



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

mayo 2005 vol. 2, número 5

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

Noticias sobre la EASL

Alan Franciscus, Redactor jefe

La Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL) se reunió recientemente, del 13 al 17 de abril, en París, Francia. En la conferencia de este año no hubo muchas noticias sobre la hepatitis C, pero sí se presentaron algunos resultados alentadores de varios fármacos anti-VHC en fase de desarrollo clínico, así como ciertos datos interesantes acerca de Pegasys y PegIntron que abordaremos en este artículo. En mayo de 2005, se celebrará la conferencia del *Hebdomanario de Enfermedades Digestivas (DDW)* en Chicago, Illinois, y algunos de los estudios presentados en la misma incluirán información sobre la EASL que ofreceremos actualizada en el sitio web del HCV Advocate y en artículos posteriores de la revista.

TRATAMIENTOS FARMACÉUTICOS CONTRA EL VHC EN FASE DE INVESTIGACIÓN

En la EASL se presentaron varios informes sobre nuevos fármacos en fase de desarrollo destinados a tratar la hepatitis C. Los más prometedores como tratamiento médico del VHC fueron la viramidina, el albuferón y el NM283.

Viramidina

La anemia hemolítica provocada por la ribavirina aparece en una cuarta parte de los pacientes con VHC que siguen la politerapia de

interferón pegilado más ribavirina. Los datos preliminares acerca de la seguridad y tolerabilidad de la viramidina (en combinación con interferón pegilado) se presentaron en la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD) de 2004. Allí se indicó que la incidencia de anemia hemolítica había sido drásticamente más baja en el grupo de viramidina que en el de ribavirina (el 4% frente al 27% respectivamente).

En la EASL de este año se presentaron los datos de la respuesta virológica sostenida (RVS - VHC indetectable durante el tratamiento y en las 24 semanas posteriores al mismo) referidos a este mismo estudio.

171 pacientes sin experiencia terapéutica previa recibieron viramidina en dosis completas de 400 mg (47 pacientes), 600 mg (43 pacientes) y 800 mg (44 pacientes) dos veces al día (BID), frente a 37 pacientes que siguieron una politerapia de interferón pegilado más 1000/1200 mg/día de ribavirina. La duración del tratamiento fue de 48 semanas para el genotipo 1 y 24 semanas para los genotipos 2 y 3, seguidos de un plazo de seguimiento de 24 semanas. Los pacientes eran en su mayor parte varones (64%), de raza blanca (76%) y con el genotipo 1 (72%). La mediana de carga viral del VHC fue de $6,5^{10}$



EN ESTE NÚMERO

El tratamiento de la hepatitis C en consumidores de drogas intravenosas.....2

**Consejos de Salud
El VHC y el Sueño.....3**

logocopias/ml. La tasa de respuesta virológica sostenida fue más alta en el grupo de viramidina que había tomado la dosis de 600 mg BID.

	RVS viramidina 600 mg/ BID	RVS ribavirina 1,000/1,200/día
Total	37 %	44 %
Genotipo 1	27 %	35 %
Genotipos 2, 3	62 %	73 %

Es difícil extraer conclusiones concretas sobre las tasas de RVS, ya que la cantidad de pacientes fue bastante limitada. En la actualidad se están llevando a cabo los ensayos en fase III (con un grupo de participantes mucho más amplio) de viramidina frente a ribavirina, y se espera que los resultados de este estudio arrojen más luz sobre la eficacia de la viramidina con respecto a la ribavirina. Sin embargo, dado que las tasas de respuesta fueron similares en los distintos grupos, parece lógico suponer que la vira-

sigue en la pág 4

El tratamiento de la hepatitis C en consumidores de drogas intravenosas



Liz Highleyman

Los consumidores de drogas intravenosas (CDI) se han considerado tradicionalmente malos candidatos al tratamiento contra la hepatitis C, y se han excluido de casi todos los ensayos clínicos sobre nuevas terapias. En particular, todo el mundo suponía que los CDI cumplían mal la terapia y corrían un riesgo elevado de reinfectarse con el VHC. Las pautas anteriores de consenso divulgadas en 1997 por los Institutos Estadounidenses de la Salud (NIH) recomendaban que los CDI se abstuvieran de tomar drogas y alcohol durante un mínimo de seis meses antes de considerarlos para el tratamiento contra la hepatitis C.

