

## FISIOTERAPIA

---

### 268. DIFERENCIAS EN MUJERES CON EPOC POR EXPOSICIÓN AL HUMO DE LEÑA Y AL HÁBITO DE FUMAR

J. Betancourt-Peña

*Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte. Universidad del Valle.*

**Introducción:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) enfermedad que ha aumentado en todo el mundo siendo la principal causa de ella el consumo de cigarrillo. Sin embargo, a nivel mundial se usan biocombustibles tanto para calefacción de los hogares como para cocinar: esto ha hecho que la exposición a este tipo de contaminantes desencadene importantes índices de mortalidad y morbilidad. Objetivo. Describir las diferencias en la capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud en dos grupos de pacientes con EPOC, un grupo por exposición al humo de leña (EPOC-L) y otro grupo EPOC por hábito de fumar (EPOC-F).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo en dos grupos de pacientes con EPOC de diferente causa en el periodo comprendido de enero del 2014 a diciembre del 2015. Como criterio de inclusión el diagnóstico de EPOC se presentaba en mujeres con exposición mayor a 10 años al humo de leña (EPOC-L N = 10) o al hábito de fumar (EPOC-F N = 67) siendo clasificados mediante espirometría. Se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas, índice de Masa Corporal, disnea (MRC), capacidad funcional con el test de caminata de los 6 minutos (TC6M), ansiedad y depresión (Hads) y calidad de vida relacionada con la salud con el (SGRQ); se utilizó prueba t para muestras independientes con un valor-p menor a 0,05 como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se vincularon al estudio un total de 77 mujeres. La edad en el grupo EPOC-L fue  $72,9 \pm 11,6$  y en el grupo EPOC-F  $70,7 \pm 8,9$ . El 60% del grupo EPOC-L eran de estrato socioeconómico bajo y para el grupo EPOC-F el 46,3% de estrato medio. La espirometría mostró patrón obstructivo en ambos grupos y no se presentaron diferencias significativas entre los grupos; la disnea MRC media de  $3,1 \pm 1,5$  en grupo EPOC-L y  $3,09 \pm 1$  en grupo EPOC-F no presento diferencias. La distancia en el TC6M mostró una diferencia de  $26,9 \text{ metros} \pm 35,7$  a favor de EPOC-F valor-p = 0,49. En el cuestionario SGRQ no se encontraron diferencias entre los grupos, sin embargo el dominio Síntomas presentó el mayor compromiso para EPOC-L y el dominio Actividad para EPOC-F.

**Conclusiones:** Las características clínicas y de calidad de vida en ambos grupos son similares. No obstante, las características de pacientes con EPOC-L sugieren que son mujeres quienes se dedican a las labores del hogar generando mayor exposición al humo de leña con aumento en los síntomas que son evidenciados en el puntaje del SGRQ, lo anterior puede limitar el desempeño durante el TC6M que se ve reflejado en una menor distancia recorrida frente al grupo de EPOC-F.

### 269. CORRELACIÓN ENTRE PAR-Q & YOU Y ANTECEDENTES CARDIOPULMONARES FRENTE A LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CON DIVERSOS TIPOS DE CÁNCER DE ORIGEN PULMONAR

J.E. Moreno-Collazos

*Universidad Manuela Beltrán.*

**Introducción:** La actividad física se ha convertido en los últimos años como una herramienta terapéutica y mecanismo protector en el adul-

to mayor para disminuir el riesgo cardiopulmonar en usuarios con diversos tipos de cáncer que se encuentran en su fase paliativa. Objetivo: el presente trabajo busco determinar la evaluación de ingreso a un programa de fisioterapia cardiopulmonar por medio de la aplicación del cuestionario PARQ & YOU en un grupo de participantes adultos mayores con diversos tipos de cáncer de origen pulmonar y su relación con los factores de riesgo cardiovascular

**Material y métodos:** Se utilizó una prueba chi cuadrado de Pearson con el fin de determinar la posible asociación de las variables en relación a los antecedentes médicos y el disconfort frente a la práctica de actividad física vs el resultado del PAR-Q & YOU. Se realizó una regresión logística binaria con las variables que en el análisis mediante prueba chi- cuadrado.

