

PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Primer premio de las Comunicaciones libres del Congreso de Salamanca

Autores

García Hernández P*, Castro Vizoso J**, Yudes Rodríguez E.***

*Enfermero. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

**Enfermera Voluntaria. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

***Auxiliar de Enfermería, Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Resumen

Entre las secuelas que presenta una repercusión más destacable tras un evento isquémico coronario se encuentra la Disfunción Eréctil (DE), su prevalencia en un Programa de Rehabilitación Cardíaca (PRC) ha inducido a la realización de este trabajo.

• Material y método: Estudio observacional descriptivo transversal de prevalencia de la DE, de 125 hombres entre 31 y 76 años de edad, incluidos en un PRC, desde julio a diciembre del 2006, aplicando el Sexual Health Inventory for Men (SHIM)¹. Las variables han sido: SHIM, edad, riesgo cardíaco, diagnóstico y estudios académicos.

• Resultados: La prevalencia de la DE fue de 82 pacientes (65,6%), con una edad media de 55,30, desviación típica 9,057, valorados según la edad en grupos decenales, de 31 a 40 años, de 7 pacientes 3 afectados, los rangos de 41 a 70 años, de 113 pacientes 74 afectados (65,49 %), y de 71 a 76 años, de 5 pacientes la afectación fue de 5 casos. Existiendo significación estadística (Shim: 24,553 - 0,123.edad. $p=0,035$). Según el riesgo fueron significativos para la relación riesgo bajo- moderado ($p=0,047$), y bajo-alto ($p=0,010$). No significación estadística ($p=0,249$) entre la DE (Shim) y el diagnóstico. Significativo para la relación primarios-universitarios con DE ($p=0,007$). Para la asociación edad –estudios académicos destaca la significación primarios-medios ($p=0,008$).

• Discusión-Conclusiones: Destaca la elevada prevalencia de la DE en un programa de PRC(65,6%), con aparición temprana (31 a 40 años), y siempre presente a partir de 71 años, así como la capacidad de las variables edad, el riesgo moderado y alto y los estudios académicos primarios para predecir la DE. En base a estos resultados el diseño de un Plan de Cuidados de Enfermería para la DE incluido en un PRC se hace evidente; atendiendo a los Diagnósticos de Enfermería (DdE): Disfunción sexual, Riesgo de intolerancia a la actividad, Trastorno de la autoestima, Déficit de conocimientos: enfermedad, Ansiedad ante la muerte.

Palabras clave: Disfunción Eréctil, Prevalencia, Estudios Transversales, Rehabilitación Cardíaca, Instituciones de cuidados especializados de enfermería, Enfermería en rehabilitación.

PREVALENCE OF ERECTILE DYSFUNCTION IN A PROGRAM OF REHABILITATION CARDIAC

Abstract

After acute coronary syndrome there is many consequences and one of these erectile dysfunction (ED). Its prevalence in a cardiovascular prevention and rehabilitation unit is the objective of this paper.

• Material and method: This is a transversal descriptive and observational study of prevalence of ED of 125 males between 31 to 76 years old, who is included in a program of cardiovascular rehabilitation, from July to December of 2006. We applied the Sexual Health Inventory for Men (SHIM). The variables were: Shim, age, cardiac risk, diagnosis and academic studies.

• Results: The prevalence of ED was 82 patients (65,6%) with a median age of 55,3 ± 9,057. If we study the cohort in decennial groups, from 31 to 40 there was 7 patients with 3 affected, the 41 to 70 there was 113 patients with 74 affected (65,49%) and from 71 to 76 all of 5 patients were affected. It was significant for Shim and age in lineal correlation (Shim: 24,553 - 0,123.age. $p=0,035$). It was significant for risk for the following couples: low-moderate ($p=0,047$), and low-high ($p=0,010$). There was no significance between SHIM and diagnosis.

We found significance between university studies and the others academic levels. For the association between age- academic level is important the result of primary and high school ($p=0,008$).

• Discussion-Conclusion: There is a high prevalence of ED in a unit cardiovascular prevention and rehabilitation, with and early manifestation of this and is always present in the oldest patients. There is important some variables like age moderate and high risk and primary school level for predict in ED.

In consequence of this is results, the design of Nurse's care plan for the ED in a unit of cardiovascular prevention and rehabilitation is obliged, attending for the following Nurse's Diagnostics: sexual dysfunction, risk of intolerance of activity, to hold in low esteem, low knowledge of the illness, anxiety for death.

