

Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de Urgencias del Hospital “Héroes del Baire” 2002-2010

REMIJ 2011;12(1):4-14

Upper gastrointestinal bleeding in the emergency department at the Hospital “Heroes del Baire” 2002-2010

Dra. Raiza Verónica Viera Hernández¹, Dra. Edena Amaro Areas², Dr. Ariel Barro Blanco³, Dr. Rolando Moreno⁴, Dr. Iosvanis Tamayo Garrido⁵

¹ *Especialista Primer Grado Cirugía General. Profesor Instructor. Máster Urgencias médicas*

² *Especialista Primer Grado Cirugía General. Profesor Instructor. Máster Urgencias médicas*

³ *Especialista Medicina General Integral. Residente Cirugía General*

⁴ *Especialista primer grado Cirugía General. Profesor Instructor*

⁵ *Especialista primer grado Cirugía General. Profesor Instructor*

RESUMEN

La Hemorragia Digestiva Alta es una emergencia médico quirúrgica que continúa teniendo una elevada mortalidad a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años.^{1, 3, 5} Constituye un problema frecuente en el mundo y es considerada causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos etáreos.^{1, 4, 5} Considerando la importancia que reviste la identificación apropiada de los factores de riesgo vinculados a la Hemorragia Digestiva Alta para disminuir su morbimortalidad asociada, así como las causas endoscópicas relacionadas con su aparición, nos motivamos a realizar este estudio con el objetivo de determinar el comportamiento de esta afección en el servicio de Urgencias del hospital General Docente “Héroes del Baire” de la Isla de la Juventud. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo desde enero 2002 hasta enero 2010. Encontramos que el 87 % tenían más de 50 años, el sexo masculino predominó con un 69.93 %, haciéndose más evidente este aumento después de los 50 años (62 %). El 75 % y el 63.13 % de los pacientes presentaron antecedentes de úlceras pépticas y de ingestión de antiinflamatorios no esteroideos respectivamente. Predominó el hábito de fumar en el 25.17%. El 86.61 % se presentaron clínicamente como melena, el

52,36 % de los pacientes se realizaron la endoscopia luego del alta hospitalaria, la causa endoscópica más frecuente encontrada fue la úlcera péptica (67.86 %). Solo el 8.70 % requirió tratamiento quirúrgico de urgencia, el 42.39 % estuvo ingresado entre cinco y siete días y la mortalidad de la serie fue del 2.36%.

Palabras clave: hemorragia digestiva, úlcera péptica, endoscopia

SUMMARY

High digestive hemorrhage is a surgical emergency with a high mortality in spite of the therapeutically breakthroughs of the last years. It represents a common problem world wide and it is considered the cause of higher mortality and morbidity in all age brackets. Considering the importance of proper identification of risk factors associated with upper gastrointestinal bleeding to reduce its associated morbidity and causes related to their endoscopic appearance, we are motivated to conduct this study to determine the behavior of this condition in the emergency department of the General Teaching Hospital "Héroes del Baire" in the Isle of Youth.

A retrospective and descriptive study was performed from January 2002 to January 2010. The 80 % of the patients were over the age of 50 with a male prevalence of 69, 93 %, being more evident after 50 (62 %). The 75 % and 63, 13 % of the patients had the consumption of anti-inflammatory steroids respectively. Smoking prevailed in most of the cases (25. 17 %). The 86. 61 % were clinically presented as melena. Endoscopic analyses were performed in 53. 36 % of the patients after the hospital discharge and peptic ulcer were the most frequently found problem (67. 86 %). Only 8, 70 % required emergency surgical treatment. The 42.34 % were in hospital during 5 to 7 days long with a death rate of 2. 36 %.