**Resultados:** En la regresión logística se evidencio que los antecedentes cardiovasculares tiene 10,44 más veces influencia sobre la pertinencia de la aplicación del PAR-Q & YOU como un instrumento básico para el ingreso a programas de actividad física en la rehabilitación oncológica.

**Conclusiones:** La actividad física continua siendo un medio eficaz para prevenir las alteraciones de origen cardiopulmonar en los adultos mayores donde resulta necesario poder realizar cuestionarios de tamizaje de ingreso que permitan supervisar de manera controlada su participación con el fin de obtener los beneficios a nivel físico y mental del ejercicio físico regular en programas de rehabilitación oncológica. El tamizaje con el cuestionario PARQ and YOU permite tener certeza de los antecedentes de la práctica de la actividad física y su trazabilidad con los factores de riesgo cardiovascular en pacientes crónicos que asisten a programas de rehabilitación pulmonar en servicios de Oncología.

## 270. EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE KINESITERAPIA RESPIRATORIA EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD, DÍAS DE INTERNACIÓN Y ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

J. Vallejos<sup>1</sup>, M.G. Rodríguez-Álvarez<sup>1</sup>, F. Carvajal<sup>1</sup>, S. Bertozzi<sup>1</sup>, A. Tamayo<sup>1</sup>, G. Roda<sup>2</sup>, M. Riello<sup>1</sup>, S. Ressel<sup>1</sup>, H. Collazos<sup>1</sup>, A. Bairacliotti<sup>1</sup>, E. Avellaneda<sup>1</sup>, N. Naccarelli<sup>1</sup>, G. Vandaele<sup>1</sup>, M.G. Iurman<sup>2</sup> y W. Videtta<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Terapia Intensiva Hospital Municipal Eva Perón de Merlo. Buenos Aires. <sup>2</sup>Universidad Nacional del Oeste. Merlo. Buenos Aires.

**Introducción:** Los avances en el tratamiento de los pacientes críticos y los equipos interdisciplinarios permiten mejores resultados. Una herramienta de gran relevancia es la implementación de kinesioterapia respiratoria. Existen pocos estudios que evidencien la efectividad de su implementación. Objetivo: analizar el efecto de la aplicación de un protocolo de kinesioterapia respiratoria con disponibilidad de kinesiólogos 6 horas/d versus 24 horas/d, sobre la estadía en UTI, días de ARM y mortalidad.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte, retrospectivo y observacional. Se revisaron historias clínicas de dos periodos similares; junio-agosto 2014 (kinesiólogos 6 horas/día- Grupo A) versus junio-agosto 2015 (24 horas/día - Grupo B). El equipamiento tecnológico, número de médicos y enfermeras por cama y medicación utilizada fue similar en ambos periodos. Criterios de exclusión: < 18 años, puérperas, enfermedad terminal, estancia en UTI < 72 horas y negativa de consentimiento. Se registró APACHE II, SOFA, permanencia en UTI (días), permanencia en ARM (días), sobrevida (cantidad de pacientes dados de alta de la UTI y/o trasladado a otro centro). Se aplicó método de varianza no paramétrico de Kruskal Wallis para el análisis de permanencia en UTI y días de ARM, el método de Kaplan Meier para diferencia en la supervivencia desde el ingreso y chi cuadrado de Pearson para el análisis de mortalidad. Software Infostat versión 2016.