Key words: Impotence, Prevalence, Studies Cross-sectional, Rehabilitation Cardiac, Skilled Nursing facilities, Rehabilitation nursing.

Enferm Cardiol. 2007; Año XIV (41): 53-59

Dirección para correspondencia

Pascual García Hernández. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Servicio de Cardiología.
Hospital Universitario San Cecilio. Granada, SAS.
C/. Santa Rosalía, 32, 3º A. 18007 Granada.
Correo electrónico: pascualgar@supercable.es

Introducción

La Disfunción Eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir y/o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud sexual como un derecho humano básico que incluye la capacidad para disfrutar y controlar la conducta sexual, así como la libertad para que las enfermedades orgánicas y otras deficiencias no interfieran con la función sexual ni reproductiva.²

Por infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable son hospitalizados más de 74.000 pacientes cada año en España³, la tasa de morbilidad hospitalaria en la cardiopatía isquémica fue de 350 por 100.000 habitantes y el 36% de las defunciones en España en el año 1999, fueron por enfermedades del sistema circulatorio, de las cuales por causa de enfermedad isquémica del corazón el 31%.⁴ Sólo con estos datos se justificaría la integración del mayor número posible de pacientes cardíacas en un PRC.⁵

Las enfermedades isquémicas del corazón son causa de un gran impacto físico y emocional, generando en el sujeto una gran ansiedad, debido al miedo a desarrollar un nuevo evento doloroso. Este miedo incide en el área de la sexualidad, afectando tanto al paciente como a su pareja. La repercusión de la enfermedad en la función sexual de los pacientes varones está descrita en porcentajes variables entre el 38 y el 78 % en prevalencia de la DE.⁶⁻⁷⁻⁸ En España, un 12,1% de los hombres de entre 25 y 70 años padecen DE, siendo la prevalencia según la edad del 3,92% para el rango de 25 a 39 años, de 6,32% entre 40 y 49 años, 15,9% para 50 a 59 años y de un 32,24% entre los 60 y 70 años.⁹ A la luz de estos datos se pone de manifiesto la necesidad de conocer la prevalencia de la DE en un PRC,

así como la posible asociación estadística, que es el objeto de este estudio, posteriormente y partiendo del análisis del mismo, permite el desarrollo de un Plan de Cuidados de Enfermería para la Disfunción Eréctil en un Programa de Rehabilitación Cardíaca.

Material y método

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de prevalencia de la DE en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario San Cecilio de Granada perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, y un análisis inferencial bivalente mediante los test Chi-cuadrado, Análisis de varianza-ANOVA y Regresión lineal. Los resultados se consideraron significativos si el nivel observado fue inferior a $p<0,05$, sobre un grupo de 125 pacientes varones, incluidos en el PRC, durante un periodo que abarca desde julio a diciembre de 2006, mediante el cuestionario auto administrado: Sexual Health Inventory for Men (SHIM)¹. El procesamiento estadístico se ha realizado mediante la aplicación SPSS v.14. Siendo las variables estudiadas: SHIM, edad, estratificación del riesgo, diagnóstico y estudios académicos, que se definen a continuación:

1. SHIM: cuestionario auto administrado, puntuación máxima 25 puntos, corte para el diagnóstico de disfunción eréctil ≤ 21 . (Figura 1)
2. Edad: comprendidas entre 31 y 76 años.
3. Estratificación de riesgo: Bajo, Moderado y alto.¹⁰ (Tabla 1)
4. Diagnóstico: Isquémicos y no isquémicos
5. Estudios académicos: Primarios, Medios y Universitarios.

La hipótesis nula (H_0): la DE (Shim) no presenta asociación a las variables edad, riesgo, diagnóstico, estudios académicos. La hipótesis alternativa (H_1): si existe dicha asociación.

Resultados

La prevalencia de la DE sobre los 125 pacientes incluidos en el estudio fue de 82 (65,6%) (Figura 2), con una edad media de 55,30, desviación típica 9,057 (Tabla 2), valorados según la edad en grupos decenales (Figura 3), destacando la elevada prevalencia de la DE en el rango de edad de 41 a 70 años, así como la aparición temprana en el rango de 31 a 40

años, y estando siempre presente a partir de los 71 años. Existe significación estadística con la variable edad mediante el estadístico regresión lineal (shim: 24,553 - 0,123.edad. $p=0,035$), con el Shim disminuyendo 0,123 por cada año. (Figura 4) El gráfico demuestra que cuanto más aumenta la edad más disminuyen los valores del SHIM y por tanto más Disfunción Eréctil.

