



www.cardiol.br

Arquivos Brasileiros de **CARDIOLOGIA**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
ISSN-0066-782X Volume 99, Nº 2, Supl. 2, Agosto 2012

RESUMO DAS COMUNICAÇÕES

XI CONGRESSO BRASILEIRO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

GRAMADO - RS



Arquivos Brasileiros de CARDIOLOGIA

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - Publicada desde 1948

DIRETOR CIENTÍFICO

Luiz Alberto Piva e Mattos

EDITOR-CHEFE

Luiz Felipe P. Moreira

EDITORES ASSOCIADOS

CARDIOLOGIA CLÍNICA

José Augusto Barreto-Filho

CARDIOLOGIA CIRÚRGICA

Paulo Roberto B. Evora

CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Pedro A. Lemos

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA/CONGÊNITAS

Antonio Augusto Lopes

ARRITMIAS/MARCAPASSO

Maurício Scanavacca

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NÃO-INVASIVOS

Carlos E. Rochitte

PESQUISA BÁSICA OU EXPERIMENTAL

Leonardo A. M. Zornoff

EPIDEMIOLOGIA/ESTATÍSTICA

Lucia Campos Pellanda

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Paulo Cesar B. V. Jardim

ERGOMETRIA, EXERCÍCIO E

REABILITAÇÃO CARDÍACA

Ricardo Stein

PRIMEIRO EDITOR (1948-1953)

† Jairo Ramos

CONSELHO EDITORIAL

Brasil

Adib D. Jatene (SP)
Alexandre A. C. Abizaid (SP)
Alfredo José Mansur (SP)
Álvaro Avezum (SP)
Amanda G. M. R. Sousa (SP)
André Labrunie (PR)
Andrei Sposito (DF)
Angelo A. V. de Paola (SP)
Antonio Augusto Barbosa Lopes (SP)
Antonio Carlos C. Carvalho (SP)
Antônio Carlos Palandri Chagas (SP)
Antonio Carlos Pereira Barretto (SP)
Antonio Cláudio L. Nóbrega (RJ)
Antonio de Padua Mansur (SP)
Ari Timerman (SP)
Armênio Costa Guimarães (BA)
Ayrton Klier Péres (DF)
Ayrton Pires Brandão (RJ)
Barbara M. Ianni (SP)
Beatriz Matsubara (SP)
Braulio Luna Filho (SP)
Brivaldo Markman Filho (PE)
Bruce B. Duncan (RS)
Bruno Caramelli (SP)
Carisi A. Polanczyk (RS)
Carlos Alberto Pastore (SP)
Carlos Eduardo Negrão (SP)
Carlos Eduardo Rochitte (SP)
Carlos Eduardo Suaide Silva (SP)
Carlos Vicente Serrano Júnior (SP)
Celso Amodeo (SP)
Charles Mady (SP)
Claudio Gil Soares de Araujo (RJ)
Cleonice Carvalho C. Mota (MG)
Dalton Valentim Vassallo (ES)
Décio Mion Jr (SP)
Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Dikran Armaganjian (SP)
Djair Brindeiro Filho (PE)
Domingo M. Braile (SP)
Edmar Atik (SP)
Edson Stefanini (SP)
Elias Knobel (SP)
Eliudem Galvão Lima (ES)
Emilio Hideyuki Moriguchi (RS)
Enio Buffolo (SP)