Keywords: digestive hemorrhage, peptic ulcer, endoscopy

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es tan antigua como la medicina. Unos 400 años a.n.e., Hipócrates, el padre de la medicina, refirió algunos síntomas

correspondientes a esta enfermedad.¹ Desde la Grecia clásica, se le designaba a la úlcera la enfermedad negra, donde el vómito sanguinolento y ardiente era el signo característico.² A lo largo de la historia se recoge en la enciclopedia médica que grandes personalidades han padecido la enfermedad desde Voltaire (1674), hasta Adolf Hithler (1889-1945), sufriendola también otros en este período como Mozart, Napoleón Bonaparte, la Reina Victoria, Musolini y Rodolfo Valentino. En las figuras de la medicina, tenemos al famoso médico cirujano Willians S Halsted, quien murió producto de esta enfermedad.^{1,2}

El sangramiento digestivo es una común y potencial letal emergencia médica que explica alrededor del 50% de los sangrados del tracto digestivo superior. Es un problema de salud de elevada frecuencia en todo el mundo y causa mayor de morbilidad y mortalidad en todos los grupos erarios.¹⁻⁵

Su incidencia oscila entre 50 a 150 casos por cada 100.000 adultos por año, y en los Estados Unidos es la causa de 100.000 hospitalizaciones anuales a un costo estimado de 750 millones de dólares. En Cuba, según series revisadas la frecuencia de H.D.A. es de 100 por cada mil habitantes y su mortalidad de un 9 – 10%, representa del 10 al 20 % de los ingresos en los servicios quirúrgicos de las instituciones hospitalarias. Con el aumento de la expectativa de vida cada vez ingresan más pacientes de edad avanzada y pluripatológicos, además del incremento en el número de personas que ingieren antiinflamatorios no esteroideos (AINE), incluyendo el ácido acetilsalicílico, que hace que tales parámetros no se hayan modificado sustancialmente en los últimos años.^{3, 6-8} La mortalidad hospitalaria por HDA ha permanecido sin cambios durante la última década, con oscilaciones entre el 4 y el 10 %. Según lo reportado en el Anuario 2009, la población cubana presentaba hasta diciembre del año pasado un 18.8% de adultos mayores en relación a la población total y de estos el 17.9% correspondía a adultos de 80 y más años, hecho que demuestra que Cuba debe comportarse similar a los países desarrollados en cuanto a la incidencia de esta enfermedad en relación a la edad.⁵ Según datos reportados por el Departamento de Estadística Municipal, en la Isla de la Juventud la incidencia de la HDA es de 28,9 por 100 000 habitantes.

Considerando la importancia que reviste la identificación apropiada de los factores de riesgo vinculados a la HDA para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas, así como las causas endoscópicas, es que nos motivamos a realizar este estudio con el objetivo de describir el comportamiento de esta afección en el servicio de urgencias del hospital General Docente "Héroes del Baire" en la Isla de la Juventud, en el período comprendido entre enero del 2002 a enero del 2010; permitiendo caracterizar la muestra según las variables epidemiológicas de edad y sexo, identificar los antecedentes patológicos personales más frecuentes, los factores de riesgo y sus formas de presentación, además de identificar en qué momento se efectuó la endoscopia, así como el tratamiento utilizado, la estadía hospitalaria y la mortalidad por esta enfermedad.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal con el objetivo de describir el comportamiento de la Hemorragia Digestiva Alta en el servicio de urgencias del Hospital General Docente "Héroes del Baire" de la Isla de la Juventud, en el período comprendido entre enero del 2002 a enero del 2010.

La población estuvo formada por 274 pacientes que ingresaron con diagnóstico de HDA, de los cuales 254 conformaron la muestra ya que las historias clínicas permitieron recoger todos los datos del estudio. Para este estudio se revisaron los libros de ingresos y de fallecidos del Departamento de Registros Médicos del Hospital General Docente "Héroes del Baire" de la Isla de la Juventud y las historias clínicas de todos estos pacientes así como el registro de cirugías mayores de la Unidad Quirúrgica.