En la estadística descriptiva de nuestros resultados (Tabla 3), aparece una tendencia al alza según aumenta el riesgo. Para la asociación establecida entre DE y riesgo mediante el estadístico análisis de la varianza-ANOVA los resultados fueron significativos para la relación riesgo bajo- moderado ($p=0,047$), y bajo-alto ($p=0,010$).

El recuento descriptivo para el diagnóstico expresa la elevada proporción de pacientes de etiología isquémica lógico en una unidad de Rehabilitación Cardiaca (Tabla 4), el análisis realizado con el estadístico Chi-cuadrado ofreció la no significación estadística ($p=0,249$) entre la DE (Shim) y el diagnóstico.

En lo referente a la formación académica la descriptiva es, primarios 50,4%, medios 23,2%, universitarios 26,4%, semejante a otro estudio en España¹¹, asociación entre la variable DE (Shim) y los estudios académicos la descriptiva de nuestros resultados (Tabla 5) destaca la elevada categoría de la variable estudios primarios, mediante el estadístico análisis de la varianza-ANOVA los resultados fueron significativo para la relación primarios-universitarios ($p=0,007$). Para la asociación edad –estudios académicos destaca la significación primarios-medios ($p=0,008$).

Discusión

En nuestro estudio destaca la elevada prevalencia de la DE, siendo de (65,6%) de 31-76 años en relación con otros estudios (12,1 %) de 25-70 años en España, Estudio disfunción eréctil masculina en España (EDEM)⁹, (50% incluye otras alteraciones sexuales) de 25-74 años en Cardiopatas en España por Maroto JM y cols⁷, (31%) de 18-59 años en Estados Unidos¹², (54%) 20-78 años en Venezuela¹³ (3,5%) de 40-50 años, (8-16%) a partir de los 60 años en Chile¹⁴, (9,7%) 18-40 años en México¹⁵, aunque las muestras no son totalmente homogéneas en cuanto a edad, número de casos descritos y test diagnósticos (IIEF, SHIM y otros) si son válidos para tomar una referencia clara de la prevalencia de la DE. Todos estos datos nos indican una mayor prevalencia de la DE en un PRC, incluso en rangos de edad más jóvenes 31-40 años comparándolo sobretodo con el Estudio EDEM realizado en nuestro país, donde las diferencias de prevalencia por rangos de edad son muy significativas, (descritos ambos grupos anteriormente), esta prevalencia mayor y de aparición más temprana viene dada no sólo por la influencia de la edad ⁷⁻⁹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵ (disminución valor SHIM de 0,123 puntos/año y a mayor edad más disminuyen los valores de SHIM), sino probablemente por los factores de

riesgo cardiológico⁹⁻¹³ y tratamiento⁹ (betabloqueantes, diuréticos, antidepresivos etc.) que no son motivo de este estudio.

En cuanto a la influencia del riesgo moderado y alto en la aparición de la DE, se hace evidente analizando los aspectos descritos en la Tabla 1. La significación estadística de asociación de riesgo bajo con moderado, y bajo con alto en relación con la DE es obvia, esto nos induce a valorar el riesgo moderado y alto como valor predictivo de la DE en nuestro PRC, así mismo hace destacar la importancia de la intervención temprana tras un evento cardiaco para mejorar su pronóstico-riesgo y como no su incorporación a la actividad laboral, social, sexual, etc.

El diagnóstico no presenta relevancia estadística sobre la DE, teniendo en cuenta que la muestra de no isquémicos fue pequeña (7 casos) con diagnóstico de: Disfunción ventricular moderada-severa, Insuficiencia cardiaca congestiva, valvulares, etc.) que nos remiten a un riesgo alto.

En la valoración académica existe correlación entre primarios y medios-universitarios, como sucede en otros estudios,⁹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵ posiblemente por una mayor edad media, así como por la condición social, actividad laboral, etc. que puedan condicionar una insatisfacción emocional y por ende sexual, así como la posible falta de afinidad al tratamiento o a las medidas de prevención primarias o secundarias de los factores de riesgo cardiaco.

