

CONFECCIÓN y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica constituye uno de los documentos más importantes dentro de la atención médica. Lamentablemente, es uno de los más descuidados en la práctica médica, cuando por considerarlo un simple registro no se lleva de manera ordenada o se escribe en él de modo ilegible, porque en general nunca se considera la posibilidad de alguna complicación.

Reviste tal importancia este documento que desde la *Asociación Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional* hemos ideado una serie de normas directoras que tienen como objeto sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo de la Historia Clínica que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Como es sabido, es obligatorio para los prestadores de servicios médicos integrar y conservar las historias clínicas, siendo los establecimientos solidarios responsables del cumplimiento de esta obligación en cuanto a su personal o al que preste servicios en los mismos.

Las historias clínicas son propiedad de la institución y el médico, así como de otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos que tal condición les impone, en forma ética y profesional. Sin embargo, otorgarán la información verbal y el resumen clínico que deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, la que deberá provenir siempre del paciente, representante legal o autoridad competente. La información contenida en la historia clínica será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente. Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como



**La mutual Argentina Salud
y Responsabilidad Profesional**

consecuencia de la asistencia médica brindada, deberán apegarse a la legislación vigente y deberán contener:

Nombre completo del paciente.

Edad.

Sexo.

Número de cama.

Número de historia clínica.

Todas las notas en la historia clínica deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora, debiendo expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, y conservarse en buen estado. El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación, será exclusivamente de carácter auxiliar para la historia clínica. En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en la historia clínica.

LA HISTORIA CLINICA DEBERA CONTENER:

- A) Historia Clínica de Internación.
- B) Historia Clínica de Guardia.
- C) Historia Clínica de Consultorios Externos.
- D) Otros documentos Complementarios.

A) HISTORIA CLINICA DE INTERNACIÓN:

SIN PERJUICIO DE LOS REGISTROS QUE CADA CASO PARTICULAR REQUIERA, LA MISMA DEBERA CONTEMPLAR LOS SIGUIENTES DATOS:

1.- De ingreso.

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

- Signos vitales;
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;
- Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Tratamiento;
- Pronóstico.

2.- Historia clínica.

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración



La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional

física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

- Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: Ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;
- Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio;
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos,
- Diagnósticos o problemas clínicos.

3.- Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y deberá contener:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Signos vitales;
- Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Diagnósticos presuntivos;
- Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;

4.- Traslado.

Cuando se traslade a un paciente a otro centro asistencial, deberá consignarse en la Historia Clínica en forma detallada lo siguiente:

- El estado general que el paciente presente inmediatamente antes de su traslado;
- Motivo del traslado;
- La fecha y hora en que se efectiviza el traslado;
- El nombre y domicilio completo de la empresa de ambulancias que realiza el traslado y el nombre del médico de la ambulancia.
- Si el traslado registró demora, dejar constancia de ello, consignando día y hora en que fue requerido, y día y hora en que fue efectivizado, como así también las distintas oportunidades en que fue reiterado el pedido, y el nombre completo de las empresas y/o organismos a las que se le efectuó la solicitud de traslado.
- Si se demora el traslado del paciente, hasta que concrete su derivación, el establecimiento asistencial deberá brindar toda la atención médica que esté a su alcance y deberá evaluar el estado general del paciente tantas veces como sea necesario, como así también, se deberán adoptar las medidas terapéuticas pertinentes.



La mutual **Argentina Salud**
y Responsabilidad Profesional

- Si en un plazo prudencial (de acuerdo a la gravedad o urgencia del caso), no se efectivizare el traslado del paciente, se deberá enviar una carta documento (o nota con constancia de recepción) a la Obra Social / Prepaga / o Institución correspondiente, explicando el cuadro y razones de la derivación solicitada del paciente, e instando su inmediata derivación al prestador correspondiente.
- Deberá intentarse que el paciente -o familiar a su cargo- consienta con su firma dichos registro de la historia clínica.

5.- Protocolo Prequirúrgico

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo:

- Fecha de la cirugía;
- Diagnóstico;
- Plan quirúrgico;
- Tipo de intervención quirúrgica;
- Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Cuidados y plan terapéutico preoperatorios;
- Pronóstico.

6.- Protocolo Preanestésico, vigilancia y registro anestésico.

Deberá elaborarla el anestésista que va a intervenir en el acto quirúrgico y deberá contener como mínimo:

- Fecha de la cirugía;
- Tipo de anestesia.
- Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Cuidados y plan terapéutico preanestésicos.

7.- Protocolo quirúrgico.