RESULTADOS

Tabla No. 1. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según edad y sexo en el Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Grupo de edades	Femenino	Masculino	Total
------------------------	-----------------	------------------	--------------

(años)	No.	%	No.	%	No.	%
30 años o menos	0	0	2	0.79	2	0.79
30-39	3	1.1	1	0.39	4	1.57
40-49	17	6.7	10	3.94	27	10.63
50-59	22	8.7	43	16.92	65	25.6
60-69	34	13.4	85	33.46	119	46.8
70-79	8	3.15	28	11.02	36	14.2
Más de 80	0	0	1	0.39	1	0.39
Total	84	33.07	170	69.93	254	100.00

Fuente: Historia Clínica Individual

Tabla No. 2. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según antecedentes patológicos personales. Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Antecedentes patológicos personales	%
Úlcera péptica	75%
Gastroduodenitis	61.74%
Hernia hiatal	36.95%
Cirrosis hepática	20.65%
Cardiopatía isquémica	59.79%
Hipertensión arterial	61.74%
Antecedentes de sangramiento digestivo previo	58.69%
Pacientes graves	17.39%
Patología o cirugía intracraneal	1.08 %
Consumo de AINES	63.13%

Fuente: Historia Clínica Individual

Tabla No. 3. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva según hábitos tóxicos. Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Hábitos tóxicos	No. de pacientes	%
Alcohol	158	62,20
tabaco	177	69,68
Café	138	54.33
Ninguno	44	17.32

Fuente: Historia Clínica Individual

Tabla No. 4. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según forma de presentación y sexo. Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Forma de presentación	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Melena	65	22.59	155	61.02	220	86.61
Hematemesis	10	3.94	64	25,20	74	29.13
Melena y hematemesis	9	3.54	35	13.78	44	17.32

Fuente: Historia Clínica Individual

Tabla No. 5. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según momento de realizada de la endoscopia. Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Momento de realizada la endoscopia	No. de pacientes	%
En el ingreso	121	47.64
Después del ingreso	133	52.36
Total	254	100

Fuente: Historia Clínica Individual e historia ambulatoria

Tabla No. 6. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta según hallazgos endoscópicos. Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Causas endoscópicas	%
Úlcera duodenal	67.86
Úlcera gástrica	23.21
Úlceras de stress	8.93
Lesiones gastroduodenales asociadas	58.9

Fuente: Historia Clínica Individual e historia ambulatoria

Tabla No. 7. Distribución de pacientes con Hemorragia Digestiva según tratamiento médico y quirúrgico: Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Tratamiento	%
Médico	91.30
Quirúrgico	8.70
Total	100

Fuente: Historial Clínica Individual

Tabla No. 8. Estadía hospitalaria de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta: Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Estadía hospitalaria	%
De 1 a 3 días	4.35
De 3 a 5 días	39.12
De 5 a 7 días	42.39
Más de 7 días	14.13

Fuente: Historial Clínica Individual

Tabla No. 9. Mortalidad de los pacientes con Hemorragia Digestiva Alta: Hospital Héroes del Baire. 2000-2010

Causas letalidad	No. de pacientes	%
Shock hipovolémico	4	1.57
Tromboembolismo pulmonar	1	0.39
Fallo sutura intestinal	1	0.39
Total	6	2.36

Fuente: Historia Clínica Individual

DISCUSIÓN

Al analizar la distribución por edades, se comportó de igual manera que en otros estudios realizados y en el mundo occidental de hoy, donde se ha demostrado un aumento en la frecuencia de aparición de HDA a medida que aumenta la edad^{8,9} Este incremento del número de sangrantes proporcional al aumento de la edad se ha venido acentuando considerablemente en años más recientes; de lo cual este estudio es una muestra evidente. Los pacientes de la tercera edad presentan todas las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de esta enfermedad, convirtiendo a la edad como un elemento importante y pronóstico en la evolución de la HDA. Otros autores concuerdan con nosotros.
10-12

El mayor por ciento correspondió al sexo masculino, lo que coincide con lo reportado en la literatura médica consultada^{12, 13} donde se recoge que la incidencia de HDA es más frecuente en el hombre con respecto a la mujer, con una proporción aproximada de 2/1. Este predominio se debe fundamentalmente a la mayor frecuencia en el hombre de sangramiento por úlcera péptica.

