

RESÚMENES DE CONFERENCIAS

RESÚMENES DE CONFERENCIAS PRE-CONGRESO (CP)

1CP. VIH/SIDA LECCIONES APRENDIDAS. Wendy Karly Moncada Navas. Medicina Interna, Infectología. VIH/SIDA. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Instituto Nacional cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

En el 2011, se estimó que 34.2 millones de personas en el mundo vivían con VIH. Y que cada años, hay alrededor de 2.7 millones de nuevas infecciones. Hay una necesidad urgente de prevención de VIH efectiva. Ya que se conoce que el riesgo de contagio en el período de infección aguda por VIH es mayor. Más de 80% de los adultos infectados con VIH se infectaron a través de exposición de membranas mucosas y el 20% por inoculaciones percutáneas o intravenosas. Independientemente de la ruta de transmisión, el tiempo de aparición de marcadores virales en el huésped es generalmente uniforme y sigue un patrón ordenado ya conocido y estudiado. Inmediatamente después de la exposición y transmisión, el virus se replica en la mucosa, submucosa y pasa al tejido linforeticular. El virus no puede detectarse en plasma durante la fase de eclipse o período de ventana, que por lo general dura 7-21 días. El período entre el contagio y el inicio de síntomas en la infección aguda es de 2 a 4 semanas. Del 10-60% de los pacientes puede no presentar síntomas. La constelación de síntomas se conocen como síndrome retroviral agudo e incluye: fiebre linfadenopatías, odinofagia, rash, mialgias, artralgias, cefalea, úlceras mucocutáneas, síntomas gastrointestinales, meningitis aséptica, encefalopatía, tos seca y otros síntomas inespecíficos. Este es un período de rápida replicación viral e infección de las células CD4, los niveles de RNA viral es típicamente muy alta (mayor de 100, 000 copias/ml). Puede haber elevación de las enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia. Se debe de hacer diagnóstico diferencial con Virus de Epstein Barr, Citomegalovirus, Mononucleosis infecciosa, sífilis, hepatitis viral y otras infecciones virales. El diagnóstico por detección de HIV RNA. Siempre se debe preguntar por exposición de riesgo reciente. Hay controversias sobre el tratamiento.

2CP. CANDIDEMIA: ACTUALIDADES Y MANEJO. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

Las candidas son hongos (levaduras) que viven en el suelo, en el reino vegetal y animal, y son comensales del tracto gastro-intestinal y de la piel de los seres humanos. Existen más de 150 especies, y solo un pequeño número produ-

ce enfermedad invasiva en los humanos, sobresaliendo *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parasilopsis*, *C. guilliermondii*, *C. glabrata* y *C. krusei*, etc., cuyas distribuciones epidemiológicas varían entre los países templados y tropicales. La candidemia que es sinónimo de invasión al torrente sanguíneo, es la segunda causa de infección nosocomial después de las bacterianas, constituyéndose en un problema de salud creciente en muchos hospitales del Mundo, particularmente los de atención terciaria. Generalmente es difícil de diagnosticar y genera hospitalizaciones prolongadas, con tasas de prevalencia de entre 14% y 30%, y tasas de mortalidad de aproximadamente 50%, representando cargas económicas elevadas en los sistemas de salud de los países. La identificación de especies es importante debido a las diversas sensibilidades de las candidas a las drogas antimicóticas, por ejemplo: *C. krusei* y *C. glabrata* son generalmente resistentes al Fluconazole y *C. lucitaniae*, a la Anfotericina. En relación al tratamiento de la candidemia, además de las consideraciones asociadas al tipo de fármaco, es muy importante iniciar el mismo al momento de sospechar la enfermedad. El tiempo de duración del tratamiento de candidemia es un dilema de manejo sin resolver. No obstante, la recomendación clásica en pacientes no neutropénicos, es completar el tratamiento 2 semanas después de los últimos resultados de cultivos positivos, y de la resolución de los signos y síntomas de la enfermedad. En los casos en que exista diseminación hacia los órganos, el tratamiento debe ser más prolongado. En los pacientes neutropénicos, el tratamiento anti fúngico debe continuar durante 14 días después del último cultivo positivo, de la resolución de los signos y síntomas, y de la recuperación de la neutropenia. Es importante realizar un examen oftalmológico para descartar invasión en el ojo después de la resolución de la neutropenia (igual conducta debe practicarse en neonatos) y un estudio de imágenes (TAC, resonancia magnética) para investigar candidemia hepatoesplénica. Existen pacientes que ameritan un abordaje especial (neonatos, prematuros, ancianos y embarazadas) con respecto a las drogas antifúngicas utilizadas en tratamiento o en profilaxis. Los siguientes son ejemplos de esta variedad farmacocinética: la Anfotericina B es más tolerable en los niños que en los adultos, las Equinocandinas no penetran adecuadamente la barrera hematoencefálica, el Fluconazole es la droga antimicótica con mayor penetración a todos los tejidos, y la anfotericina B es la droga de elección en el embarazo.

