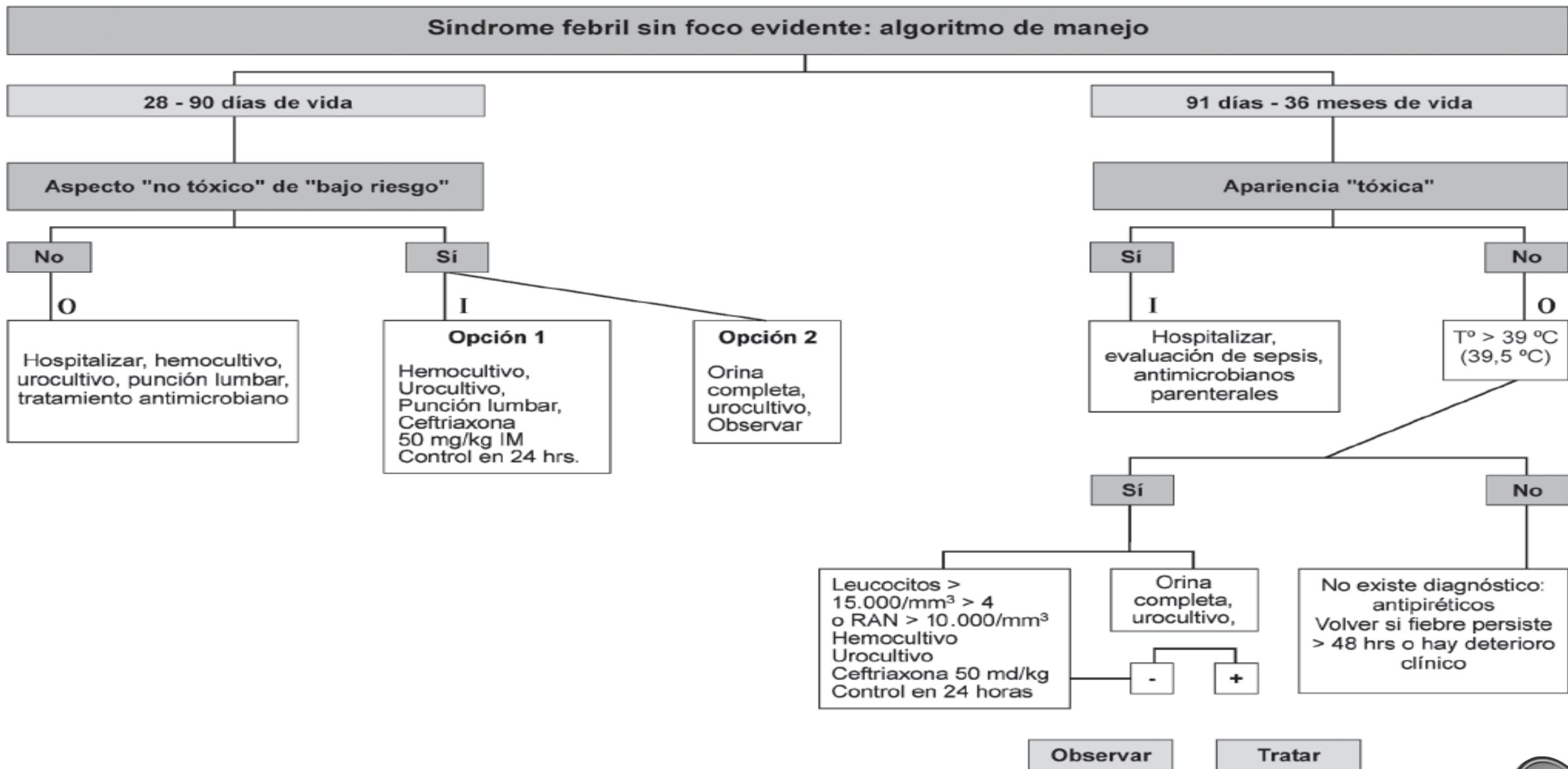