Eulógio E. Martinez F^o (SP)
Evandro Tinoco Mesquita (RJ)
Expedito E. Ribeiro da Silva (SP)
Fábio Sândoli de Brito Jr. (SP)
Fábio Vilas-Boas (BA)
Fernando A. P. Morcerf (RJ)
Fernando Bacal (SP)
Flávio D. Fuchs (RS)
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca (SP)
Francisco Laurindo (SP)
Francisco Manes Albanesi F^o (RJ)
Gilmar Reis (MG)
Gílson Soares Feitosa (BA)
Inês Lessa (BA)
Iran Castro (RS)
Ivan G. Maia (RJ)
Ivo Nesralla (RS)
Jarbas Jakson Dinkhuysen (SP)
João Pimenta (SP)
Jorge Ilha Guimarães (RS)
Jorge Pinto Ribeiro (RS)
José A. Marin-Neto (SP)
José Antonio Franchini Ramires (SP)
José Augusto Soares Barreto Filho (SE)
José Carlos Nicolau (SP)
José Geraldo de Castro Amino (RJ)
José Lázaro de Andrade (SP)
José Péricles Esteves (BA)
José Teles Mendonça (SE)
Leopoldo Soares Piegas (SP)
Luís Eduardo Rohde (RS)
Luiz A. Machado César (SP)
Luiz Alberto Piva e Mattos (SP)
Lurildo Saraiva (PE)
Marcelo C. Bertolami (SP)
Marcia Melo Barbosa (MG)
Marco Antônio Mota Gomes (AL)
Marcus V. Bolívar Malachias (MG)
Maria Cecilia Solimene (SP)
Mario S. S. de Azeredo Coutinho (SC)
Maurício I. Scanavacca (SP)
Maurício Wajngarten (SP)
Max Grinberg (SP)
Michel Batlouni (SP)
Nabil Ghorayeb (SP)
Nadine O. Clausell (RS)
Nelson Souza e Silva (RJ)

Orlando Campos Filho (SP)
Otávio Rizzi Coelho (SP)
Otoni Moreira Gomes (MG)
Paulo A. Lotufo (SP)
Paulo Cesar B. V. Jardim (GO)
Paulo J. F. Tucci (SP)
Paulo J. Moffa (SP)
Paulo R. A. Caramori (RS)
Paulo R. F. Rossi (PR)
Paulo Roberto S. Brofman (PR)
Paulo Zielinsky (RS)
Protásio Lemos da Luz (SP)
Renato A. K. Kalil (RS)
Roberto A. Franken (SP)
Roberto Bassan (RJ)
Ronaldo da Rocha Loures Bueno (PR)
Sandra da Silva Mattos (PE)
Sergio Almeida de Oliveira (SP)
Sérgio Emanuel Kaiser (RJ)
Sergio G. Rassi (GO)
Sérgio Salles Xavier (RJ)
Sergio Timerman (SP)
Sílvia H. G. Lage (SP)
Valmir Fontes (SP)
Vera D. Aiello (SP)
Walkiria S. Avila (SP)
William Azem Chalela (SP)
Wilson A. Oliveira Jr (PE)
Wilson Mathias Jr (SP)

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira (Portugal)
Alan Maisel (Estados Unidos)
Aldo P. Maggioni (Itália)
Cândida Fonseca (Portugal)
Fausto Pinto (Portugal)
Hugo Grancelli (Argentina)
James de Lemos (Estados Unidos)
João A. Lima (Estados Unidos)
John G. F. Cleland (Inglaterra)
Maria Pilar Tornos (Espanha)
Pedro Brugada (Bélgica)
Peter A. McCullough (Estados Unidos)
Peter Libby (Estados Unidos)
Piero Anversa (Itália)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