En relación a los antecedentes patológicos personales el mayor por ciento correspondió al antecedente de úlcera péptica seguido de la gastroduodenitis e hipertensión arterial. Importante además es el antecedente de sangramiento digestivo previo, que aporta gran valor pronóstico y es un aspecto a tener en

cuenta a la hora de valorar el tratamiento quirúrgico. El antecedente de sangrado anterior es recogido por varios autores^{13, 14} como una condicional, uno o dos de cada 10 pacientes con un sangrado actual han sufrido un episodio pasado, algunos llegan a tener un episodio anual, cada seis meses, incluso con menor frecuencia. Del total de pacientes estudiados, un gran porcentaje refirió haber consumido AINES. Se debe hacer referencia al incremento del uso de los mismos en la población, lo cual repercute desfavorablemente en los pacientes con úlcera péptica e incluso aquéllos que no la presentan.^{10, 14}

Al analizar los factores de riesgo, apreciamos que los fumadores tuvieron una alta incidencia seguidos por el consumo frecuente de alcohol, ambos favorecen la aparición de las úlceras pépticas. El consumo de cigarrillos está asociado con la enfermedad ulcerosa, relacionada tanto al *Helicobacter pylori* como a los antiinflamatorios no esteroides, dos factores importantes en el desarrollo de la úlcera péptica.¹⁵ Al hacer referencia al alcoholismo numerosos autores refieren su notable importancia como factor de riesgo en la hemorragia digestiva alta sobre todo los pacientes portadores de úlcera péptica. Los bebedores de café, té y alguna otra infusión que irrita a la mucosa gástrica y duodenal son propensos a episodios de epigastralgia, acidez y sangrado.^{10, 16}

Debemos señalar que en el municipio especial Isla de la Juventud, no se realiza el estudio del jugo gástrico en función de detectar la presencia del *Helicobacter pylori*, que es uno de los factores de riesgo fundamentales en la aparición de la hemorragia digestiva.

El mayor porcentaje de los pacientes se presentaron clínicamente como melena, correspondiendo con la literatura revisada.^{12-15, 16}

La exploración endoscópica se elige como el procedimiento de elección para valorar los signos directos de sangrado y emitir un juicio pronóstico sobre la continuidad o recidiva de la misma. Constituye el diagnóstico más certero para valorar la HDA. Este proceder puede detectar lesión en el 78 al 95% de los pacientes a quienes se les realiza en las primeras 12-24 horas de la hemorragia; si se realiza en este periodo se puede observar una reducción de la estancia intrahospitalaria y posiblemente una reducción del sangrado

recurrente y cirugía.^{16, 17} La identificación adecuada del sitio de sangrado permite la estratificación del riesgo. Más aún, los avances en hemostasia convierten a la endoscopia en un arma terapéutica indispensable. En el presente estudio, un gran número de pacientes se realizó dicho estudio luego del alta hospitalaria, debido a que desafortunadamente en nuestro centro hace ya varios años no contamos de forma continua con servicio de gastroenterología que garantice la realización de la esofagogastroscofia. La autora considera al igual que otros autores^{10, 11, 13} que es indudable que el conocimiento de la causa de la hemorragia condiciona la actitud terapéutica, por lo que recomendamos el abordaje endoscópico precoz de los enfermos sangrantes.

