

## Conferencia AASLD: Tratamientos Antivirales contra la Hepatitis C en Fase de Investigación

■ ■ ■  
Liz Highleyman

Entre los temas que suscitaron más interés en la conferencia de la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD), que este año se celebró en Boston del 27 al 31 de octubre, destacó el de los nuevos fármacos candidatos para tratar la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC).

### STAT-C

Varios compuestos que se encuentran en distintas fases de investigación no sólo tienen el potencial de aumentar de forma incremental la respuesta virológica sostenida, sino que además representan un cambio de rumbo en cuanto al paradigma del tratamiento de la hepatitis C.

El tratamiento actual de interferón funciona estimulando la respuesta inmunológica natural del organismo ante el virus. En contraste, varios medicamentos nuevos – que hasta ahora se conocen con la denominación colectiva de *terepia antiviral del VHC con dianas*

*específicas*, o “STAT-C” – atacan directamente al VHC. Del mismo modo que algunos de los fármacos empleados para tratar el VIH, ciertos compuestos experimentales inhiben la proteasa o la polimerasa del VHC, dos enzimas que necesita el virus para reproducirse.

En un simposio satélite sobre el STAT-C patrocinado por Vertex Pharmaceuticals, la especialista en hepatología Ira Jacobson pronosticó que este nuevo método “revolucionará el modo en que tratamos la infección crónica por el VHC”, y que ofrece la promesa de “una tasa de eficacia considerablemente más alta y una duración del tratamiento significativamente más corta”. Sin embargo, al igual que con la terapia contra el VIH, el éxito del tratamiento con fármacos antivirales está limitado por la aparición de farmacorresistencia.

### TELAPREVIR

Uno de los medicamentos en fase de investigación que más



### EN ESTE NÚMERO

**Conferencia AASLD:**  
*Tratamientos Antivirales contra la Hepatitis C en Fase de Investigación....1*

**Consejos de Salud:**  
*Sus Derechos como Pacie.....3*

expectativas está generando es el telaprevir (VX-950), un inhibidor de la proteasa del VHC que está desarrollando Vertex. En la edición de octubre de 2006 de la revista *Gastroenterology*, Henk Reesink y cols. publicaron que telaprevir, en un estudio en Fase Ib, suprimió con potencia la multiplicación del VHC entre pacientes con el genotipo 1 después de utilizarlo como monoterapia durante 14 días (el descenso máximo fue de 4,4 logocopias en el grupo que recibió 750 mg tres veces al día) y aún más cuando se empleó como politerapia con interferón pegilado (descenso de 5,5 logocopias). En la AASLD, los investigadores presentaron los resultados obtenidos en la etapa de seguimiento (resumen 1142), los cuales revelaron que los 15 participantes que tomaron telaprevir, con o sin interfe-

sigue en la pág 2

## AASLD

viene de la pág 1

rón pegilado, y que continuaron con el tratamiento estándar de interferón pegilado más ribavirina, conservaron indetectable el VHC tras 24 semanas de seguimiento. De forma similar, en otra presentación aparte, Mari-bel Rodríguez Torres y colegas (resumen 927) señalaron que 8 de 12 pacientes inscritos en un estudio de 28 días de duración en el que recibieron una politerapia triple de telaprevir, interferón pegilado y ribavirina mantuvieron indetectable el ARN del VHC después de suspender el telaprevir y continuar el tratamiento estándar durante 24 semanas.

La representante de Vertex, Tara Keiffer (resumen 92), presentó los resultados de un análisis sobre mutaciones resistentes de ese estudio de 14 días. Con la ayuda de un ensayo de alta sensibilidad, los investigadores analizaron la presencia de variantes del VHC con mutaciones que se habían identificado previamente como resistentes al telaprevir *in vitro* en grado bajo (V36M/A, T54A, R155K/T) o en grado alto (A156V/T y 36/155). Entre los 8 pacientes designados para recibir la monoterapia de telaprevir, 4 experimentaron un rebrote virológico, o bien un estancamiento de la respuesta, y mostraron variantes predominantes del VHC con las mutaciones V36M/A y R155K/T al llegar al día 14 de estudio. Los otros 4 lograron

un descenso continuo del ARN del VHC, aunque en 2 de ellos se detectaron variantes víricas con la mutación A156V/T. Los investigadores concluyeron que telaprevir produce una “marcada reducción de los virus naturales”, lo cual permite la aparición de variantes resistentes. En cambio, los pacientes que mostraron rebrotes virales y cambiaron a interferón pegilado más ribavirina lograron una carga viral indetectable al cabo de 24 semanas, lo que indica que el VHC resistente a telaprevir sigue siendo sensible ante el tratamiento estándar. Ninguno de los 8 pacientes que recibieron telaprevir junto con interferón pegilado sufrieron rebrotes virales durante los 14 días del estudio, ni siquiera los dos sujetos que tenían virus resistentes.