Por consiguiente apoyándonos en todo lo expuesto el diseño de un Plan de Cuidados de Enfermería para la DE incluido en un PRC (Tabla 6) se hace indudable; atendiendo a los Diagnósticos de Enfermería (NANDA)¹⁶: Disfunción sexual, Riesgo de intolerancia a la actividad, Trastorno de la autoestima, Déficit de conocimientos: enfermedad, Ansiedad ante la muerte, y sus respectivos Resultados (NOC)¹⁷ aceptación estado de salud, control de síntomas, autoestima, conocimiento: medicación y control de ansiedad, e Intervenciones (NIC)¹⁸ asesoramiento sexual, precauciones cardiacas, potenciación de la imagen corporal, enseñanza: sexualidad, aumentar el afrontamiento.

Conclusiones

La conclusión más determinante es la mayor prevalencia de la disfunción eréctil en un programa de rehabilitación cardiaca que en la población en general; la importancia de ciertas variables para predecir la disfunción eréctil, como la edad, el riesgo moderado-alto y los estudios académicos primarios, así como el diseño de un Plan de Cuidados de Enfermería para la Disfunción Eréctil incluido en un Programa de Rehabilitación Cardiaca.

Referencias

1. RC Rosen1, JC Cappelleri, MD Smith, J Lipsky and BM Peña. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International J of Impotence Research*. 1999; 11 (6):319-326
2. Harlem Brundtland G. The World Health Report 1999. Disponible en línea en la siguientes dirección electrónica: http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA52/ew4.pdf (Consulta realizada: 31 de enero 2007).
3. Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55: 337-46
4. Villar F, Banegas JR, Donados J, Rodríguez F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2003. Sociedad Española de Arteriosclerosis SEA. Madrid: Ergón ;2003
5. García-Hernández P. Objetivos, intervenciones y perfil de enfermería en un programa de Rehabilitación Cardíaca. *Enferm Cientif*. 2004; may-jun. 266-267: 21-27.
6. De Busck R, Dorry Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel S et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol*. 2000; 86: 175-181.
7. Maroto JM. Disfunción sexual en el cardiopata. En: Maroto JM. Rehabilitación cardíaca. 1.ª ed. Barcelona: Ediciones Olalla; 1999. p. 525-531.
8. Díaz Cortina E. Actividad sexual en pacientes cardiopatas. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2002; 10(3): 106-108.
9. Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Sáez de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the epidemiología de la disfunción eréctil masculina study. *The Journal of Urology*. 2001; 166:569-575.
10. Artiago R. Planificación del entrenamiento físico. En: Maroto JM. Rehabilitación cardíaca. 1.ª ed. Barcelona: Olalla; 1999. p.271-286.
11. Jiménez P, Arribas B, Encinas A, Navarro F, San José L. Sexualidad y cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol*. 2000; 19: 34-38.
12. Laumann EO, Paik AMA, Raymond C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-544
13. Sucre G T, Szemat R, Di Capua T, Contreras Y, Marín JM, Palomino C, García F, Pino J, García M, Szemat R. Epidemiología de la disfunción sexual en Venezuela. *Rev Venezolana de Urología*. 2001; 47: 37-40.
14. Venegas JA, Baeza R. Prevalencia de disfunción Eréctil en Chile. *Rev Chilena de Urología*. 2004; 69(3):199-202.
15. Barroso Aguirre J, Ugarte Romano F, Pimentel Nieto D. Prevalencia de disfunción Eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum*. 200; 15(4):254-261.
16. NANDA. Diagnósticos enfermer os: definiciones y clasificación 2001-2002. Barcelona: Harcourt; 2002.
17. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 2.ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.
18. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 2002.

TABLAS

Tabla 1. Estratificación del riesgo.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO			
RIESGO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	RESULTADOS PRUEBAS	CAPACIDAD FÍSICA
BAJO	Edad < 50 años	No signos de isquemia	≥ 7 mets.
	Killip I	Fracción Eyección > 50%	
	No infarto previo	Respuesta normal de la TA con el ejercicio	
	Asintomático	No arritmias	
MODERADO	Edad > 50 años	Isquemia ligera con carga > 5 mets.	> 5 mets.
	Killip I o II	Fracción Eyección < 50%	
	No infarto previo	Elevación ligera de la TA con el ejercicio	
	Sintomatología leve	Arritmias de bajo riesgo	
ALTO	Killip II - III	Isquemia severa con baja carga	< 5 mets.
	Infarto previo	Fracción Eyección < 35%	
	Sintomatología con baja carga	Respuesta hipotensiva con el ejercicio	
		Arritmias malignas	

Tabla 2. Descriptivo Shim y Edad.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Shim - D. Eréctil	125	1	25	17,74	5,946
Edad	125	31	76	55,30	9,057

Tabla 3. Descriptivo de porcentajes según Riesgo.