El mayor por ciento, con la realización del examen endoscópico, se demostró que la hemorragia fue provocada por úlceras pépticas duodenales, seguidas por la úlcera gástrica y posteriormente las úlceras de stress. Estos datos concuerdan con la mayoría de los autores revisados.^{4-7, 11, 15}

En los últimos años numerosa información ha sido publicada sobre diferentes aspectos del manejo de la hemorragia ulcerosa. El cuidado de los enfermos por un equipo multidisciplinario con conductas protocolizadas, nuevas terapias endoscópicas y/o el uso de altas dosis de bloqueadores de la bomba de protones (IBP), son algunos de los tópicos que han sido tratados. La cirugía ha experimentado cambios durante las últimas décadas haciéndose cada vez más conservadora, evidenciándose en este trabajo. Esto concuerda con similares estudios en centros en los que no se dispone de las alternativas endoscópicas terapéuticas.^{17, 18}

En cuanto a la estadía hospitalaria se observó que el mayor número de pacientes permaneció ingresado entre cinco y siete días. Esto es resultado de los problemas en el municipio durante el período analizado con la realización de las endoscopias, ya que no contamos con gastroenterólogo ni personal entrenado en la realización de la endoscopia y en los últimos años se realiza la misma después del ingreso.

Estudios realizados informan que la morbilidad y mortalidad del paciente con HDA se relaciona con ciertos factores de riesgo como la edad, la magnitud de la hemorragia, el resangrado durante la hospitalización, el origen de la hemorragia (sangrado arterial o venoso) y las enfermedades asociadas como alcoholismo, las coagulopatías y la inmunosupresión.^{12, 15, 17}

La letalidad en este estudio fue baja, dada por shock hipovolémico, complicación cardiopulmonar y falla en la sutura intestinal. El 100% de estos pacientes tenían más de 50 años y eran del sexo masculino, dato que también concuerda con lo reportado. De acuerdo con algunos informes, los factores de riesgo asociados de manera independiente con la mortalidad por HDA son la edad avanzada y las enfermedades concomitantes.^{11, 13, 18}

CONCLUSIONES

- La Hemorragia Digestiva Alta predominó en el sexo masculino y en el grupo de pacientes con 60 a 69 años.
- La úlcera duodenal, la gastroduodenitis y la hipertensión arterial fueron los antecedentes patológicos personales más frecuentes encontrados, así como el consumo de cigarrillos y de alcohol los hábitos tóxicos más frecuentes.
- La forma de presentación más relevante fue la melena en ambos sexos.
- La mayoría de los pacientes no tuvieron acceso a la endoscopia durante su hospitalización, lo que da lugar a la prolongada estadía encontrada.
- La causa endoscópica más frecuente de HDA fue la úlcera péptica duodenal.
- El mayor número de pacientes se trataron médicamente y hubo bajo porcentaje de mortalidad.

RECOMENDACIONES

- Garantizar un adecuado tratamiento y seguimiento a pacientes con diagnóstico de úlcera péptica, así como actuar sobre los factores de

riesgo tanto en la atención primaria como secundaria para disminuir la incidencia de la hemorragia digestiva alta.

- Capacitar a los cirujanos en la realización de la endoscopia diagnóstica y en los métodos de tratamiento a través de este proceder.

- Realizar endoscopía precoz a todos los pacientes que acudan al cuerpo de guardia con HDA por úlcera péptica con fines diagnósticos y terapéuticos, evaluando de este modo la magnitud del sangramiento, posibilidad de recidivas y la aplicación de un adecuado tratamiento endoscópico si este se requiere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldestein HI. Some notes on military medicine and surgery through the centuries. Rev Gast.1944;11:37-43.

2. Vallejo Nagera JA, Martínez Fornés S. La úlcera gastroduodenal: La enfermedad ulcerosa en los personajes de la historia. Barcelona: Ediciones Doyma, S.A.; 1987.

3. Terés J, Bordas JM, Bosch J. Hemorragia digestiva alta. Monografías clínicas en gastroenterología. Barcelona: Doyma; 1998.

- 4-Hierro González A, Jiménez Sánchez N. Sangrado digestivo alto. Comportamiento clínico en un grupo de pacientes. Rev Cubana Med. 2003; 42(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_4_03/med02403.htm [consultado: 10 febrero 2009].