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, y deberá contener como mínimo:

- Diagnóstico preoperatorio;
- Operación planeada;
- Operación realizada;
- Diagnóstico post-operatorio;
- Descripción de la técnica quirúrgica;
- Hallazgos transoperatorios;
- Reporte de gasas y compresas;
- Incidentes y accidentes;
- Cuantificación de sangrado, si lo hubo;
- Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios;
- Ayudantes, instrumentistas y anestesiólogo,
- Estado post-quirúrgico inmediato;



La mutual **Argentina Salud**
y Responsabilidad Profesional

- Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato,
- Pronóstico;
- Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
- Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el que hacer médico; y
- Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

8.- Nota de interconsulta.

La solicitud deberá confeccionarla el médico cuando se requiera, **y quedará asentada en la historia clínica**. La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

- Criterios diagnósticos;
- Plan de estudios;
- Sugerencias diagnósticos y tratamiento; y
- Fecha y hora en que se otorga el servicio;
- Signos vitales;
- Motivo de la consulta;
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso;
- Diagnósticos o problemas clínicos;
- Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Tratamiento;
- Pronóstico.

9.- Nota de egreso.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

- Fecha de ingreso/egreso;
- Motivo del egreso;
- Diagnósticos finales;
- Resumen de la evolución y el estado actual;
- Manejo durante la estancia hospitalaria;
- Problemas clínicos pendientes;
- Plan de manejo y tratamiento;
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;
- Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Pronóstico;
- En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

10.- De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar

A- Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida



La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional

por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

- Habitus exterior
- Gráfica de signos vitales;
- Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;
- Procedimientos realizados;
- Observaciones.

11.- De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora del estudio;
- Identificación del solicitante;
- Estudio solicitado;
- Problema clínico en estudio;
- Resultados del estudio;
- Incidentes, si los hubo;
- Identificación del personal que realiza el estudio;
- Nombre completo y firma del personal que informa.

B) HISTORIA CLÍNICA DE GUARDIA O EN URGENCIAS:

Las atenciones dispensadas a pacientes que consultan por el Servicio de Guardia deberán ser registradas en un Libro foliado que especialmente el establecimiento debe llevar a tal efecto.

SIN PERJUICIO DE LOS REGISTROS QUE CADA CASO PARTICULAR REQUIERA, LA MISMA DEBERA CONTEMPLAR LOS SIGUIENTES DATOS:

1- Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

- Fecha y hora en que se otorga el servicio;
- Signos vitales;
- Motivo de la consulta;
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso;
- Diagnósticos o problemas clínicos;
- Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Tratamiento;
- Pronóstico.
- **Destino (domicilio, control por consultorios externos, etc.)**
- **Pautas de Alarma.**

2- Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, de acuerdo con su estado clínico. Describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);
- Signos vitales;
- Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Diagnósticos presuntivos;
- Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;
- **En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.**

3- Traslado.

Cuando se traslade a un paciente a otro centro asistencial, deberá consignarse en el Libro de Guardia en forma detallada lo siguiente:

- El estado general que el paciente presente inmediatamente antes de su traslado;
- Motivo del traslado;
- La fecha y hora en que se efectiviza el traslado;
- El nombre y domicilio completo de la empresa de ambulancias que realiza el traslado y el nombre del médico de la ambulancia.
- Si el traslado registró demora, dejar constancia de ello, consignando día y hora en que fue requerido, y día y hora en que fue efectivizado, como así también las distintas oportunidades en que fue reiterado el pedido, y el nombre completo de las empresas y/o organismos a las que se le efectuó la solicitud de traslado.
- Si se demora el traslado del paciente, hasta que concrete su derivación, el establecimiento asistencial deberá brindar toda la atención médica que esté a su alcance y deberá evaluar el estado general del paciente tantas veces como sea necesario, como así también, se deberán adoptar las medidas terapéuticas pertinentes.
- Si en un plazo prudencial (de acuerdo a la gravedad o urgencia del caso), no se efectivizare el traslado del paciente, se deberá enviar una carta documento (o nota con constancia de recepción) a la Obra Social / Prepaga / o Institución correspondiente, explicando el cuadro y razones de la derivación solicitada del paciente, e instando su inmediata derivación al prestador correspondiente.
- Deberá intentarse que el paciente -o familiar a su cargo- consienta con su firma dichos registro de la historia clínica.