El telaprevir ha demostrado un buen perfil de seguridad hasta ahora, ya que no provoca efectos secundarios graves derivados del tratamiento a corto plazo. Actualmente, se encuentra en la Fase IIb de ensayo (PROVE 1 en los EE.UU. y PROVE 2 en Europa).

### VALOPICITABINA

Douglas Dieterich (resumen 93) presentó los últimos datos sobre la valopicitabina (NM283), un inhibidor de la polimerasa NS5B del VHC que está desarrollando Idenix Pharmaceuticals. Según se había constatado anteriormente, la valopicitabina junto con interferón pegilado logró una supresión virológica rápida al cabo

de cuatro semanas en un ensayo en Fase Ib que incluyó a 173 portadores del genotipo 1 sin experiencia terapéutica previa que recibieron dosis por vía oral entre 200 y 800 mg/día; sin embargo, el fármaco provocó bastantes efectos secundarios de tipo digestivo a dosis más elevadas.

Aunque las tasas de respuesta virológica rápidas fueron más acusadas entre los pacientes que tomaron las dosis de valopicitabina más altas, los datos de seguimiento presentados en la AASLD mostraron que esas tasas de respuesta se igualaron a medida que avanzaba el tratamiento. Para la semana 12, el 82%-92% de los pacientes en los distintos grupos habían logrado una respuesta virológica temprana (descenso del ARN del VHC  $\geq 2$  logocopias). Para la semana 24, los porcentajes con un ARN del VHC indetectable fueron similares en todos los grupos con distintas dosis; el 68% de los sujetos que recibieron 200 mg diarios de valopicitabina lograron un ARN del VHC por debajo de 20 UI/ml, frente al 67% en el grupo que tomó 800 mg al día. “Con dosis de tan solo 200 mg/día, la combinación de valopicitabina más interferón pegilado suprime drásticamente la viremia en pacientes con el genotipo 1 sin experiencia terapéutica previa”, concluyeron los investigadores. La dosis de 200 mg/día fue bien tolerada en general, y provocó menos reacciones que las dosis

sigue en la pág 4

# Consejos de Salud:

## *Sus Derechos como Paciente*



Lucinda Porter, Enfermera titulada

El pasado mes de octubre, el departamento de policía de Los Angeles hizo una grabación de video donde aparecen empresas de ambulancia dejando a varios pacientes enfermos en Skid Row (un guetto de la ciudad). Un representante de la empresa de ambulancias declaró que son los directivos del hospital los que les piden continuamente que lo hagan. Muchos de estos pacientes abandonados eran indigentes. Un concejal de la ciudad vio a un paciente claramente enfermo, vestido con una bata del hospital, empujando un andador por las calles.

No hay justificación posible para este comportamiento. La violación de los derechos del paciente es una realidad triste e injustificable. Cuando estamos enfermos, nos encontramos en una situación vulnerable. Esperar que los demás nos cuiden cuando estamos enfermos es una necesidad humana básica. Sin embargo, estas expectativas no siempre se cumplen. En ocasiones, las personas a quienes confiamos nuestra salud *no* están a la altura de nuestra confianza.

La mayor parte de mis colegas son amables, responsables y están dedicados a sus pacientes. Trabajan muchas más horas de las que les corresponden, se saltan la hora del almuerzo y se llevan el trabajo a casa. Gran parte de este problema se debe a la saturación del sistema de atención médica. Los hospitales no tienen suficiente personal contratado, y los empleados de la salud tienen que sacar adelante demasiado trabajo. Cuando los seres humanos están muy estresados, no son capaces de cuidar tanto los detalles. La cantidad y calidad del tiempo que dedicamos a los pacientes pueden verse comprometidas. Mientras estamos pensando en el caso de traumatismo de la habitación de al lado, es posible que no escuchemos tan atentamente al paciente que estamos atendiendo.

También puede que no seamos capaces de demostrar toda la compasión que sentimos. A veces nuestros actos no son un fiel reflejo de nuestras intenciones. Podemos cometer errores.

Pero nada de esto justifica los comportamientos carentes de ética. Los pacientes siempre tienen derecho a ser tratados humanitariamente. Sin embargo, creo que es importante comprender la realidad de la atención médica actual. Como pacientes, quizás podemos adaptarnos a este sistema sin sacrificar la calidad de la medicina.