3CP. HONGOS FILAMENTOSOS: MUCOR, FUSARIUM.

Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

Los hongos filamentosos son mohos que viven en el ambiente: aire, agua y detritos vegetales que infectan al ser humano a través del contacto con estas sustancias. Forman parte de las micosis oportunistas sistémicas que invaden los vasos sanguíneos en forma local o sistémica, con necrosis concomitantes de los tejidos. Los géneros *Aspergillus*, *Mucor* y *Fusarium* son los causantes más importantes de estas enfermedades, las cuales han aumentado sustancialmente en los últimos años debido al creciente número de huéspedes inmuno-comprometidos, en especial aquellos sometidos a trasplantes de órganos y de células hemato-poyéticas, y además, los pacientes críticamente enfermos. Sus tasas de mortalidad son muy elevadas: entre 70% y 90%. Esta mortalidad es debida a la demora diagnóstica y a los tratamientos tardíos. La Aspergilosis es la enfermedad filamentosa más frecuente, causada principalmente por el *Aspergillus fumigatus*. Clínicamente, presenta un espectro de manifestaciones que varían desde procesos no-invasivos, a condiciones semi-invasivas o invasivas severas. La droga de elección en el tratamiento de Aspergilosis es el Voriconazole; no obstante, se puede utilizar Anfotericina B o sus compuestos lipídicos y Caspofungina. La Mucormicosis es otra de las enfermedades producidas por hongos de las especies de *Rizopus*, *Mucor* y *Abscidias*. Es una enfermedad rara que ocurre en pacientes con enfermedades inmunosupresoras previas (leucemia, diabetes, etc.), que se inicia generalmente en la mucosa oral, nasal y senos paranasales, desde donde generalmente se disemina a otros órganos. Su diagnóstico se hace a través de métodos tradicionales de cultivo (biopsias o autopsias), y su tratamiento debe ser precoz, con drogas antimicóticas (Anfotericina B, Posaconazole), con desbridamiento quirúrgico oportuno. Fusariosis es otra enfermedad micótica filamentosa, mucho más rara que las dos anteriores, que puede producir infección circunscrita o diseminada por vía hematogena; su puerta de entrada es la celulitis o necrosis de tejidos blandos en sitios traumatizados. En los pacientes inmunosuprimidos, se desarrolla infección diseminada de piel y órganos, en dos tercios de los pacientes. Los hemocultivos son positivos en 59%, que son más elevados que en *Mucor* o *Aspergillus*. La droga de elección es el Voriconazole y Anfotericina B, con desbridamiento quirúrgico oportuno. Estas enfermedades son poco diagnosticadas y tratadas tardíamente, y como consecuencia de ello, tienen altas tasas de mortalidad. En consecuencia, para disminuir su impacto en la población, es importante que el profesional médico adquiera conocimientos sobre ellas.

5CP. USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS: CONSECUENCIAS Y PROPUESTAS.

Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

La resistencia de los antimicrobianos no es un fenómeno nuevo. Al principio, se entendió como una curiosidad científica, y luego como una amenaza a la eficacia del tratamiento. El uso incorrecto de estos agentes es la causa principal de la resistencia. Desde hace muchos años, se vienen utilizando sin prestar atención a las indicaciones; sin considerar que las bacterias son seres vivos con enorme capacidad de adaptación a circunstancias adversas, lo que les permite desarrollar mecanismos de defensa a agentes nocivos a ellas, asegurando así su supervivencia. Constituyen ejemplos de la aparición de estas súper bacterias, algunos de los siguientes: a) En 2006, el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), informó que tan solo un organismo, el *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina (MRSA), ocasionó más muertes (19,000 americanos) que el enfisema, el VIH/SIDA, la enfermedad de Parkinson y los homicidios juntos; b) Anualmente, casi 2 millones de americanos desarrollan enfermedades nosocomiales que resultan en un aproximado de 99,000 muertes, las que en su vasta mayoría, son debidas a patógenos Gram negativos resistentes; y c) Antes del año 2000, el *Clostridium difficile* causó la muerte de aproximadamente 14,000 americanos, y entre los años 2000 y 2007, esta mortalidad aumentó en 400%. En los países en vías de desarrollo, en donde la regulación de agentes antimicrobianos es deficiente y los medios de diagnóstico son escasos, prevalece un uso indebido o abusivo de los antibióticos. Sabiendo que los antibióticos se utilizan mucho en la comunidad, y que en los hospitales se hace con mucha más intensidad, es imprescindible que en estas instituciones se dé una importancia especial a la vigilancia, con el objetivo de disminuir la resistencia. Para mejorar el uso de los antimicrobianos y reducir el impacto de las infecciones nosocomiales producidas por bacterias multi-resistentes, es necesario establecer al menos en el ámbito hospitalario, programas y mecanismos de control, y crear o reforzar los comités de infecciones intrahospitalarios.

6CP. ABORDAJE CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA MALARIA COMPLICADA.

Jackeline Alger, MD, PhD. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

La malaria complicada y grave se define por la presencia de signos clínicos o de laboratorio de disfunción de órga-

nos vitales. La mayoría de complicaciones y muerte se deben a *Plasmodium falciparum* pero también se pueden complicar los casos por *P. vivax*. De acuerdo a la definición de OMS (2012), la malaria complicada se caracteriza por una o más de las siguientes condiciones: deterioro de consciencia (incluyendo coma); postración (debilidad generalizada que impide que el paciente se siente, se ponga de pie o camine sin ayuda); convulsiones múltiples (>2 episodios en 24 h); respiración acidótica; edema pulmonar agudo y síndrome de distres respiratorio; colapso circulatorio o choque, tensión arterial sistólica <80 mm Hg adultos y <50 mm Hg niños; lesiones renales agudas; ictericia clínica y signos de disfunción de otros órganos vitales; y sangrado anormal. Los datos de laboratorio y resultados de exámenes de gabinete incluyen hipoglucemia (<2.2 mmol/L o <40 mg/dL); acidosis metabólica (bicarbonato plasmático <15 mmol/L); anemia normocítica grave (hemoglobina <7 g/dL, hematocrito <20% adultos; hemoglobina <5 g/dL, hematocrito <15% niños); hemoglobinuria; hiperlactacidemia (lactato >5 mmol/L); disfunción renal (creatinina sérica >265 µmol/L); y edema pulmonar (signo radiológico). El riesgo de complicaciones aumenta si se retrasa el tratamiento de un ataque no complicado. Para tratar la malaria grave, los antimaláricos se administran por vía parenteral durante un mínimo de 24 horas (v.g. quinina, artesunato), completándose el tratamiento por vía oral de acuerdo a la especie parasitaria. En Honduras es importante determinar si un caso importado procede de una zona con resistencia reconocida a los antimaláricos, siendo esto particularmente importante para un puerto como La Ceiba. Se recomienda consultar el sitio web de los Centros de Prevención y Control de Enfermedades, Estados Unidos de América, para identificar información epidemiológica de malaria por país de procedencia, incluyendo la susceptibilidad a las drogas antimaláricas (CDC, Atlanta, GA, <http://www.wnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/table-of-contents>, Capítulo 3, Enfermedades Infecciosas). En el marco de la iniciativa mundial de eliminación de la malaria (<http://www.who.int/malaria/es/>), es importante fortalecer el abordaje clínico y epidemiológico de la malaria en general con énfasis en la malaria complicada.