Estas actitudes han empezado a cambiar en los últimos años, a la vista de que una amplia proporción de los sujetos VHC positivos tiene antecedentes de drogadicción por vía intravenosa. Las últimas pautas de consenso de los NIH, actualizadas en 2002, recomiendan “considerar el tratamiento de los pacientes con consumo intravenoso caso por caso y que el consumo activo de drogas no se emplee como un argumento excluyente por sí mismo para denegar la terapia antiviral”.

Pero el tratamiento de la

hepatitis C en los CDI sigue suponiendo un desafío. El suplemento del 15 de abril de la revista *Clinical Infectious Diseases* se dedicó por completo a este tema, centrándose en la conducta diagnóstico-terapéutica y en los modelos de atención integral.

A menudo, el primer desafío es el acceso a la atención médica. A pesar del cambio general de actitud, sigue habiendo médicos reacios a derivar a los CDI para que reciban tratamiento contra la hepatitis C. Tal como señalaron Lin Ding y colegas en la edición del 28 de marzo de 2005 de la revista *Archives of Internal Medicine*, los médicos con “actitudes negativas” hacia los CDI – en torno al 25% – les recetaban con bastante menos frecuencia tratamiento antirretroviral contra el VIH; por ello, no sería sorprendente que existiera una situación similar respecto a la hepatitis C.

Steffanie Strathdee y colegas, que encuestaron a CDI jóvenes (entre 18-35 años) en tres ciudades estadounidenses, hallaron que, aunque más del 80% deseaba tratarse contra la hepatitis C, sólo el 27% había consultado con un médico desde el diagnóstico de VHC. Los pacientes cuyos médicos

les hubieran informado de que el VHC les ponía en peligro de sufrir cirrosis o cáncer de hígado mostraron siete veces más interés en iniciar un tratamiento. En una encuesta realizada a CDI australianos, muchos seguían creyendo que el consumo activo de drogas les excluía para recibir tratamiento contra el VHC con fondos públicos (esta exclusión se anuló en el año 2001). Al describir su experiencia con el tratamiento de pacientes infectados por el VIH/VHC en el Boston Medical Center (de los cuales más del 30% eran CDI en activo), Catherine Fleming y colegas identificaron varios obstáculos a la terapia anti-VHC, tales como la limitada capacidad de los pacientes para moverse por el sistema de salud o pagar por los servicios médicos.

Otro reto es el control de los efectos secundarios de tipo psiquiátrico que provoca el tratamiento contra el VHC, en especial la depresión, en una población que ya de por sí tiene una elevada tasa de trastornos psiquiátricos coexistentes. En un estudio sobre 293 pacientes de un consultorio hepatológico para los veteranos de Portland, Marian Fireman y colegas hallaron que el 93% tenía al menos un trastorno psiquiátrico o antecedentes de haberlo tenido; por orden de frecuencia, el primero era la depresión (81%) seguido del trastorno de estrés postraumático (62%), problemas de abuso de las drogas (58%), depresión moderada o grave (35%) y trastorno bipolar (20%); el 73% padecía dos o más afecciones. Las reacciones adversas de índole neuropsiquiátrica son comunes entre los pacientes que toman

sigue en la pág 5

Consejos de Salud:

El VHC y el Sueño



Lucinda Porter, Enfermera titulada

La gente con hepatitis C crónica suele quejarse de fatiga. Sin embargo, hay muchos motivos para estar cansado, y la falta de sueño es uno de ellos. Antes de echar la culpa de todo al VHC, es importante descartar otros factores que pueden estar provocando fatiga o contribuyendo a su cansancio.

La mayoría de los adultos de este país afirman tener problemas de sueño. Casi todos nosotros hemos tenido alguna noche de dormir mal. Pero cuando esto sucede demasiados días seguidos puede ser perjudicial para la salud. Los expertos en sueño recomiendan dormir entre 7 y 9 horas cada noche. La función del sueño es permitir que el organismo se recupere. El sueño insuficiente o de mala calidad puede ocasionar cansancio prolongado durante el día. Además, puede ejercer un impacto negativo en el rendimiento cotidiano y en la función inmunitaria, y se ha vinculado incluso a los accidentes de tráfico.