Las claves para navegar por el sistema de atención médica parecen ser la persistencia, una buena comunicación y la defensa activa de nuestros propios derechos. Al igual que en la vida diaria “quien no llora no mama”. Si necesita algo de la consulta del médico, como el resultado de una prueba, siga llamando hasta que le envíen el resultado. No se desanime y continúe insistiendo. No obstante, insista de forma amable y educada. Cuando se piden las cosas con educación se ganan más amigos que cuando se pierden los estribos. Y además es bueno tener amigos cuando uno necesita ayuda.

¿Qué debe esperar de su médico? ¿Cuáles son sus derechos? La respuesta a esta pregunta no es sencilla. En el año 1997, El Presidente Clinton designó una comisión para elaborar un plan que protegiera a los consumidores de atención médica. Desde el año 2001, ha habido varios intentos bipartisanos para aprobar leyes que ofrezcan más protección a los pacientes. Hasta ahora, ningún proyecto de ley sobre los derechos del paciente ha superado los procesos legislativos y ejecutivos.

Pero los pacientes sí están protegidos por algunas medidas. Las enfermeras, los médicos y los

sigue en la pág 6

## AASLD

viene de la pág 2

más altas. El protocolo del estudio se enmendó para reducir las dosis a 200 o 400 mg/día, y se suspendió la dosis de 800 mg.

### OTROS ANTIVIRALES EN ENSAYOS CLÍNICOS

Tan sólo hubo un par de ponencias en la AASLD dedicadas a otros dos compuestos en fase de desarrollo: el inhibidor de la polimerasa R1626 (un profármaco del análogo de nucleósido R1479) y el inhibidor de la polimerasa NS5B no nucleósido HCV-796, desarrollado conjuntamente por ViroPharma y Wyeth Pharmaceuticals.

Según la ponencia de Stuart Roberts (resumen LB2), 47 portadores del genotipo 1 en un ensayo en Fase I fueron distribuidos aleatoriamente para recibir R1626 por vía oral dos veces al día en cuatro posibles dosis (500, 1500, 3000 o 4500 mg) o bien placebo durante 14 días. En la conferencia se presentaron los resultados finales de los pacientes que recibieron las dos dosis más elevadas. Al cabo de 14 días, los sujetos que tomaban R1626 mostraron una reducción media del ARN del VHC de 2,6 y 3,7 logocopias, respectivamente, en los grupos de 3000 mg y 4500 mg. El Dr. Roberts calificó este descenso como “el mejor resultado que hemos visto de entre todos los inhibidores de la polimerasa estudiados hasta la fecha”. R1626 mostró

una buena tolerabilidad en dosis de hasta 3000 mg dos veces al día, aunque a dosis más altas se observaron reacciones adversas, entre las que destacaron las alteraciones hematológicas de leves a moderadas.

En una ponencia aparte (resumen 928), los investigadores señalaron que un análisis *in vitro* que utilizó un sistema de replicones demostró que R1479 (la forma activa de R1626 en el organismo) presenta efectos sinérgicos moderados cuando se combina con interferón convencional o con ribavirina, y

*“STAT-C junto con interferón pegilado y quizás también con ribavirina.”*

todo ello sin provocar un aumento de la toxicidad celular. La combinación de R1479 con otros compuestos para el VHC produjo efectos acumulativos. Basándose en los resultados obtenidos hasta la fecha, Roche ha iniciado la Fase II de ensayo de R1626 en politerapia con interferón pegilado más ribavirina.

Por lo que se refiere a HCV-796, Stephen Villano y cols. (resumen 1127) presentaron un estudio en el que 102 participantes sin experiencia terapéutica previa (72 con el genotipo 1) recibieron el fármaco por vía oral a distintas dosis (50, 100, 250, 500, 1000 o 1500 mg) dos veces al día como monoterapia durante 14 días. Las reducciones medias máximas del ARN

del VHC respecto al punto inicial fueron de 1,4-1,5 logocopias en los grupos con las dosis más altas para el día 4. Los datos sobre la secuencia génica del NS5B del VHC, obtenidos de 58 portadores del genotipo 1a, mostraron que los aumentos de la carga viral durante la monoterapia con HCV-796 estaban relacionadas con la selección de variantes víricas con mutaciones resistentes, entre ellas la C316Y.