**Resultados:** Se revisaron 123 historias clínicas, 90 (73%). Grupo A versus Grupo B: 66,6% vs 57,7% de hombres, edad promedio 57 años (DE: 16,82) vs 54 (DE: 11,1) años, APACHE II 24,91 (DE: 8,71) vs 26,76 (DE:

9,4), SOFA promedio: 8,44 (DE 4,17) vs 9,11 (DE 3,79). Permanencia en UTI Grupo A; 15,36 días (DE: 11,3) vs Grupo B 16,49 días (DE: 15,72); días de ARM 14,18 (DE: 11,1) vs 12,02 (DE: 10,39), mortalidad 37% vs 25%, respectivamente. La disponibilidad de kinesiólogos/24 horas no tuvo efecto sobre la permanencia de los pacientes en UTI (H: 0,1; p = 0,75), ni en los días de ARM (H: 1,24; p = 0,26), si en la reducción de la mortalidad, 37 versus 25% (p < 0,01).

**Conclusiones:** Se demostró una reducción significativa de la mortalidad. Se requiere realizar más estudios.

## 271. RELAÇÃO ENTRE A FUNÇÃO PULMONAR, CAPACIDADE FUNCIONAL E A ATIVIDADE FÍSICA DIÁRIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ASMÁTICOS

E.P. Silva<sup>1</sup>, R.S. Scalco<sup>1</sup>, T.P.S. Rodrigues<sup>1</sup>, D.V.B. Cano<sup>1</sup>, J.R.P. Selman<sup>1</sup>, M.M. Reimberg<sup>1</sup>, D. Solé<sup>2</sup>, G.F. Wandalsen<sup>2</sup>, S. Dal Corso<sup>1</sup> e F.C. Lanza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Nove de Julho. <sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo.

**Introdução:** A asma é uma doença prevalente na infância e, sua cronicidade, pode levar a alterações na capacidade funcional. Justifica-se esse estudo pela escassez na determinação do nível de capacidade funcional e de atividade física na vida diária (AFVD) nessa população. O objetivo foi correlacionar a função pulmonar, a AFVD, e a capacidade funcional em crianças e adolescentes asmáticos.

**Material e métodos:** Foram avaliados 37 indivíduos asmáticos (26 meninos), com idade entre 7-15 anos, em acompanhamento médico, classificados como Step 3 e 4 segundo GINA, parcial ou totalmente controlados segundo ACT (Teste de Controle da Asma): asma controlada pontuação  $\geq 20$ ; asma não bem controlada pontuação entre 16-19. A função pulmonar avaliada pela espirometria: CVF, VEF1, VEF1/CVF e FEF25-75. O nível de AFVD foi avaliado por acelerometria durante 7 dias e avaliados SLPA (tempo em sedentarismo e em baixa atividade física), MVPA (tempo em moderado e alto nível de atividade física) e número de passos/dia (NP). A capacidade funcional foi avaliada pelo Shuttle Walk teste incremental (SWTI), tendo como desfecho a distância percorrida (DP). O protocolo foi realizado em duas visitas. Na primeira foi realizada a espirometria, o SWTI e a entrega do acelerômetro. Na segunda foram aplicados os questionários de controle da asma e foi devolvido o acelerômetro. As correlações foram feitas pelos testes de Pearson e Spearman de acordo com a distribuição. Considerada significância estatística quando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** A média da idade foi de  $11 \pm 2$  anos, CVF:  $105 \pm 14\%$ prev; VEF1:  $100 \pm 15\%$ prev; VEF1/CVF:  $88 \pm 8\%$ prev; FEF25-75%:  $96 \pm 58\%$ prev. Vinte e um voluntários foram classificados como asma controlada, e dezesseis como asma não bem controlada. A maior parte do tempo permaneceram sedentários: SLPA 97(95-98)%, MVPA 3(2-5)%; e a média do NP foi de  $7548 \pm 2530$ . A DP no SWTI foi  $83 \pm 15\%$ previsto. Não houve correlação significante entre o nível de AFVD e a função pulmonar ( $r = 0,11$ ,  $p = 0,48$ ). O mesmo com a DP e a função pulmonar (CVF:  $r = 0,14$ ,  $p = 0,38$ ; VEF1:  $r = 0,30$ ,  $p = 0,06$ ) e com as AFVD (MVPA:  $r = -0,21$ ,  $p = 0,90$ ; SLPA:  $r = 0,21$ ,  $p = 0,90$ ).