Empiece por hablar con el médico. Los problemas de sueño pueden tener su origen en trastornos de la salud. Ejemplo de ello es la apnea del sueño. Cuando se padece esta enfermedad, la respiración se altera mientras se duerme y esto puede provocar serios problemas de salud. A menudo, las personas afectadas no saben que la tienen, pero se trata de un trastorno que puede tratarse eficazmente.

Informe a su médico sobre todos los fármacos que esté tomando. Algunos de ellos pueden estar en el origen de sus problemas de sueño. Por ejemplo, ciertos medicamentos para el catarro pueden mantenerle despierto. El tratamiento contra el VHC también puede causar problemas para dormir. La deshabituación a sustancias que le provocaban dependencia también puede causar insomnio.

Los estímulos excesivos antes de dormir pueden dificultar el sueño. Las preocupaciones nos hacen dar vueltas en la cama. Ver las noticias

o hacer ejercicio antes de acostarse es algo que sobreestimula el organismo. Los especialistas en sueño recomiendan sacar el televisor del dormitorio. Apague este aparato y la computadora una o dos horas antes de ir a la cama.

Los siguientes factores pueden dificultar el sueño de un tirón:

- Cafeína: en café, refrescos, té o chocolate
- Tabaco
- Una habitación demasiado caliente o fría
- La luz
- Los ruidos
- Una cama incómoda
- Tomar alcohol antes de ir a la cama
- Tener hambre
- Comer mucho cuando se aproxima la hora de acostarse
- Beber demasiados líquidos antes de dormir
- Una pareja que ronque
- Un animal doméstico en la cama

Algunos consejos para favorecer el sueño:

- Es importante fomentar el hábito de dormir 8 horas diarias. Dormir menos a lo largo de la semana y tratar de compensarlo durante el fin de semana no funciona.
- Acuéstese todas las noches a la misma hora.
- Si tiene un reloj que siempre está encendido, déle la vuelta para no ver la hora todo el tiempo.
- Practique ejercicio todos los días.
- Si toma una siesta, hágala breve y mucho antes de la hora de dormir.

EASL

viene de la pág 1

midina va a obtener una respuesta terapéutica parecida pero va a causar menos anemia hemolítica que la ribavirina.

Albuferón

El albuferón es una forma farmacéutica de interferón de liberación lenta que se ha obtenido mediante la fusión de seroalbúmina humana e interferón. En la fase previa I/II de un ensayo clínico con 119 adultos (sujetos VHC positivos sin respuesta previa al tratamiento de interferón), se halló que el fármaco era inocuo y bien tolerado, y no se constató ningún abandono debido a los efectos secundarios. Las reacciones adversas derivadas del tratamiento fueron transitorias (temporales) y con una intensidad de leve a moderada. Los autores de este estudio observaron que el descenso del ARN del VHC (carga viral) estaba en función de las dosis administradas, y concluyeron que el albuferón tiene potencial para satisfacer la necesidad, hasta ahora no resuelta, de contar con una terapia anti-VHC que permita dosis (inyecciones) más espaciadas.

Los datos de un nuevo ensayo en fase II con 56 portadores del genotipo 1 sin experiencia terapéutica también hallaron que el albuferón es inocuo y bien tolerado. Además, se informó de que, tras 4 semanas de tratamiento con albuferón, hubo un descenso del 99,9 por ciento en la carga viral entre aquellos pacientes que recibieron las dos dosis más elevadas de albuferón. Al cabo de 42 días, el 23% de estos pacientes continuaron siendo seronegativos. Basándose en este estudio, los autores concluyeron que el albuferón puede administrarse (por inyección) cada 2-4 semanas y que muestra

una intensa actividad antiviral al cabo de un par de dosis. Se está ultimando un proyecto de estudio más largo, de 48 semanas, sobre albuferón más ribavirina, que también está centrado en pacientes sin tratamiento previo contra el VHC.

