

XXVII JORNADA DE CARDIOLOGIA

D E F E I R A D E S A N T A N A

23^{de}
Agosto/19

SEXTA
MANHÃ

07:30 – 08:20 **INSCRIÇÕES**

08:20 – 08:30 **ABERTURA**

08:30 – 09:50 **MESA REDONDA -** DAC: ANÁLISE DE CONDUTAS E PRÁTICAS QUESTIONÁVEIS.

Análise crítica de procedimentos e intervenções com benefícios controversos ou não comprovados

08:30 – 08:45 **Intervenção coronária percutânea em indivíduos assintomáticos e com boa função ventricular esquerda.**

08:45 – 09:00 **Abertura tardia de artéria relacionada ao infarto em pacientes assintomáticos.**

09:00 – 09:15 **Rastreamento de DAC com testes funcionais/anatômicos em indivíduos assintomáticos de baixo risco.**

09:15 – 09:30 **Testes funcionais em indivíduos assintomáticos após angioplastia coronariana com sucesso.**

09:30 – 09:50 **Discussão**

09:50 – 10:20 **APARECEU NAS REDES SOCIAIS: É FATO OU FAKE?**

Detalhes e esclarecimentos sobre informações veiculadas em mídias sociais pertinentes à atuação do cardiologista.

09:50 – 09:58 **Associação de hidroclorotiazida e risco de câncer de pele: qualidade das evidências e análise das repercussões.**

09:58 – 10:06 **Identificação de fraudes no ensaio clínico ARISTÓTELE (apixabana) pelo FDA: o que houve? Existe impacto clínico?**

10:06 – 10:14 **Brasileiros desenvolvem molécula para o tratamento da insuficiência cardíaca: o que foi descoberto?**

10:14 – 10:20 **ANVISA recolheu lotes contaminados de losartana e valsartana: o que ocorreu e que devo fazer na prática?**

10:20 – 10:40 **COFFEE BREAK**

10:40 – 11:30 **PERGUNTA AO ESPECIALISTA -** PERGUNTAS E RESPOSTAS RÁPIDAS SOBRE ARRITMIAS

- 1-O que é necessário para liberação de atletas amadores?
- 2-Síncope: quando o teste de inclinação é útil para meu paciente e quando indicar internamento?
- 3-FA aguda: cardioverter logo ou aguardar?
- 4-Conceito e manejo da FA subclínica
- 5-DOACs em situações especiais: insuficiência renal, trombo atrial, plaquetopênicos, pós stent
- 6-AVC embólico de origem indeterminada: visão do arritmologista sobre investigação e anticoagulação
- 7-Quando indicar oclusão do apêndice atrial?
- 8-Pacientes com DCEI: o que eles podem e não podem fazer?
- 9-Quando ressincronizar e qual o melhor método? CDI associado?
- 10-CDI em chagas: quando indicar?

11:30 – 12:30 **MESA REDONDA -** QUANDO INDICAR CORREÇÃO DE DEFEITOS VALVARES GRAVES EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

11:30 – 11:40 **Estenose aórtica**

11:40 – 11:50 **Insuficiência aórtica**

11:50 – 12:00 **Estenose mitral**

12:00 – 12:10 **Insuficiência mitral**

12:10 – 12:30 **Discussão**

12:30 - 13:30 **SIMPÓSIO SATÉLITE**

23^{de}
Agosto/19

SEXTA
TARDE

14:00 – 15:20 **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA** - MESA REDONDA

14:00 – 14:15 Impacto do exercício sobre a capacidade funcional

14:15 – 14:30 Papel da Ivabradina, trimetazidina e digital na ICFER em ritmo sinusal

14:30 – 14:45 Revascularização miocárdica na insuficiência cardíaca

14:45 – 15:00 Miocardiopatia induzida por arritmia

15:00 - 15:20 Discussão

15:20 – 15:40 **COFFEE BREAK**

15:40 – 16:10 **MINICONFERÊNCIA:** Conflitos de interesses entre médicos, sociedades médicas e a indústria farmacêutica

16:10 – 17:30 **DISCUSSÃO DE MINI CASOS REAIS**
É POSSÍVEL MELHORAR RESULTADOS EM NOSSOS PACIENTES?

16:10 – 16:50

M.C.P.M, 64a, 65Kg, IAM set/18, DM2, DAC multiarterial ineleável para intervenção, IC com FEVE 30%. Uso de AAS 100, clopidogrel 75, Atorvastatina 40, Candesartana 32, carvedilol 25 (2x), espironolactona 25, Trimetazidina 35 (2x), Nitrato 20mg (2x), Dapaglifozina/reforminha 5/1000 e insulina NPH. Assintomática. ECG BRE 0,16s TA: 120/70 FC: 88 LDL 114.

- Questões iniciais:**
- 1) Modificar o tratamento do LDL?
 - 2) FC merece abordagem? Aumentar BB, adicionar Ivabradina?
 - 3) CDI e ressincronização estaria indicado?
 - 4) Sacubitril seria uma opção?
 - 5) Antidiabético oral está adequado?
 - 6) Perguntas da platéia

16:50 – 17:30

U.L.C, homem, 59a, HAS, com IAM sem supra 2016 e revascularização completa, angina estável, disfunção erétil, FEVE 49%. Uso de AAS 100, Rosuvastatina 20, Bisoprolol 5, Losartana 100, nitrato 10 (2x). Dores em pernas sem evidências de DAOP. ECG com PR 0,26, ECO hipocinesia inferior inferior, LDL 54, CPK 890. TA: 123/74 FC: 55.

- Questões iniciais:**
- 1) Dores e CPK sugerem mudança na terapia para LDL? O que fazer?
 - 2) Mantem angina. Como melhorar esquema antianginoso?
 - 3) BB e disfunção erétil: o que fazer?
 - 4) BB e prolongamento do PR: o que fazer?
 - 5) Como abordar disfunção erétil no cardiopata?
 - 6) Como abordar a IC com FEVE intermediária?
 - 7) Perguntas da plateia

17:30 – 18:30 **SIMPÓSIO SATÉLITE**

24^{de}
Agosto/19

SÁBADO
MANHÃ

08:30 – 09:50 **MESA REDONDA - IMAGEM CARDIOVASCULAR**

08:30 – 08:45 Deformidade miocárdica: significado e importância clínica do strain

08:45 – 09:00 O papel do teste ergométrico no cenário atual da investigação da dor torácica

09:00 – 09:15 Angiotomografia é superior aos métodos funcionais de imagem na avaliação da dor torácica?

09:15 – 09:30 Ressonância na investigação de cardiomiopatias sem etiologia e pesquisa de viabilidade

09:30 - 09:50 Discussão

09:50 - 10:20 **MINI CONFERÊNCIA**

10:20 - 10:40 **COFFEE BREAK**

10:40 - 12:30 **CASO CLÍNICO 1 e 2**

12:30 **ENCERRAMENTO**