La mutual **Argentina Salud**
y Responsabilidad Profesional

IMPORTANTE !!: EN CADA ATENCION POR GUARDIA SE DEBERA REGISTRAR SIEMPRE LOS DATOS COMPLETOS DEL PACIENTE, MOTIVO DE CONSULTA, EXAMEN FISICO, ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTO, DESTINO DEL PACIENTE Y EVNTUAL RECHAZO A QUEDAR INTERNADO. A FIN DE PODER DAR EFECTIVO CUMPLIMIENTO A LA NECESIDAD DE EFECTUAR LOS REGISTROS BASICOS DE CADA ATENCION EN GUARDIA, SUGERIMOS NO TRABAJAR CON LIBROS EN LOS QUE SE CUENTE CON UN PAR DE RENGLONES PARA REGISTRAR CADA ATENCION, SINO CON UN FORMATO QUE PERMITA PODER CONSIGNAR EN FORMA CLARA Y COMPLETA TODOS LOS DATOS, SIN NECESIDAD DE AGREGAR HOJAS AL LIBRO.

REGISTROS BÁSICOS DE LAS ATENCIONES POR GUARDIAS

Fecha y Hora.....

Nombre y Apellido:.....Edad.....

Obra Social/Pre Paga:.....

Motivo de Consulta:.....

Examen físico:.....

.....

Estudios solicitados:.....

.....

Diagnóstico presuntivo:.....

Tratamiento/pautas de alarma.....

.....

Evolución:

Internación en:.....Cama:.....

Derivación a:.....Hora.....Motivo.....

Control por Consultorios Externos:.....

Parte Policial Número/lugar radicación:.....

Otras especificaciones:

Firma y Sello del Médico

C) HISTORIA CLINICA DE CONSULTORIOS EXTERNOS.

SIN PERJUICIO DE LOS REGISTROS QUE CADA CASO PARTICULAR REQUIERA, LA MISMA DEBERA CONTEMPLAR LOS SIGUIENTES DATOS:

1.- Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnóstico, tratamientos, en el orden siguiente:

- Interrogatorio.- Deberá tener como mínimo: Ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;
- Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior (edad aparente, posición, facie, etc), signos vitales (pulso, temperatura, tensión arteria, frecuencia cardíaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;
- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio;
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Terapéutica empleada y resultados obtenidos,

2.- Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico **cada vez** que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico;
- Signos vitales;
- Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Diagnósticos presuntivos;
- Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;

3.- Nota de interconsulta.

La solicitud deberá confeccionarla el médico cuando se requiera, **y quedará asentada en la historia clínica**. La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

- Criterios diagnósticos;
- Plan de estudios;
- Sugerencias diagnósticos y tratamiento; y
- Fecha y hora en que se otorga el servicio;
- Signos vitales;
- Motivo de la consulta;
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso;
- Diagnósticos o problemas clínicos;



La mutual **Argentina Salud**
y Responsabilidad Profesional

- Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Tratamiento;
- Pronóstico.

4.- Traslado.

Cuando se traslade a un paciente a otro centro asistencial, deberá consignarse en la Historia Clínica de Consultorios Externos en forma detallada lo siguiente:

- El estado general que el paciente presente inmediatamente antes de su traslado;
- Motivo del traslado;
- La fecha y hora en que se efectiviza el traslado;
- El nombre y domicilio completo de la empresa de ambulancias que realiza el traslado y el nombre del médico de la ambulancia.
- Si el traslado registró demora, dejar constancia de ello, consignando día y hora en que fue requerido, y día y hora en que fue efectivizado, como así también las distintas oportunidades en que fue reiterado el pedido, y el nombre completo de las empresas y/o organismos a las que se le efectuó la solicitud de traslado.
- Si se demora el traslado del paciente, hasta que concrete su derivación, el establecimiento asistencial deberá brindar toda la atención médica que esté a su alcance y deberá evaluar el estado general del paciente tantas veces como sea necesario, como así también, se deberán adoptar las medidas terapéuticas pertinentes.
- Si en un plazo prudencial (de acuerdo a la gravedad o urgencia del caso), no se efectivizare el traslado del paciente, se deberá enviar una carta documento (o nota con constancia de recepción) a la Obra Social / Prepaga / o Institución correspondiente, explicando el cuadro y razones de la derivación solicitada del paciente, e instando su inmediata derivación al prestador correspondiente.
- **Deberá intentarse que el paciente -o familiar a su cargo- consienta con su firma dichos registro de la historia clínica.**

D) OTROS DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA HISTORIA CLINICA:

- Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. Enseguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

1. Consentimiento General de Internación: tener especialmente en cuenta las consideraciones que efectuamos en otro capítulo que forma parte de

este Manual, y Utilizar como base los instrumentos allí sugeridos, según corresponda en cada caso.