Valopicitabina (NM283)

La valopicitabina es un análogo de nucleósido oral, una nueva clase de fármacos que bloquean el virus de la hepatitis C y no permiten su multiplicación inhibiendo la polimerasa del ARN del VHC. La polimerasa del VHC es la enzima del virus que resulta imprescindible para permitir la multiplicación viral. Los datos presentados en la EASL sobre la valopicitabina son destacables porque es la primera vez que se han obtenido datos sobre un fármaco anti-VHC que muestren propiedades contra este virus a las 24 semanas.

En la EASL se presentaron también los datos preliminares de un estudio en fase II con portadores del genotipo 1 (sin experiencia terapéutica) que finalizaron 24 semanas de tratamiento de valopicitabina más interferón pegilado. Hasta la fecha, 9 pacientes de los 30 sujetos de estudio han llegado a la semana 24 de tratamiento. Se ha hallado que la reducción del ARN del VHC (carga viral) ha superado el 99,0% en los 9 pacientes. La carga viral del VHC descendió en 8 de los 9 pacientes por debajo del nivel de detección de < 600 UI/ml (según la prueba de RCP Amplicor); seis de ellos mostraron una reducción por debajo del nivel detectable mediante una prueba de carga viral con un límite de detección aún más bajo, de 10 IU/ml (prueba de RCP TaqMan). Los autores declararon que no hubo reacciones adversas (efectos secundarios) de gravedad, y que ningún paciente tuvo que abandonar el tratamiento a causa de los efectos secundarios provoca-

dos por la valopicitabina. En estos momentos se está llevando a cabo un ensayo clínico más amplio con 171 portadores del genotipo 1 que no mejoraron con un ciclo previo de interferón pegilado más ribavirina. Los pacientes recibirán una monoterapia de valopicitabina, valopicitabina más interferón pegilado o bien interferón pegilado más ribavirina. Se espera completar la inscripción de pacientes para junio de 2005.

PegIntron

El estudio EPIC (Evaluación de PegIntron en el control de la Cirrosis por Hepatitis C) es un ensayo clínico que está analizando el efecto de PegIntron más Rebetol (ribavirina) entre sujetos con recidivas o ausencia de respuesta ante tratamientos con interferón. El estudio evaluará la eficacia de la politerapia con PegIntron en este grupo de población. Además, incluirá una fase de mantenimiento a largo plazo para comprobar si la monoterapia de PegIntron en dosis bajas es capaz de retrasar o prevenir la cirrosis.

En la EASL se presentaron los resultados preliminares del estudio EPIC, procedentes de 2.200 sujetos con el VHC en todo el mundo. En este estudio centrado en pacientes que no habían obtenido buenos resultados con un tratamiento previo basado en interferón, los participantes recibieron PegIntron en función del peso corporal (1,5 mcg/kg/semana) más Rebetol (ribavirina 800-1400 mg/día) durante 48 semanas. El 21% de los 978 pacientes que habían llegado a las 48 semanas de tratamiento alcanzaron una RVS. Analizando los resultados por genotipos, los pacientes con el genotipo 1 obtuvieron una RVS del 14%, frente al 56% de los portadores de los genotipos 2 y 3. Tal como

sigue en la pág 6

INTRAVENOSAS

viene de la pág 2

interferón, y las investigaciones sugieren que los sujetos con antecedentes de adicción a las drogas o afecciones psiquiátricas preexistentes tienen más problemas para tolerar la terapia. Pero para algunos pacientes, parte del problema es la aprensión ante el tratamiento. En el estudio de Fleming, la ansiedad provocada por los posibles efectos secundarios era uno de los motivos para no iniciar el tratamiento contra la hepatitis C, pero algunos pacientes que habían rechazado la terapia cambiaron de opinión tras recibir información objetiva. Tanto Fireman como Fleming señalaron que, en muchos casos, tomar antidepresivos antes de comenzar la terapia puede prevenir o mitigar la depresión que va a provocar el tratamiento.