Presidente

Jadelson Pinheiro de Andrade

Vice-Presidente

Dalton Bertolim Prêcoma

Diretor Administrativo

Marcelo Souza Hadlich

Diretora Financeira

Eduardo Nagib Gaudi

Diretor de Relações Governamentais

Daniel França Vasconcelos

Diretor de Comunicação

Carlos Eduardo Suaide Silva

Diretor de Qualidade Assistencial

José Xavier de Melo Filho

Diretor Científico

Luiz Alberto Piva e Mattos

Diretor de Promoção de Saúde

Cardiovascular - SBC/Funcor

Carlos Alberto Machado

Diretor de Relações

Estaduais e Regionais

Marco Antonio de Mattos

Diretor de Departamentos

Especializados

Gilberto Venossi Barbosa

Diretor de Tecnologia da Informação

Carlos Eduardo Suaide Silva

Diretor de Pesquisa

Fernando Bacal

Editor-Chefe Arquivos Brasileiros de

Cardiologia

Luiz Felipe P. Moreira

Editor do Jornal SBC

Fábio Vilas-Boas Pinto

Coordenador do Conselho de Projeto

Epidemiológico

David de Pádua Brasil

Coordenadores do Conselho de Ações Sociais

Alvaro Avezum Junior

Ari Timerman

Coordenadora do Conselho de Novos

Projetos

Gláucia Maria Moraes Oliveira

Coordenador do Conselho de Aplicação de

Novas Tecnologias

Washington Andrade Maciel

Coordenador do Conselho de Inserção do

Jovem Cardiologista

Fernando Augusto Alves da Costa

Coordenador do Conselho de Avaliação da

Qualidade da Prática Clínica e Segurança

do Paciente

Evandro Tinoco Mesquita

Coordenador do Conselho de

Normatizações e Diretrizes

Harry Correa Filho

Coordenador do Conselho de Educação

Continuada

Antonio Carlos de Camargo Carvalho

Comitê de Atendimento de Emergência e

Morte Súbita

Manoel Fernandes Canesin

Nabil Ghorayeb

Sergio Timerman

Comitê de Prevenção Cardiovascular

Antonio Delduque de Araujo Travessa

Sergio Baiocchi Carneiro

Regina Coeli Marques de Carvalho

Comitê de Planejamento Estratégico

Fabio Sândoli de Brito

José Carlos Moura Jorge

Walter José Gomes

Comitê de Assistência ao Associado

Maria Fatima de Azevedo

Mauro José Oliveira Gonçalves

Ricardo Ryoshim Kuniyoshi

Comitê de Relações Internacionais

Antonio Felipe Símão

João Vicente Vitola

Oscar Pereira Dutra

Presidentes das Estaduais e Regionais da SBC

SBC/AL - Alfredo Aurelio Marinho Rosa

SBC/AM - Jaime Giovany Arnez Maldonado

SBC/BA - Augusto José Gonçalves de Almeida

SBC/CE - Eduardo Arrais Rocha

SBC/CO - Hernando Eduardo Nazzetta (GO)

SBC/DF - Renault Mattos Ribeiro Junior

SBC/ES - Antonio Carlos Avanza Junior

SBC/GO - Luiz Antonio Batista de Sá

SBC/MA - Magda Luciene de Souza Carvalho

SBC/MG - Maria da Consolação Vieira Moreira

SBC/MS - Sandra Helena Gonsalves de Andrade

SBC/MT - José Silveira Lage

SBC/NNE - Aristoteles Comte de Alencar Filho (AM)

SBC/PA - Claudine Maria Alves Feio

SBC/PB - Alexandre Jorge de Andrade Negri

SBC/PE - Silvia Marinho Martins

SBC/PI - Ricardo Lobo Furtado

SBC/PR - Álvaro Vieira Moura

SBC/RJ - Gláucia Maria Moraes Oliveira

SBC/RN - Carlos Alberto de Faria

SBC/RS - Justo Antero Sayão Lobato Leivas

SBC/SC - Conrado Roberto Hoffmann Filho

SBC/SE - Eduardo José Pereira Ferreira

SBC/SP - Carlos Costa Magalhães

SBC/TO - Adalgele Rodrigues Blois

PRESIDENTES DOS DEPARTAMENTOS ESPECIALIZADOS E GRUPOS DE ESTUDOS

SBC/DA - Hermes Toros Xavier (SP)

SBC/DCC - Evandro Tinoco Mesquita (RJ)

SBC/DCM - Orlando Otavio de Medeiros (PE)

SBC/DCC/CP - Estela Suzana Kleiman Horowitz (RS)

SBC/DECAGE - Abrahão Afiune Neto (GO)

SBC/DEIC - João David de Souza Neto (CE)

SBC/DERC - Pedro Ferreira de Albuquerque (AL)

SBC/DFCVR - José Carlos Dorsa Vieira Pontes (MS)

SBC/DHA - Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

SBC/DIC - Jorge Eduardo Asséf (SP)

SBC/SBCCV - Walter José Gomes (SP)