Riesgo	Nº pacientes	Disfunción Eréctil	% Disfunción Eréctil
Bajo	59	33	55,93
Moderado	43	30	69,77
Alto	23	19	82,61

Tabla 4. Descriptivo de porcentajes según Diagnóstico.

Diagnóstico	Nº pacientes	Disfunción Eréctil	% Disfunción Eréctil
Isquémicos	118	76	64,40
No Isquémicos	7	6	85,71

Tabla 5. Descriptivo de porcentajes según Estudios Académicos.

Estudios académicos	Nº pacientes	Disfunción Eréctil	% Disfunción Eréctil
Primarios	63	49	77,78
Medios	29	18	62,07
Universitarios	33	15	45,45

Tabla 6. Plan de Cuidados de Enfermería para la Disfunción Eréctil en un Programa de Rehabilitación Cardíaca

Códigos	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA		RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC		INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC
		Códigos		Códigos	
00059	Disfunción sexual	0119	Funcionamiento sexual	5510	Educación sanitaria
00065	Patrones sexuales inefectivos	1815	Conocimiento: Funcionamiento sexual	5220	Asesoramiento sexual
		1300	Aceptación estado de salud		
00092	Intolerancia a la actividad	1608	Control de síntomas	4046	Cuidado cardíaco: rehabilitación cardíaca
00093	Fatiga			5380	Fomento de la seguridad
00094	Riesgo de intolerancia a la actividad			4050	Precauciones cardíacas
00118	Trastorno de la imagen corporal	1200	Imagen corporal	5220	Potenciación de la imagen corporal
00120	Baja autoestima: situacional	1201	Esperanza	5310	Dar esperanza
00124	Desesperanza	1205	Autoestima	5400	Potenciación de la autoestima
00126	Déficit de conocimiento: enfermedad	1808	Conocimiento: Medicación	5616	Enseñanza: Medicación prescrita
		1815	Conocimiento: Funcionamiento sexual	5629	Enseñanza: sexualidad
				5240	Asesoramiento
00146	Ansiedad				
00147	Ansiedad ante la muerte	1208	Nivel de depresión	5270	Apoyo emocional
00069	Afrontamiento individual inefectivo	1402	Control de la ansiedad	5820	Reducción ansiedad
		1404	Control del miedo	5230	Aumentar el afrontamiento
		1409	Control de la depresión		
		1300	Aceptación estado de salud		



REHABILITACIÓN CARDIACA

DIAGNOSTICO

EDAD

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERECTIL
CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA VARONES - SHIM**

FECHA ____ / ____ / ____ Iniciales paciente _____

		Muy Baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
		1	2	3	4	5
1. ¿Como clasificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección?						
2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual. ¿Con que frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?	Sin actividad sexual	Casi nunca/nunca	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	A veces (aproximadamente la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre/siempre
	0	1	2	3	4	5
3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	No intentó el acto sexual	Casi nunca/nunca	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	A veces (aproximadamente la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre/siempre
	0	1	2	3	4	5
4. Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?	No intentó el acto sexual	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	No difícil
	0	1	2	3	4	5
5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?	No intentó el acto sexual	Casi nunca/nunca	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	A veces (aproximadamente la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre/siempre
	0	1	2	3	4	5