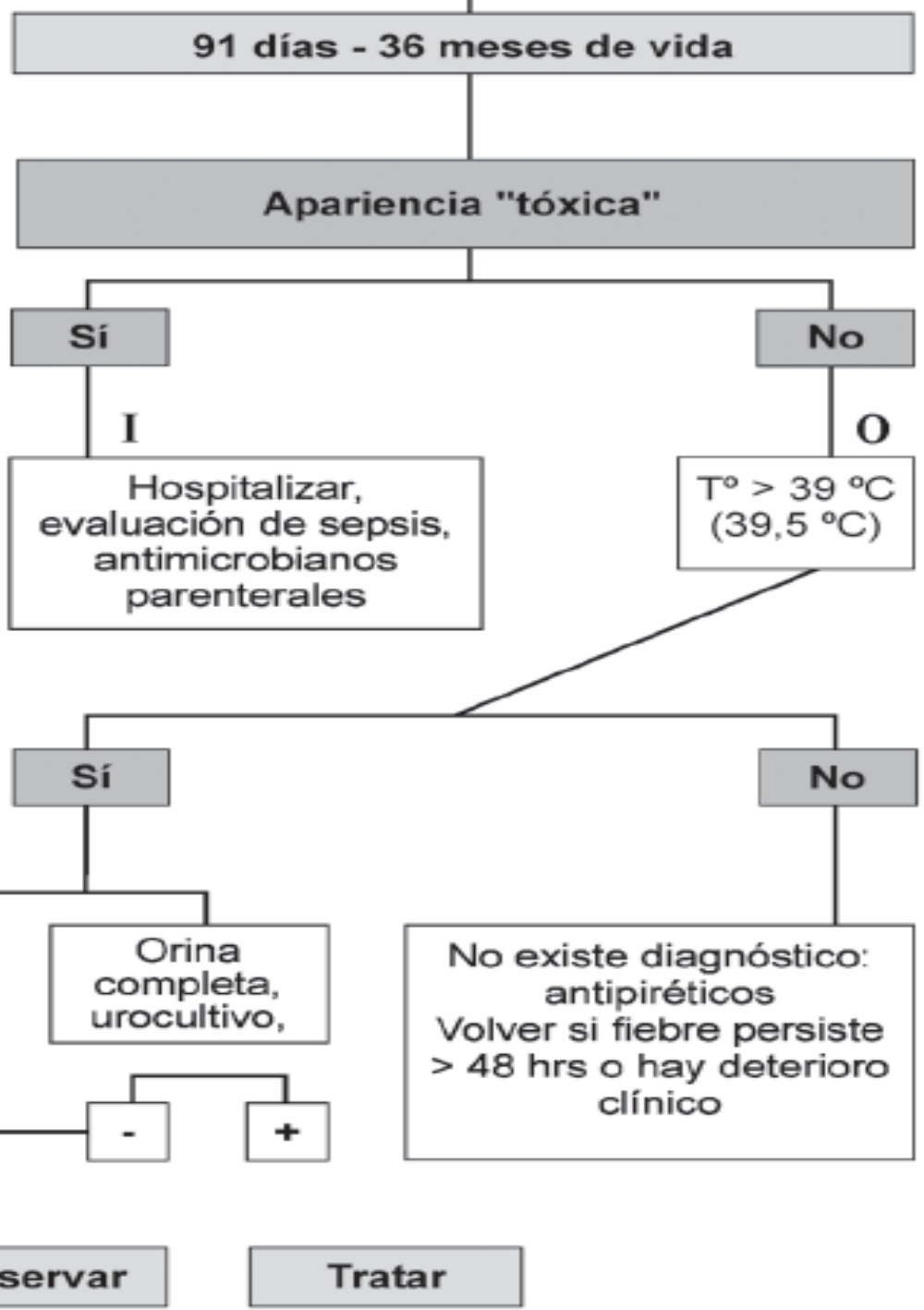