SBC/SBHCI - Marcelo Antonio Cartaxo Queiroga Lopes (PB)

SBC/SOBRAC - Adalberto Menezes Lorga Filho (SP)

SBC/DCC/GAPO - Daniela Calderaro (SP)

SBC/DCC/GECETI - João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

SBC/DCC/GEECABE - Luis Claudio Lemos Correia (BA)

SBC/DCC/GECEG - Carlos Alberto Pastore (SP)

SBC/DCP/GECEP - Angela Maria Pontes Bandeira de Oliveira (PE)

SBC/DERC/GECEP - Daniel Jogaib Daher (SP)

SBC/DERC/GECEP - José Roberto Nolasco de Araújo (AL)

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA

Volume 99, Nº 2, Agosto 2012

Indexação: ISI (Thomson Scientific), Cumulated Index Medicus (NLM), SCOPUS, MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed



Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

www.arquivosonline.com.br

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial deste suplemento:

SBC - Núcleo Interno de Publicações

Produção Gráfica e Diagramação

deste suplemento:

Novo Conceito Eventos

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço: www.arquivosonline.com.br.



Filiada à Associação
Médica Brasileira

APOIO



Ministério da
Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia





Resumo das Comunicações

***XI CONGRESSO BRASILEIRO DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA***

GRAMADO - RS

26884

Teste ergoespirométrico na insuficiência cardíaca associado a fibrilação atrial em uso de b-bloqueador

IRAM SOARES TEIXEIRA NETO, JULIANA F C BELLÍ, FABIOLA M F SILVA, MIGUEL M F SILVA, PAULO R CHIZZOLA, EDIMAR A BOCCHI, ALINE TAVARES, RAFAEL E CASTRO, GUILHERME V GUIMARÃES.

InCor HCFMUSP São Paulo SP BRASIL e LAtIS-CEPEUSP São Paulo SP BRASIL.

Fundamento: Fibrilação atrial (FA) permanente, está relacionada com a diminuição da capacidade física e piores prognósticos quando associada a portadores de IC. A utilização de terapia Betabloqueadora está correlacionada com aumento da capacidade funcional na IC. Entretanto esse aumento não é tão evidente em portadores de IC com FA, quando comparados com pacientes em ritmo sinusal. **Objetivo:** Avaliar as variáveis cardiopulmonares em portadores de FA permanente em uso de terapia betabloqueadora. **Métodos:** 43 pacientes com tratamento farmacológico otimizado, 23 com FA permanente (sexo, masculino; idade, 54±8 anos; NYHA classe, I-III; IMC, 27±3, FEVE, 27±6% e etiologia: 8 isquêmicos e 15 não-isquêmicos) e 20 em ritmo sinusal (sexo, 5 feminino; idade, 50±8 anos; NYHA classe, I-III; IMC, 29±6, FEVE, 31±6% e etiologia: 6 isquêmicos e 14 não-isquêmicos). Todos os pacientes foram submetidos a teste ergoespirométrico. **Resultados:** Não foram evidenciadas diferenças significativas na idade, etiologia, FEVE, NYHA classe, Frequência cardíaca (FC) (bpm) no repouso e pico; pressão arterial sistólica e diastólica (mmHg) no repouso e no pico; pulso de O₂ (ml O₂/bpm); VE (l/min); tempo de exercício (min) e slope VE/VCO₂ entre pacientes com fibrilação atrial permanente e ritmo sinusal. Diferenças significativas no pico VO₂ (16.9±3.5 vs. 20.6±4.6 ml/kg/min, p=0.04) e delta da FC (57±9 vs 43±6, p=0.04) foram notadas quando comparadas entre pacientes com fibrilação atrial permanente vs ritmo sinusal, respectivamente. **Conclusão:** Pacientes portadores de Fibrilação Atrial permanente associada com IC apresentaram redução no pico de VO₂ e delta da FC aumentada quando comparados aos pacientes em ritmo sinusal. O aumento da intolerância ao exercício e do delta da FC em pacientes portadores de Fibrilação Atrial permanente associada com IC indica uma maior ativação do sistema simpático e menor débito cardíaco pela perda da contração atrial mesmo em uso de terapia betabloqueadora.