**Conclusões:** Embora a asma seja uma doença crônica, pacientes classificados como moderado/grave que estejam com a doença controlada ou parcialmente controlada não apresentam correlação da função pulmonar com capacidade funcional e níveis AFVD.

## 272. COMPARAÇÃO DAS RESPOSTAS FISIOLÓGICAS ENTRE DOIS TESTES DE CARGA CONSTANTE: CICLOERGÔMETRO E DEGRAU

J. Rodrigues Junior, A. Luppó, D. Amaral, F. Lanza e S. Dal Corso

Universidade Nove de Julho.

**Introdução:** O teste de exercício de carga constante (TECC) geralmente é usado para avaliar resposta a intervenções, mas seu uso é

limitado na prática clínica (hospital e domicílio). O teste do degrau pode ser uma alternativa viável para avaliar a capacidade de exercício nesses ambientes devido à sua portabilidade. No entanto, não há nenhum teste de carga constante em degrau para avaliar o limite de tolerância (Tlim) ao exercício em pacientes com DPOC. O objetivo do estudo é comparar as respostas fisiológicas entre um teste do degrau endurance (TDE) com o TECC e testar a reprodutibilidade do TDE.

**Material e métodos:** Foram incluídos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) clinicamente estáveis, não dependentes de oxigênio no repouso. O TDE foi realizado com 80% do número de degraus obtido no teste do degrau incremental limitado por sintomas (TDI). O Tlim desejado foi estabelecido entre 3 e 8 minutos. Se o Tlim durasse menos do que 3 min, o TDE foi repetido com 70% do número de degraus obtido no TDI e se durasse mais de 8 minutos era repetido com 90%. O ritmo do TDE foi cadenciado por sinais sonoros previamente gravados em um CD. O TDE foi repetido em até 72 horas para análise de reprodutibilidade. A comparação entre os grupos foi realizada com o teste ANOVA de uma via, a reprodutibilidade pelo test t de Student pareado e o intervalo de confiança 95%. Um  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

**Resultados:** Foram avaliados 18 pacientes com DPOC (16 homens, 68 ± 8 anos, VEF1 47 ± 14% previsto, escala MRC modificada 2,7 ± 1,1). O primeiro e segundo TDE 80% foram reprodutíveis [média das diferenças -72 ± 133 (IC95%: -2,95 a 0,78)] assim como o TDE 90% [média das diferenças 32 ± 98 (IC95%: 0,86 a 0,99)].

**Conclusões:** O teste do degrau endurance apresenta respostas fisiológicas semelhantes ao TECC em cicloergômetro em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. O TDE mostrou-se reprodutível ao ser repetido em até 72 horas. Conflitos de interesse: não há.

### 273. TÉCNICAS DE AUMENTO DE LA TOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR Y VENTILACIÓN NO INVASIVA

R. Vera-Urbe, R. Torres-Castro, G. Villarroel, L. Vasconcello, M. Barros-Poblete, J. Rosales-Fuentes, R. Valenzuela, P. Pontoni y R. Paiva Reinerio

*Programa Nacional de Ventilación Domiciliaria. Unidad de Respiratorio. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago de Chile. Unidad de Respiratorio. Ministerio de Salud Chile. Santiago de Chile.*

**Introducción:** En las enfermedades neuromusculares (ENM), la debilidad progresiva de los músculos respiratorios genera alteraciones en el mecanismo de la tos. Los pacientes requieren de ventilación mecánica no invasiva (VNI) en etapas más avanzadas. Existen técnicas manuales e instrumentales para mejorar la tos en ENM, pero no se ha estudiado lo suficiente en usuarios de VNI. Nuestro objetivo fue comparar el pico de flujo de tos (PFT) con el uso de diferentes técnicas de aumento de la tos en pacientes con ENM y VNI.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en pacientes con ENM ingresados en el programa nacional de ventilación no invasiva del Ministerio de Salud de Chile. Se excluyeron los pacientes traqueotomizados y no colaboradores. Medimos el PFT en cinco técnicas: tos con asistencia manual (AM), respiración glossofaríngea (RGF), Insuflación con bolsa de reanimación manual (AS), uso de VNI con 30 cmH<sub>2</sub>O de IPAP (VNI30) y uso de in-exsuflación mecánica (IEM), y se comparó con la tos espontánea. Para el análisis estadístico se utilizó ANOVA y se consideró una diferencia significativa un  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se reclutaron 19 pacientes, 63% hombres (n = 12). Todos los pacientes tuvieron un buen nivel de colaboración para realizar las