Algunos CDI pasados y presentes tienen problemas para cumplir bien la terapia anti-VHC, pero otros lo hacen bien y obtienen buenos resultados. En un análisis de las investigaciones, Markus Backmund y colaboradores observaron que, en algunos estudios, los pacientes que recibían sucedáneos de opiáceos como mantenimiento (metadona o buprenorfina) respondieron tan bien como los sujetos no CDI. Gail Matthews y colegas de Australia hallaron que incluso los sujetos que siguen inyectándose drogas de vez en cuando pueden lograr una respuesta virológica sostenida a las terapias con interferón.

“Muchos de estos obstáculos al tratamiento son modificables”, concluyeron Fleming y colegas,

“lo que abriría la posibilidad de que, con las intervenciones adecuadas, aumenten las tasas de tratamiento”. Tanto las investigaciones como la experiencia clínica sugieren que la clave para obtener este éxito es ofrecer apoyo extra antes y durante el tratamiento anti-VHC.

Strathdee y colegas resaltaron la necesidad de mejorar la comunicación entre médico y paciente; por ejemplo, comentar cuáles son las expectativas realistas puede ayudar a sobrellevar mejor los efectos secundarios. Backmund y colaboradores enfatizaron la importancia de que exista una colaboración interdisciplinaria entre hepatólogos, especialistas en adicciones, trabajadores sociales y psicoterapeutas. Y, según el equipo de Fleming, “la relación entre los cuidados psiquiátricos y los programas de desintoxicación también pueden facilitar el tratamiento de los pacientes con necesidades más complejas”.

Brian Edlin y colegas presentaron un análisis de cómo los modelos que tuvieron éxito – en centros que abarcan desde consultorios de atención primaria y programas de mantenimiento con metadona hasta consultas médicas en penitenciarías – pueden integrar las pruebas de detección del VHC con el asesoramiento y la formación educativa del paciente, el tratamiento para la toxicomanía, el cuidado psiquiátrico, el apoyo social, la evaluación de la enfermedad hepática y la actitud diagnóstico-terapéutica de la hepatitis C. De hecho, Holly Hagan y colaboradores hallaron que, de entre 95 programas de metadona encuestados, todos exigen evaluaciones médicas (que

en su mayoría incluyen pruebas de función hepática y cribados para detectar enfermedades hepáticas) y casi todos remiten al médico a quienes resulten VHC positivos (entre los programas de desintoxicación a palo seco, el 50% exigían evaluaciones médicas y el 75% facilitaban la remisión al médico). Puesto que una tercera parte de los sujetos infectados por el VHC pasan por el sistema correccional todos los años, según Amy Boutwell y colegas, “[l]as pruebas, la formación educativa y, cuando sea adecuado, el tratamiento de los presos deberían ser la piedra angular de la respuesta sanitaria a la epidemia de hepatitis C en los Estados Unidos”.

El número especial de la revista *Clinical Infectious Diseases* presentó dos ejemplos de programas eficaces. Lynn Taylor describió cómo se integraron los cuidados médicos de los CDI coinfectados con el VIH/VHC en un consultorio de VIH financiado por la Ley Ryan White CARE. A los pacientes se les administraba directamente el interferón pegilado en cada consulta semanal y se les daba un estuche de ribavirina en pastillas para toda la semana. La Dra. Taylor constató una asistencia a las consultas del 99%; ninguno de los pacientes tuvo que abandonar la terapia por su consumo continuado de drogas, por recaídas en adicciones ni por complicaciones de tipo psiquiátrico. Desde otra perspectiva, Alain Litwin y colaboradores describieron la integración de los cuidados anti-VHC dentro de un programa de mantenimiento con metadona, que incluyó pruebas de detección

sigue en la pág 6

EASL

viene de la pág 4

se esperaba, se halló que los sujetos con recidivas previas alcanzaron tasas de RVS más altas que los que no habían respondido anteriormente a la terapia (del 41% frente al 14%) y que los participantes con fibrosis leve o moderada lograron una RVS más elevada que quienes presentaban cicatrices avanzadas (el 26% frente al 15%).