26915

Miocardite com choque cardiogênico como manifestação inicial de lúpus eritematoso sistêmico

SILMEIA GARCIA ZANATI, RAFAEL TERRIBILLI, DANIELISO RENATO FUSCO, RODRIGO BAZAN, THIAGO VIEIRA RODRIGUES, FABRIZIO EDUARDO BUCCI, JOÃO CARLOS HUEB, KATASHI OKOSHI, BEATRIZ BOJKIAN MATSUBARA.

Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp Botucatu SP BRASIL.

Fundamento: Choque cardiogênico é uma complicação rara e potencialmente fatal da miocardite lúpica. A miocardite pode apresentar febre, dispnéia, dor no peito, taquicardia, sopros cardíacos, cardiomegalia, edema periférico, alterações no segmento ST-T ao eletrocardiograma (ECG) e disfunção ventricular esquerda ao ecocardiograma. **Relato de caso:** Paciente de 30 anos, feminina, branca, procurou atendimento médico devido dispnéia e dor precordial há uma semana, apresentando-se com hipotensão e taquicardia. O ECG mostrou supradesnivelamento do segmento ST em todas derivações, sendo realizada trombólise com estreptoquinase e encaminhada a paciente ao HC-FMB-UNESP. Foi admitida em ventilação mecânica e hemodinamicamente instável. A radiografia de tórax mostrou cardiomegalia e congestão pulmonar. O ecocardiograma evidenciou derrame pericárdico e disfunção sistólica ventricular esquerda grave. A coronariografia foi normal. Feito diagnóstico de miopericardite e iniciado suporte hemodinâmico com balão intra-aórtico, noradrenalina e dobutamina. A paciente manifestou artrite em joelhos e anisocoria. Os exames FAN e anti-DNA foram positivos. A tomografia de crânio revelou múltiplas áreas de hipodensidade cortico-subcortical e a arteriografia cerebral evidenciou padrão de vasculite nas artérias cerebrais. Portanto, com o diagnóstico de miopericardite lúpica, a terapia imunossupressora (metilprednisolona e ciclofosfamida) foi iniciada com melhora clínica evidente. No vigésimo oitavo dia recebeu alta hospitalar com o ecocardiograma mostrando reversão completa de todas as alterações. A paciente permanece assintomática até hoje, em seguimento ambulatorial. **Conclusão:** A miocardite aguda relacionada ao lúpus eritematoso sistêmico pode causar uma condição médica grave, porém reversível e deve ser suspeitada em pacientes de risco.

26924

Alterações de composição corporal durante internação por insuficiência cardíaca descompensada

ALVES, F D, RIES, L, SOUZA, G C, ROHDE, L E, CLAUSELL, N O, BIOLO, A.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre RS BRASIL e Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL.