8CP. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACTUALIZADO DE LAS LEISHMANIASIS. Concepción Zúniga Valeriano. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Unidad Técnica de Zoonosis, Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

Las leishmaniasis son endémicas en 98 países, con más de 350 millones de personas en riesgo. Una incidencia estimada de 2 millones de casos nuevos al año (25% de leishma-

niasis visceral y 75% de leishmaniasis cutánea). La leishmaniasis visceral causa más de 50,000 muertes anuales, cifra que entre las enfermedades parasitarias solo es superada por el paludismo, y una pérdida de 2, 357,000 años de vida ajustados en función de la discapacidad, lo cual sitúa a la leishmaniasis en noveno lugar en un análisis mundial de las enfermedades infecciosas. En Honduras se presentan las cuatro formas: Cutánea, Mucocutánea, Visceral y Atípica (cutánea no ulcerada). 1974: primeros casos reportados en Honduras de Leishmaniasis visceral. Agente causal de visceral y cutánea atípica: *L. infantum/chagasi*, Agente causal cutánea y mucocutánea: *L. braziliensis* y *panamensis*. Vector prevalente: *L. longipalpis*. La coinfección por el VIH intensifica la carga de las leishmaniasis visceral y cutánea porque causa formas graves que son más difíciles de tratar. Hasta marzo de 2010 se habían notificado coinfecciones por *Leishmania* y VIH en 35 países endémicos. Más del 90% de la carga de leishmaniasis visceral: Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Nepal y Sudán. El diagnóstico de la leishmaniasis debe ser parasitológico, ya sea en extendidos (frotis) o cultivos del material obtenido de la lesión (para los casos de LC y LM) o del material obtenido a partir de aspirado o biopsias de médula ósea, hígado o bazo (en el caso de una LV). Los antimoniales trivalentes fueron introducidos en el tratamiento de las leishmaniasis cutáneas y mucocutáneas por Vianna en Brasil, en 1912, y de la leishmaniasis visceral por Di Cristina y Caronia en Italia, en 1915. En 1922 La urea estibamina, el primero de una serie de antimoniales pentavalentes. La anfotericina B liposómica en 1996. La miltefosina en 2004. La paromomicina en 2006.

9CP. ACTUALIDADES EN EL MANEJO DE HEPATITIS C. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Tegucigalpa, Honduras.

La Hepatitis C constituye un enorme problema de salud pública a nivel mundial. Esta enfermedad es causada por los virus de hepatitis C descubiertos en 1989. Posteriormente, se describieron siete serotipos distribuidos por todo el mundo, cuya transmisión a seres humanos tiene lugar, primordialmente, por la vía parenteral. La infección es generalmente asintomática en el 85% de los casos; no obstante, su fase crónica produce cirrosis, insuficiencia hepática y hepatocarcinoma en el 80% de las personas, considerándose esta enfermedad, la causa principal de trasplante hepático en los Estados Unidos. Se calcula que a nivel mundial, existen entre 170 y 240 millones de personas infectadas, las que en su gran mayoría no se percatan de lo que tienen hasta que sobrevienen las complicaciones. En Honduras, se ha publicado muy pocos estudios que revelen el verdadero panorama de esta enfermedad; sin embargo, un estudio

serológico realizado en pacientes poli transfundidos, reveló que 7.8% sufre de la infección. En el manejo inicial de la hepatitis C, se ha utilizado Interferón no pegilado, solo o con Ribavirina, obteniéndose resultados poco satisfactorios. Entre los años 2001 y 2011, el tratamiento estándar fue Interferonpegilado y Ribavirina durante aproximadamente 48 semanas, dependiendo del genotipo viral implicado, obteniéndose respuesta viral sostenida (RVS) entre 40% y 50% para el genotipo 1 y entre 70% y 80% para genotipos 2 y 3. No obstante, la tolerabilidad a estas drogas era deficiente, induciendo frecuentemente a los pacientes, efectos secundarios indeseables; particularmente la anemia hemolítica. Después del año 2011, se inició la terapia triple con Interferon pegilado, Ribavirina y Telaprevir o Voceprevir (inhibidores de proteasa orales aceptados por la FDA en ese mismo año) en tratamientos cortos y con resultados de RVS entre 65% y 75%. Actualmente (2014), con tratamiento utilizando nuevos antivirales orales de vida media prolongada en dosis de 1 tableta al día (Sofosbuvir -inhibidor de polimerasa, o Simeprevir-inhibidor de proteasa; ambos aceptados por la FDA en 2013, solos, o combinados con Interferón pegilado o Ribavirina, durante 12 a 24 semanas de tratamiento), se ha logrado RVS entre 90% y 99%. Considerando estos resultados tan satisfactorios, es posible declarar que este tratamiento de la enfermedad constituye un nuevo paradigma, con evidencia científica incuestionable de que la hepatitis C es curable.