Puntuación SHIM

Disfunción Eréctil (DE)* SI NO

*Se considera DE Puntuación SHIM ≤ 21

Tiempo de evolución de la DE años

Figura 1. Cuestionario Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

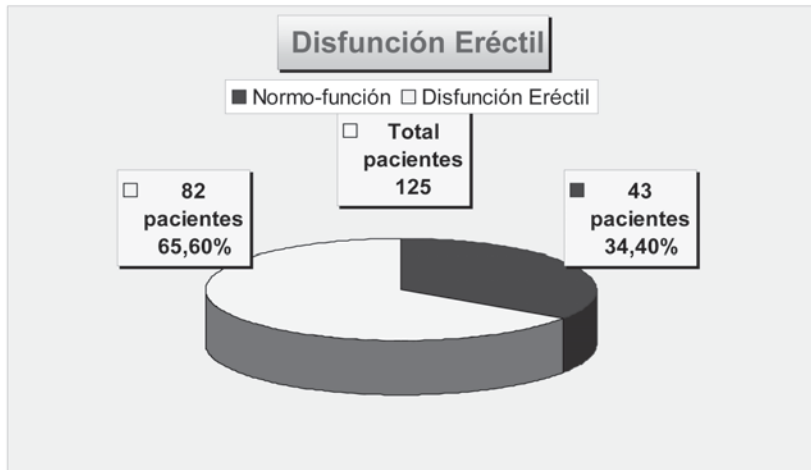


Figura 2. Prevalencia de la Disfunción Eréctil.

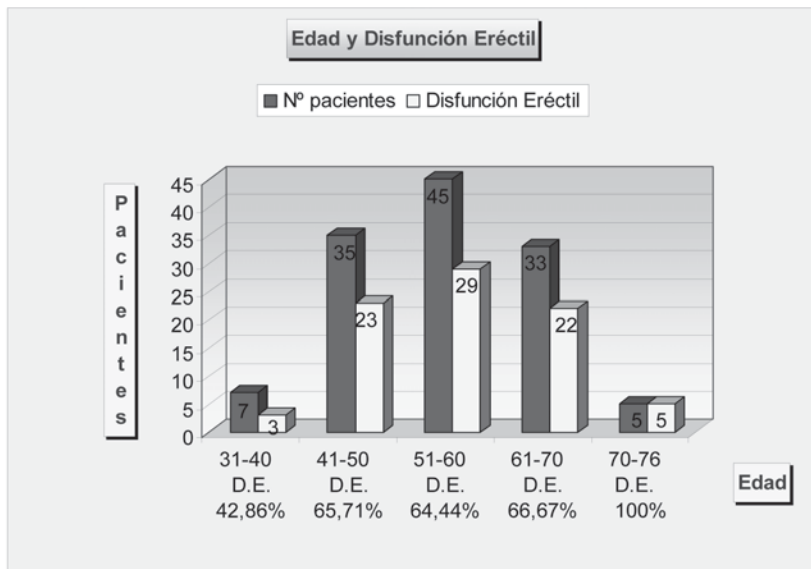


Figura 3. Edad y Disfunción Eréctil.

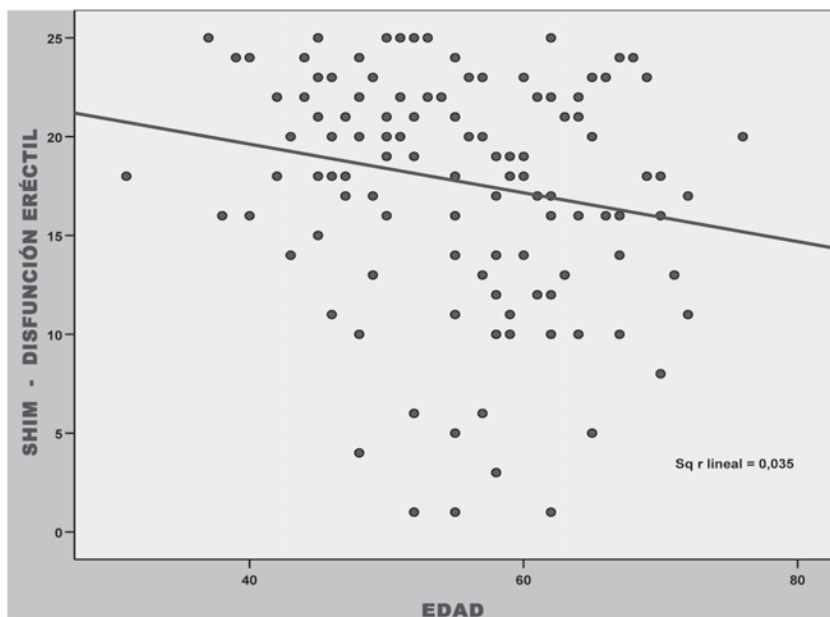


Figura 4. Correlación Disfunción Eréctil y Edad.