Pegasys

Por lo general, los sujetos que mantienen la ALAT normal presentan una evolución de la enfermedad más suave. Sin embargo, cerca del 30% de estos casos progresan a fibrosis avanzada e incluso cirrosis. Los ensayos clínicos han demostrado que los sujetos con una concentración normal de ALAT pueden recibir un tratamiento eficaz y obtener tasas de respuesta terapéutica similares a las de los pacientes con la ALAT elevada. Los datos de un estudio previo que evaluó la politerapia de Pegasys más Copegus (ribavirina) como tratamiento del VHC en pacientes que mantenían normal la concentración de ALAT se han sometido a un nuevo análisis para comprobar si existe relación entre la edad y las características basales de los pacientes y la respuesta al tratamiento.

En este estudio retrospectivo se revisó información procedente de 422 sujetos. Se halló que los pacientes menores de 40 años lograron una RVS en mayor proporción: el 54% dentro del grupo con menos de 40 años frente al 34% en el grupo que superaba los 40 años de edad. Los autores concluyeron que la edad parece ser un factor importante para obtener una respuesta terapéutica. También se señaló que otras variables de confusión, como ser varón, de raza afroamericana y

con una carga viral alta (ARN del VHC) desempeñan un papel importante en la respuesta al tratamiento.

El cumplimiento de la medicación anti-VHC también es un factor importante para alcanzar una RVS, y en ese sentido se evaluaron los resultados de otro ensayo clínico. Un análisis retrospectivo de 569 pacientes que recibieron Pegasys más Copegus (ribavirina) reveló que la dosis de Copegus era un factor importante a la hora de obtener respuesta terapéutica. Se observó que el 66% de los pacientes de este grupo que tomaron más del 97% de sus dosis de ribavirina alcanzaron una RVS, frente a una RVS del 33% entre los pacientes que tomaron menos del 60% de las dosis. Los autores concluyeron que los pacientes de este ensayo respetaron más las dosis de Pegasys que las de ribavirina y que si se evitaran las reducciones de dosis y los abandonos de tratamiento con ribavirina probablemente mejoraría la tasa de RVS.

El peso es otro factor que pronostica una respuesta terapéutica mala, pero un estudio presentado en la EASL señaló que parece que el peso corporal no es el único responsable de que las tasas de respuesta a la terapia sean más bajas. Se analizaron los datos de dos estudios multinacionales en fase III con 2.404 pacientes, y se observó que los pacientes con más peso eran con mayor frecuencia varones, negros, cirróticos e infectados mediante el consumo de drogas intravenosas, factores que están todos asociados a una tasa de respuesta al tratamiento más baja. Los autores concluyeron: "Este conjunto de características contribuyentes a un mal pronóstico podría explicar la menor RVS observada en los pacientes con más peso".

INTRAVENOSAS

viene de la pág 5

del virus, asesoramiento sobre toxicomanías, servicios psiquiátricos, grupos de apoyo sobre el VHC, tratamiento médico con observación directa y remisión a pruebas diagnósticas. "Nuestro método ha logrado un elevado nivel de cumplimiento terapéutico, con biopsias hepáticas y considerables tasas de inicio de la terapia antiviral", concluyeron los autores.

En conjunto, estos artículos se suman a los indicios de que los obstáculos al tratamiento contra la hepatitis C en CDI son, en palabras de Fleming; "inegables, pero no insuperables" y ofrecen estrategias para integrar satisfactoriamente los cuidados multidisciplinares.

Bibliografía:

Hepatitis C Virus Infection and Substance Abuse: Medical Management and Developing Models of Integrated Care. *Clinical Infectious Diseases* 40 (supplement 5). 15 de abril de 2005 (el número completo).

Ding, L. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. *Archives of Internal Medicine* 165: 618-623. 28 de marzo de 2005.



CONSEJOS

viene de la pág 3

- Puede leer antes de apagar la luz, pero con una bombilla de baja intensidad.
- No coma en las horas próximas a acostarse, pero no se vaya a la cama con hambre. Si come algo, escoja alimentos ligeros y nutritivos. Evite las grasas y los picantes.
- Tome un baño caliente antes de dormir.
- Si cree que no puede evitar las preocupaciones, obléguese a preocuparse solamente de día. Convierta su dormitorio en una zona libre de agitaciones. Aprenda técnicas de relajación para reducir el estrés y las preocupaciones.
- Escuche grabaciones de relajación antes de retirarse a dormir.
- No se quede despierto en la cama más de 20 o 30 minutos. Levántese, haga algo aburrido un rato y luego vuelva a la cama.
- La cama está indicada para el sueño y el sexo. Si no está haciendo ninguna de las dos cosas, levántese.