5. Rollhauser C, Fleischer DE. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Endoscopy. 2004;36:52-58.

- 6-Cruz Alonso JR, Anaya González JL, Pampín Camejo LE, Pérez Blanco D, Lopategui Cabezas I. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital "Enrique Cabrera".Rev Cubana Cir 2008; 47(4) <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003474932008000400006&script=sci_artt ext> [consultado 5 de febrero de 2009].

7. Farreras Valentí, P: Medicina Interna. Tomo- I. 13a. Barcelona: Ediciones Doyma; 2003.
8. Hannah Davis P. Hospitalizations declining for digestive system bleeding. Sections: Public Health Education and Health Promotion. 2007.
9. Rego Hernández JJ, Leyva de la Torrell C, Pérez Sánchez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto. Hospital "Dr.Salvador Allende". Primer semestre 2006. Disponible en: http://www.google.com.cu/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=0CBcQFjAB&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Fcd%2Ffiles%2F2010%2F03%2Fsangramiento-digestivo.pdf&rct=j&q=Caracterizaci%C3%B3n%20cl%C3%ADnico-terap%C3%A9utica%20del%20sangramiento%20digestivo%20alto.%20Hospital%20%22Dr.%20Salvador%20Allende&ei=0vg1TcS4KsGAlAegpMjPBQ&usg=AFQjCNFMgwOgwT36eA_MlZO15BpeDkfOkg&cad=rja. Consultado: 5 de Octubre 2010.
10. Gómez Herrera W. Manejo inicial del sangrado digestivo. Revista médica de costa rica y Centroamérica. 2008;LXV(586):341-50.
- 11-Ibáñez AL, Baeza PC, Guzmán BS, Llanos LO, Zúñiga DA, Chlanale BJ, et. al. Tratamiento de la hemorragia digestiva alta de origen no variceal. Evaluación de 10 años de experiencias. Rev Chil Cir. 1998;50(4):370-8.
12. Garrido A., Márquez J. L., Guerrero F. J., Leo E., Pizarro M. A., Trigo C. Cambios en la etiología, resultados y características de los pacientes con hemorragia digestiva aguda grave a lo largo del periodo 1999-2005. Rev. esp. enferm. dig. [serial on the Internet]. 2007 May [citado 2009 Feb 23] ; 99(5): 275-279. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000500006&lng=en. doi: 10.4321/S1130-01082007000500006.
13. García A, Pardo G. Diagnóstico y conducta que se debe seguir en un sangramiento digestivo en Cirugía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

14. Rodríguez-Hernández H, Rodríguez-Morán M, González JL, Jáquez-Quintana JO. Factores de riesgo asociados a hemorragia de tubo digestivo alto y su mortalidad. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(2):179-84.
15. Miwa H, Sakaki N, Sugano K, Sekine H, Higuchi K, Uemura N. Recurrent peptic ulcers in patients following successful *Helicobacter pylori* eradication: a multicenter study of 4940 patients. *Helicobacter.* 2004;9(1):9-16.
16. Crespo Acebal L, Gil Manrique L, Padrón Sánchez A, *Rittoles Navarro A, Villa Valdés M.* Morbimortalidad por sangramiento digestivo alto en la Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Estudio en 365 pacientes. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias.* 2002;1(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie08102.htm. Consultado: 5 de octubre de 2009.
17. De la Mora Levy JG, Villagomez G, Sakai P. Manejo de la hemorragia del tubo digestivo alto. *Rev Gastroenterol Mex* 2006; 71(Suppl 2):28-35.
18. Cruz Alonso Juan Ramón, Anaya González Jorge Luís, Pampín Camejo Luís Enrique, Pérez Blanco Dora, Lopategui Cabezas Ileana. Mortalidad por sangrado digestivo alto en el Hospital «Enrique Cabrera». *Rev Cubana Cir [revista en la Internet].* 2008 [citado 2011 Ene 11]; 47(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000400006&lng=es.