técnicas. La edad promedio fue de 17 ± 2,3 años. Los diagnósticos fueron: distrofia muscular de Duchenne 52,6%, atrofia muscular espinal tipo II 15,7%, distrofia muscular Ulrich 10,5% y otros 21%. El PFT basal fue de 227 ± 96 l/min. Para las diferentes técnicas el PCF fue: AM 264 ± 98 L/min ( $p = 0,08$ ), RGF 276 ± 98 L/min ( $p = 0,004$ ), AS 321 ± 101 L/min ( $p < 0,001$ ), VNI30 308 ± 102 l/min ( $p < 0,001$ ), IEM 294 ± 116 l/min ( $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** En pacientes con enfermedades neuromusculares y ventilación no invasiva, todas las técnicas para asistir la tos, excepto la asistencia manual, demostraron el aumento significativo del PFT. Las técnicas más efectivas fueron insuflación con bolsa de reanimación manual y el uso de ventilación mecánica no invasiva.

### 274. RETRACCIÓN DE CADENAS MIOFASIALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

S. Larrateguy, J. Colobig y L. Larrateguy

*Universidad Adventista del Plata. Centro Privado de Medicina Respiratoria. Hospital de la Baxada.*

**Introducción:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza con una limitación persistente del flujo aéreo. Uno de los aspectos más relevantes es la hiperinsuflación, que modifica la cadena muscular respiratoria limitando la espiración. Según la bibliografía consultada, no se encontraron investigaciones que evalúen la prevalencia de retracciones en las cadenas miofasciales en los pacientes con EPOC. El objetivo del estudio fue determinar cuál es la prevalencia de las retracciones de las cadenas miofasciales. Secundariamente correlacionar la severidad de obstrucción al flujo de los pacientes EPOC con el grado de retracción de las cadenas miofasciales.

**Material y métodos:** Población: Pacientes mayores de 40 años, con diagnóstico de EPOC con al menos una semana de estabilidad clínica. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, por cuotas. Variables: grado de obstrucción medido por el VEF1 según GOLD y grado de retracción de cadenas miofasciales basado en el método de Reeducción de las Cadenas Miofasciales. Esta consiste en tomar una fotografía y se observa el grado de retracción. Análisis estadístico: se utilizó el chi cuadrado para analizar las variables.

**Resultados:** Se incluyeron 71 pacientes con EPOC (27 mujeres y 44 hombres) con una edad promedio de 68 años. Se observó que todos los pacientes tenían algún grado de retracción. En 36 pacientes (50,7%) la cadena miofascial suspensoria se encontraba retraída en un grado muy severo y en 34 pacientes (47,9%) la cadena miofascial inspiratoria estaba retraída en un grado severo. Al correlacionar el grado de obstrucción de las vías aéreas y el grado de retracción de las cadenas miofasciales, se observaron los siguientes resultados: 17 pacientes tuvieron un grado de obstrucción de las vías aéreas muy severa; de los cuales 16 (94,1%) de ellos, cursaba con retracción miofascial muy severa de la cadena suspensoria. Se encontró que hubo asociación estadísticamente significativa entre el grado de obstrucción de las vías aéreas y el grado de retracción miofascial de la cadena suspensoria ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En esta muestra de pacientes con EPOC las retracciones de las cadenas tienen una alta prevalencia, siendo las más comprometidas la cadena suspensoria y la cadena inspiratoria en grado muy severo y severo respectivamente. Los pacientes con mayor obstrucción al flujo aéreo presentaron mayor severidad de retracciones en la cadena suspensoria.