10CP. INFECCION AGUDA POR VIH. Wendy Moncada Navas. Medicina Interna. Infectología. VIH/SIDA. Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

En el 2011, se estimó que 34.2 millones de personas en el mundo vivían con VIH. Y que cada años, hay alrededor de 2.7 millones de nuevas infecciones. Hay una necesidad urgente de prevención de VIH efectiva. Ya que se conoce que el riesgo de contagio en el período de infección aguda por VIH es mayor. Más de 80% de los adultos infectados con VIH se infectaron a través de exposición de membranas mucosas y el 20% por inoculaciones percutáneas o intravenosas. Independientemente de la ruta de transmisión, el tiempo de aparición de marcadores virales en el huésped es generalmente uniforme y sigue un patrón ordenado ya conocido y estudiado. Inmediatamente después de la exposición y transmisión, el virus se replica en la mucosa, submucosa y pasa al tejido linforeticular. El virus no puede detectarse en plasma durante la fase de eclipse o período de ventana, que por lo general dura 7-21 días. El período entre el contagio

y el inicio de síntomas en la infección aguda es de 2 a 4 semanas. Del 10-60% de los pacientes puede no presentar síntomas. La constelación de síntomas se conocen como síndrome retroviral agudo e incluye: fiebre linfadenopatías, odinofagia, rash, mialgias, artralgias, cefalea, úlceras mucocutáneas, síntomas gastrointestinales, meningitis aséptica, encefalopatía, tos seca y otros síntomas inespecíficos. Este es un período de rápida replicación viral e infección de las células CD4, los niveles de RNA viral es típicamente muy alta (mayor de 100, 000 copias/ml). Puede haber elevación de las enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia. Se debe de hacer diagnóstico diferencial con Virus de Epstein Barr, Citomegalovirus, Mononucleosis infecciosa, sífilis, hepatitis viral y otras infecciones virales. El diagnóstico por detección de HIV RNA. Siempre se debe preguntar por exposición de riesgo reciente. Hay controversias sobre el tratamiento.

17CP. ÉTICA Y MERCADEO MÉDICO. Carlos René Maldonado. Doctor en Medicina, Especialista en Oftalmología, sub especialidad en Oftalmología pediátrica. Servicio de Oftalmología Pediátrica, Hospital Escuela Universitario; Comisión de Etica, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Todos nos preguntamos si es ético y necesario el mercadeo médico. Según Philip Kloter, mercadólogo famoso, el mercadeo puede significar lo contrario a impulsar un producto sino a crear una necesidad forzando la compra. Neil Baum, Urólogo norteamericano, recomienda el mercadeo medico si en su libreta hay espacios en blanco o su clientela se ha disminuido usted necesita mercadearse. El mercadeo se ha convertido en una fuerza persuasiva en muchas profesiones y el rechazo del mercadeo por parte de algunos médicos se debe a que no saben propiamente que es el mercadeo y lo juzgan a priori. Esto no significa contratar un asesor costoso ni hacer folletos bonitos, sino proporcionar una atención extraordinaria a los pacientes que ya tiene sabiendo que el paciente siempre está en primer lugar y los que se oponen deben saber que en el mercadeo ganan ambos, los pacientes y los médicos. Debemos saber que las clínicas y los hospitales no están para satisfacer nuestro sobrealimentado ego. Si usted se gana la vida como médico que hace curaciones y cirugías, es médico y empresario; si usted se gana la vida de otra forma no es médica. Todo médico que tiene consultorio desempeña el papel de gerente general de recursos humanos y de mercadeo financiero. Hay un vacío sobre estos temas en la enseñanza médica. Médicos, es necesario comenzar la formación.