Figura 1. • Bajo riesgo según criterios de Rochester.
• Tomar Rx de tórax sólo si hay síntomas y signos sugerentes de compromiso respiratorio.





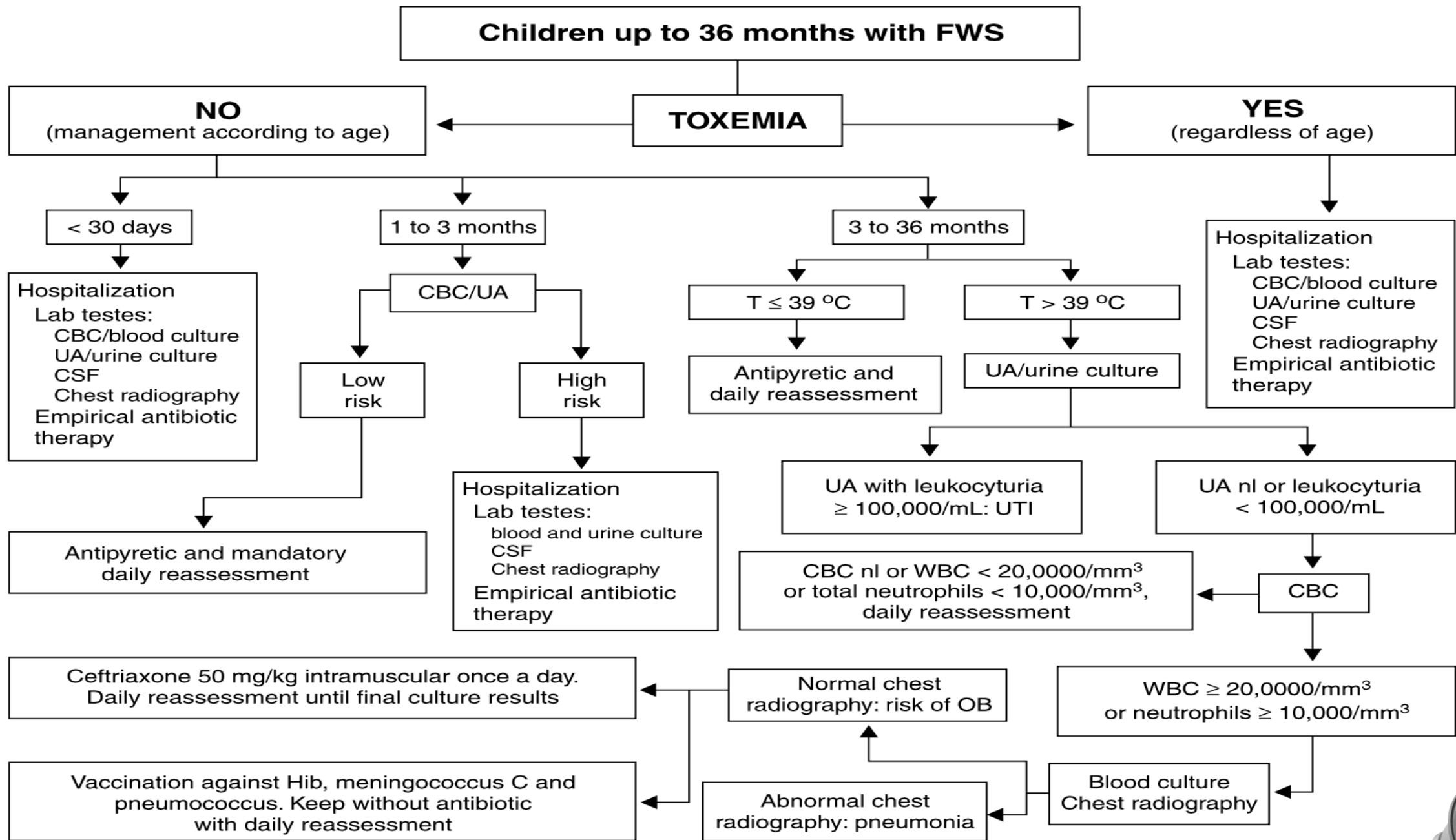
2
I,
D,
r



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur





FWS = fever without source; CBC = complete blood count; UA = urinalysis; T = axillary temperature; CSF = cerebrospinal fluid; UTI = urinary tract infection; OB = occult bacteremia; WBC = white blood cell count.



- Eso es todo....



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