En ocasiones, las infusiones de hierbas pueden ayudar a relajarse. El inconveniente de las infusiones es que pueden despertarnos por la noche porque necesitamos orinar. La manzanilla es una de las plantas más empleadas para favorecer el sueño. Se cree que el aroma de la lavanda en las sábanas o cerca de la cama facilita la relajación. Si toma remedios herbales para conciliar el sueño, tenga mucho cuidado. Cuando

se tiene hepatitis C deben evitarse ciertas plantas medicinales, en especial si se está siguiendo un tratamiento anti-VHC.

Si persisten los problemas de sueño, es posible que el médico le recete algún medicamento para dormir mejor. Hay fármacos con y sin receta que resultan muy eficaces contra este problema. Algunos son adictivos, por lo que es importante que comunique a su médico si tiene antecedentes de toxicomanía. Si cuenta con información suficiente y precisa, su médico seguramente encontrará el medicamento que mejor le vaya en su caso. Si lo que prueba no le va bien, vuelva a consultar con el médico. Hay muchos fármacos para elegir, y en ocasiones es cuestión de encontrar el que mejor se ajuste a su organismo.

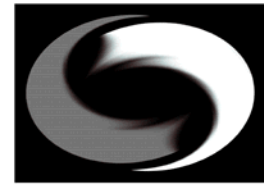
El insomnio puede repercutir negativamente en su calidad de vida. No se quede despierto pensando en el tema. Busque ayuda.

Recursos

- The National Sleep Foundation (Fundación Estadounidense para el Sueño)
- www.sleepfoundation.org
729 15th St., NW, 4th Floor,
Washington, D.C. 20005
- SleepNet - www.sleepnet.com

Derechos de autor, mayo de 2005, Lucinda Porter, Enfermera Titulada, y Hepatitis C Support Project / HCV Advocate www.hcvadvocate.org – Reservados todos los derechos.

Se autoriza y se alienta a la reproducción de este documento siempre que se reconozca a los autores y se mencione al Hepatitis C Support Project.



**HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT**

**Director ejecutivo
Redactor jefe
Publicaciones del HSCP**
Alan Franciscus
alanfranciscus@hcvadvocate.org

Director editorial, Webmaster
C.D. Mazoff, PhD
cdmazoff@hcvadvocate.org

Autores contribuyentes
Liz Highleyman
Lucinda K. Porter, Enfermera, CCRC

Diseño y producción
Paula Fener
Blue Kangaroo Design
blueroodesign@aol.com

Traducción
Clara Maltrás

Información de contacto
Hepatitis C Support Project
PO Box 427037
San Francisco, CA 94142-7037

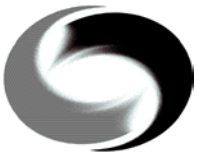
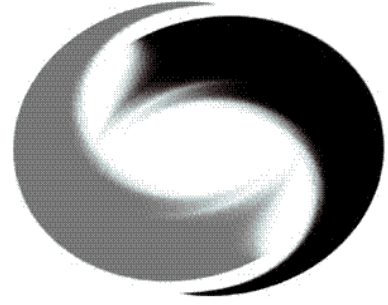
HCV Advocate ofrece información sobre distintas formas de intervención a fin de servir a nuestra comunidad. Cuando damos información sobre cualquier tipo de medicación, tratamiento, terapia o dieta no estamos promoviendo ni recomendando su uso, sino simplemente informando bajo la premisa de que la mejor decisión es la que se toma con conocimiento.

Se autoriza y se alienta a la reproducción de este documento siempre que se reconozca la autoría del Hepatitis C Support Project.

© 2005
Hepatitis C Support Project



Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



www.hcvadvocate.org

HCSP

P.O. Box 427037
San Francisco, CA
94142-7037