2.-Consentimiento Informado: Utilizar como base los instrumentos/modelos que se han acompañado.

El documento que instrumenta el consentimiento informado que otorga el paciente, FORMA PARTE DE LA HISTORIA CLINICA, y deberá contener como mínimo:

- Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento;
- Título del documento;
- Lugar y fecha en que se emite;
- Acto autorizado;
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva;
- Nombre completo y firma de los testigos.
- Los eventos mínimos que requieren de la utilización del consentimiento informado serán:
 - Procedimientos quirúrgicos;
 - Procedimientos que requieren anestesia general;
 - Ligadura de trompas y vasectomía;
 - Trasplantes;
 - Investigación clínica en seres humanos;
 - De necropsia hospitalaria;
 - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de moderado a alto riesgo;
 - Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

3.- Alta voluntaria del paciente.

- Se le deberá explicar al paciente los riesgos a los que se expone al decidir retirarse voluntariamente del establecimiento asistencial y abandonar su tratamiento. Hay que tratar de convencerlo para que desista de su deseo de retirarse de la Institución sin orden médica.
- Si no se logra convencer al paciente de que permanezca en la Institución, se le debe hacer firmar el formulario de rechazo del tratamiento (al paciente o representante legal), donde se deja constancia sobre los riesgos que implican su retiro sin estar en condiciones de alta. Utilizar modelos sugeridos que se acompañan en este manual.
- **Se deberá dejar asentado en la Historia Clínica el incidente, las acciones realizadas y si se niega a firmar el formulario de rechazo**



**La
mutual** **Argentina Salud**
y Responsabilidad Profesional

terapéutico. En este último supuesto, deben firmar dicho registro dos enfermeros o auxiliares que atestigüen la negativa del paciente a firmar el rechazo terapéutico.

4.- Hoja de notificación al Ministerio Público.

En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos judiciales, la hoja donde se registre dicho pedido de intervención, deberá contener:

- Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.
- Motivo y contenido de la comunicación.
- Nombre completo, domicilio y documento del paciente en cuestión.
- En el caso de tratarse de la notificación de enfermedades o cuadros de notificación obligatoria (muerte violenta o dudosa, enfermedades infecto-contagiosas, aborto provocado, etc), se debe consignar datos completos que involucre cada caso. Ej: enfermedades infecto contagiosas: la persona o animal enfermo y la fuente de infección; la fecha de iniciación probable; origen supuesto o comprobado; forma clínica de la enfermedad y todo otro dato que resulte de interés sanitario. En estos casos, también debe comunicarse a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia.

5.- Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica.

La realizará el médico conforme a los lineamientos que en su caso expida la autoridad sanitaria para la vigilancia epidemiológica.

6.- Notas de defunción y de muerte fetal.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

- Fecha de defunción;
- Motivo de la defunción;
- Diagnóstico final;
- Resumen de la involución y del estado final;
- Las causas de la muerte deben estar acorde al certificado de defunción
- Conclusiones del estudio de necropsia hospitalaria.
- De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en la historia clínica.

OBLIGACIÓN DE GUARDA Y CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA:

El plazo de conservación de las Historias Clínicas es de 15 (quince) años de acuerdo a lo prescripto por la Resolución de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, emitida con fecha 11 de septiembre de 1986. Idéntico plazo fija el Dec. 3280/90 de la Provincia de Buenos Aires. Sin perjuicio de lo que pueda resultar de otras normativas locales, aconsejamos cumplir con dicho plazo, pues si bien el plazo de prescripción de la responsabilidad médica de naturaleza contractual es de diez años, el mismo comienza a correr desde



La
mutual **Argentina Salud**
y Responsabilidad Profesional

la manifestación del daño, extremo que en ciertas ocasiones se produce tiempo después de concluida la atención médica en el establecimiento.

Asimismo recalcamos que el Establecimiento Asistencial siempre debe preservar bajo su guarda el original de la historia clínica, o en su caso, copia autenticada de la misma. En tal sentido resulta absolutamente desaconsejable remitir a las obras sociales y/o pre pagas el original al momento de facturar las prestaciones, pues al devenir el conflicto necesariamente debemos contar con el original de dicho instrumento (o copia autenticada cuando el mismo haya sido requerido por la justicia).

Con base en todo lo hasta aquí expuesto, se advierte la importancia de la historia clínica, no sólo como registro médico de atención, sino también como un documento de decisiva importancia a la hora de asumir la defensa del acto médico ante una demanda judicial, y sin perjuicio además de utilidad en enseñanza, investigación y evaluación administrativa.