19CP. ASPECTOS ETICOS EN LA SALUD PÚBLICA Y LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA. Edith Elizabeth Rodríguez. Médico General, Máster en Epidemiología (FETP), Máster en Población y Desarrollo. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Coordinadora del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PRENEC) de la Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

Existen ciertos aspectos del campo de la salud pública que están relacionados con los principios éticos fundamentales como la autodeterminación, la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, así como también aspectos como la inclusión social, la igualdad de oportunidades, la solidaridad, el derecho a la información, la privacidad, la confidencialidad, el trato digno, entre otros, que influyen en el abordaje de los problemas sanitarios al momento de la formulación de políticas y programas de salud a pesar que la ética ha ocupado un lugar central en la misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para proteger y promover la salud mundial. Hay experiencias documentadas que se ha tenido mediante la aplicación y establecimiento de los Códigos Internacionales de Ética en la Investigación y la Carta de Derechos del Paciente entre otros documentos, que constituye un buen antecedente para lograr un consenso entre el establecimiento de un marco ético de referencia en la elaboración de intervenciones en salud pública así como en los programas de prevención y e investigaciones epidemiológicas. La atención a las cuestiones éticas puede facilitar la eficacia de la planificación, ejecución, y el crecimiento de una variedad de programas de salud pública y las actividades de investigación. La ética en salud pública está en consonancia con la orientación de prevención de la salud pública. La epidemiología y la salud pública a menudo se refieren a las obligaciones que los profesionales de la salud adquieren al aplicar el conocimiento científico, el que es destinado para mantener y restaurar la salud de la población dentro del respeto de los derechos individuales. Este informe tiene por objetivo realizar una descripción general de aspectos éticas en la investigación epidemiológica y la salud pública en general y su relación con los principios éticos.

21CP. CURSO DE ESCRITURA Y PUBLICACIÓN BIOMÉDICA. Edna Maradiaga,¹ Heriberto Rodríguez,¹ Jackeline Alger,¹ Kevin Knoop.² ¹Consejo Editorial, Revista Médica Hondureña, Tegucigalpa, Honduras; ²Fuerza Naval de los Estados Unidos de América.

El Curso de Escritura y Publicación de Artículos Biomédicos como curso pre-Congreso en el Congreso Médico Nacional, presenta este año su duodécima edición. El curso se inició en el año 2003, en el XLVI Congreso Médico Nacional, en Tegucigalpa, tal como está regulado en el reglamento del Congreso Médico Nacional aprobado ese mismo año. A través de más de una década de impartirlo, el curso se ha enfocado en alcanzar el objetivo de fomentar la práctica de la escritura y publicación de artículos científicos en revistas biomédicas con el propósito de que los participantes adquieran conocimiento básico sobre cómo preparar un artículo científico original y otras formas de publicación (caso clínico, artículo de revisión, artículo de opinión) y sobre los índices bibliográficos nacionales e internacionales y las normas internacionales para publicación en revistas biomédicas. Con un horario reducido, este año 2014 el curso se enfoca en proporcionar a los participantes los elementos básicos para la estructuración del artículo a partir de los resultados, incluyendo cuadros y figuras; sección de materiales y/o sujetos y métodos y la discusión, con énfasis en las características específicas solicitadas por la Revista Médica Hondureña, incluyendo una reseña histórica de la misma (<http://www.bvs.hn/RMH/html/revista.html>, acceso abril 2014). Las recomendaciones actualizadas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journals Editores, ICMJE, <http://www.icmje.org/>, acceso abril 2014), denominadas a partir de 2013 como *Recomendaciones para la conducta, reporte, edición y publicación de trabajos académicos en revistas médicas*, son una guía útil y deben ser consultadas, especialmente en lo que respecta a conflicto de interés y consideraciones éticas para autores y editores. Para la publicación biomédica en revistas internacionales en idioma inglés, se debe tomar en cuenta las recomendaciones del ICMJE y seguir las instrucciones para autor de las revistas específicas.