## 275. TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E REPRODUTIBILIDADE DO BRONCHIECTASIS HEALTH QUESTIONNAIRE (BHQ) PARA USO EM PACIENTES ADULTOS COM BRONQUIECTASIA. RESULTADOS PRELIMINARES

A. Luppó<sup>1</sup>, S.S. Birring<sup>2</sup>, A. José<sup>1</sup>, S.A.R. de Castro<sup>1</sup>, A.R. Athanazio<sup>3</sup>, Z.S. Rached<sup>3</sup>, R. Stelmach<sup>3</sup> e S. Dal Corso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa Pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Universidade Nove de Julho. São Paulo. Brasil <sup>2</sup>Division of Asthma. Allergy and Lung Biology. Faculty of Life Sciences and Medicine. King's College London. London. UK. <sup>3</sup>Divisão Pulmonar. Instituto do Coração-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil.

**Introdução:** A bronquiectasia (BQT) é uma doença respiratória crônica que afeta a qualidade de vida (QV) dos pacientes. Os instrumentos que avaliam a QV na BQT são extensos, necessitando de tempo razoável para sua aplicação. O Bronchiectasis Health Questionnaire (BHQ) avalia a QV dos pacientes com BQT de forma breve, prática e gera uma pontuação final única. Objetivo: traduzir, validar e testar a reprodutibilidade do BHQ para a população brasileira.

**Material e métodos:** Estudo transversal, cuja versão original do BHQ foi traduzida para o português, sendo realizadas as adaptações cultural e conceitual. O BHQ foi aplicado em 10 pacientes para verificar as dificuldades e nível de compreensão das perguntas, com ajustes em caso de não entendimento. Posteriormente foi realizada a tradução retrógrada, aprovada pelo autor do questionário original. Após a tradução, o questionário foi aplicado em 30 pacientes (10 homens, idade  $43 \pm 10$  anos, MRCm [mediana (intervalo interquartil): 1,5 (1,0-2,0)], E-FACED  $3 \pm 2$ , VEF1  $47 \pm 14\%$ prev). Na primeira visita, foi aplicado o primeiro BHQ (BHQ-1) e o questionário de QV Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Após 7 a 14 dias, foi aplicado o segundo BHQ (BHQ-2). Os pacientes realizaram espirometria e shuttle walk test incremental (SWTI) e responderam à escala de dispneia Medical Research Council modificada (MRCm). A gravidade da BQT foi avaliada pelo E-FACED. Normalidade dos dados: Shapiro-wilk. Reprodutibilidade: Coeficiente de correlação intraclasse (CCI) e análise de Bland-Altman. Validade concorrente: correlação de Pearson (dados paramétricos) e Spearman (não paramétricos) com escores do BHQ e SGRQ.  $p < 0,05 =$  significativa.

**Resultados:** O BHQ demonstrou forte consistência interna [coeficiente alfa de Cronbach: 0,93] com média das diferenças = -0,04 (intervalo de confiança 95%: -9,56 - 9,48), e excelente coeficiente de correlação intraclasse (CCI: 0,86 [IC95%: 0,84 - 0,96],  $p < 0,0001$ ). Foram encontradas correlações entre o BHQ e sintomas ( $r = -0,67$  e  $p < 0,001$ ), atividade ( $r = -0,70$  e  $p < 0,001$ ), impacto ( $r = -0,42$  e  $p = 0,020$ ) e escore total ( $r = -0,67$  e  $p < 0,001$ ) do SGRQ e a dispneia (MRCm,  $r = -0,56$  e  $p = 0,001$ ). Não foram observadas correlações com SWTI, espirometria e E-FACED.

**Conclusões:** O BHQ é reprodutível e válido para avaliar o impacto da BQT na QV de pacientes brasileiros.