Fundamento: A insuficiência cardíaca descompensada (ICD) é associada à presença de fadiga e anorexia, além disso, ingestão alimentar reduzida e hipermetabolismo associados a essa condição aguda podem resultar em alterações da composição corporal. A avaliação de peso, embora útil no seguimento desses pacientes, não diferencia as alterações que ocorrem nos diferentes compartimentos corporais. **Objetivo:** Avaliar a variação intra-hospitalar de fadiga e anorexia e de parâmetros de composição corporal durante hospitalização por ICD. **Delineamento:** Estudo de coorte prospectivo. **Pacientes:** Adultos (>18 anos) hospitalizados com diagnóstico clínico de ICD e Boston > 8, sem insuficiência renal significativa (Cr>2,5 mg/dL), sem marcapasso ou cardiodesfibrilador implantável. **Métodos:** Percepção de fadiga e anorexia foram avaliados por questionários específicos. Os parâmetros de composição corporal foram: peso, índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço (CB) e abdominal (CA) e bioimpedância elétrica com medida de massa gorda (MG) e massa livre de gordura (MLG). Todas as avaliações feitas em até 36h da admissão e na alta hospitalar. **Resultados:** Os 40 pacientes analisados tiveram média de idade de 62±12 anos, 65% eram homens, fração de ejeção de 25±8%, etiologia isquêmica em 52%, mediana de 8,5 (5,2-13,7) dias de internação, 53% apresentavam anorexia e 97% fadiga. Durante a hospitalização, houve melhora significativa na sensação de fadiga (p<0,001) e na anorexia (p=0,013). Os pacientes tinham percentual de gordura de 21,3% (16,6-28,5), adequado para idade e sexo, e também eram eutróficos pelo IMC. Durante a internação houve redução de peso total de 6,2kg, com variações opostas nos diferentes compartimentos: redução de 7,2kg de MLG (refletindo a perda hídrica) e um aumento de 1,1kg de MG. Valores de CA e CB reduziram significativamente. **Conclusão:** Durante a internação por ICD houve uma melhora significativa na fadiga e anorexia. A avaliação com bioimpedância revela alterações opostas nos diferentes compartimentos corporais: perda mais acentuada de massa livre de gordura (às custas de líquidos) do que aquela avaliada pelo peso, e aumento de massa gorda, possivelmente refletindo melhor ingestão e controle do estado catabólico.

26926

Prevalência e impacto clínico de caquexia cardíaca em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada

ALVES, F D, RIES, L, SOUZA, G C, ROHDE, L E, CLAUSELL, N O, BIOLO, A.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre RS BRASIL e Hospital de Clínicas de Porto Alegre Porto Alegre RS BRASIL.

Fundamento: A caquexia cardíaca é uma complicação grave da insuficiência cardíaca crônica. Critérios diagnósticos propostos em 2008 permitem sua melhor caracterização, mas ainda não foram avaliados em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada (ICD). **Objetivo:** Determinar a prevalência de caquexia em pacientes com ICD e seu impacto no tratamento e prognóstico destes pacientes. **Delineamento:** Estudo de coorte prospectivo. **Pacientes:** Adultos hospitalizados com ICD e Boston >8, com até 36 horas de internação, sem insuficiência renal (Cr>2,5 mg/dL). **Métodos:** Caquexia foi definida como: perda de peso de ≥ 5% em 12 meses, mais 3 dos seguintes critérios: diminuição da força muscular (dinamometria manual), fadiga e anorexia (questionários específicos), baixa massa livre de gordura (MLG, circunferência muscular do braço) e alteração bioquímica: anemia (hemoglobina <12mg/dl), proteína C reativa (PCR) >5mg/l ou albumina <3,2 g/dl. Os pacientes foram acompanhados durante a internação e por 6 meses pós-alta. **Desfechos:** tempo de hospitalização, internação em unidade intensiva, óbito intra-hospitalar, re-hospitalização ou óbito em 6 meses. **Resultados:** Os 40 pacientes incluídos tinham média de idade de 62±12 anos, 65% eram homens, fração de ejeção de 25±8%, etiologia isquêmica em 52% e mediana de 8,5(5,2-13,7) dias de internação. A prevalência de caquexia foi 47%; destes, 42% tinham baixa MLG, 27% tinham perda de força muscular, 68% anorexia e 97% fadiga. Dos exames bioquímicos: 47% tinham anemia, 84% PCR elevada e 21% albumina baixa. Os pacientes com caquexia tinham BNP mais elevado (165±1184 vs 1000±846 pg/mL; p=0,05) e maior prevalência de perfil hemodinâmico C (32% vs 0%; p=0,007). Também tiveram uma tendência de mais dias de internação (13±9 vs 9±6 dias; p=0,06) e maior necessidade de internação em unidade intensiva (53% vs 9%; p=0,003). Morte ou re-hospitalização ocorreu em 63% dos pacientes caquéticos vs. 33% dos não-caquéticos (p=0,06). **Conclusão:** Em pacientes internados por ICD encontramos uma elevada prevalência de caquexia cardíaca e essa condição parece estar associada a maior gravidade na apresentação da doença e pior prognóstico em médio prazo.