No se presentaron nuevos datos acerca del inhibidor de la proteasa SCH 503034, de Schering-Plough, que se está evaluando actualmente entre pacientes que no han respondido previamente al tratamiento de interferón pegilado/ribavirina en un amplio estudio en Fase II tras haber obtenido unos resultados iniciales prometedores. Es importante recordar que muchos compuestos en fase de investigación nunca llegan a ser aprobados, debido a su eficacia subóptima o a su deficiente perfil de seguridad, tal como lo ilustra el caso del inhibidor de la proteasa experimental BILN 2061, de Boehringer-Ingelheim, que fue suspendido por provocar toxicidad cardíaca en los estudios con animales.

### DATOS PRECLÍNICOS

En la AASLD hubo también varias referencias a compuestos experimentales contra el VHC que todavía no han empezado a evaluarse en ensayos clínicos.

sigue en la pág 5

## AASLD

viene de la pág 4

Hua Tan y cols. (resumen 933) expusieron una presentación con carteles sobre el inhibidor de la proteasa NS3/4A del VHC ITMN-191, un fármaco administrado por vía oral que está desarrollando InterMune. En un estudio *in vitro* de ITMN-191 más interferón pegilado que se sirvió de dos sistemas de replicones del VHC, los investigadores hallaron que esta politerapia inhibe de forma sinérgica la multiplicación del VHC empleando concentraciones bajas de ambos compuestos, lo cual sugiere que su administración conjunta confiere un beneficio clínico potencial y podría presentar una barrera genética más sólida contra la aparición de resistencia a ITMN-191. Se prevé que la Fase I de ensayo comience próximamente.

Además, se presentaron datos sobre otros compuestos antivirales más adentrados en la fase de investigación, tales como:

- **A-837093**: este inhibidor de la polimerasa NS5B, desarrollado por Abbott Laboratories, suprimió el VHC en modelos de replicones con el genotipo 1a y 1b y en chimpancés; cuando se utilizó como monoterapia, el virus se volvió resistente al fármaco con bastante rapidez, pero cuando se combinó con otros compuestos antivirales mostró actividad sinérgica y un nivel mínimo de resistencia cruzada (resúmenes 128, 417, 432).

- **ACH-806**: este compuesto de Achillion Pharmaceuticals parece funcionar bloqueando el complejo de la replicasa del VHC en una etapa del proceso de multiplicación distinta a la de los inhibidores de la proteasa; las variantes víricas resistentes a ACH-806 y a otros fármacos similares siguieron siendo sensibles a otras clases de compuestos contra el VHC (tales como los inhibidores de la proteasa NS3/4A y los inhibidores de la polimerasa NS5B), y viceversa (resumen 937).

- **AG-021541**: este inhibidor no nucleósido de la polimerasa, desarrollado por Agouron/Pfizer, mostró actividad contra el VHC *in vitro*, pero al mismo tiempo permitió la aparición de variantes víricas con mutaciones resistentes, lo que redujo la sensibilidad al fármaco (resumen 931).

### TERAPIAS INMUNOMODULADORAS

En la AASLD varios investigadores presentaron datos sobre numerosas terapias experimentales que actúan a nivel del sistema inmunitario en lugar de atacar al propio virus, entre ellas:

- Nuevas formas de interferón, como el interferón de seroalbúmina (Albupheron) y el interferón de consenso (Infergen);

- CPG10101 (Actilon), un agonista del receptor 9 tipo toll que activa las células dendríticas, los linfocitos B y los linfocitos citolíticos naturales;

- El anticuerpo monoclonal bavituximab;
- Inhibidores de la ciclofilina, como SCY-635 y DEBIO-025;
- GI-5005, un inmunógeno molecular derivado de la levadura con dianas específicas, o “tarmogén”.

### PERSPECTIVAS DE CARA AL FUTURO

Los expertos del simposio satélite discutieron las implicaciones de los nuevos compuestos antivirales con dianas específicas y trataron de determinar hasta qué punto éstos podrían alterar el panorama del tratamiento contra el VHC. Según el Dr. Jacobson, las terapias STAT-C ofrecen la posibilidad de desarrollar “tratamientos que puedan curar a una proporción de pacientes sustancialmente más elevada de lo que es posible actualmente”.

Jean-Michel Pawlotsky declaró que “no hay ninguna duda en absoluto” de que la politerapia es la tendencia del futuro. Aunque es posible que el tratamiento de la hepatitis C termine basándose en “cócteles” por vía oral, todos coincidieron en que en un futuro próximo habrá que usar los fármacos STAT-C junto con interferón pegilado y quizás también con ribavirina. Sin embargo, la adición de compuestos antivirales podría permitir que los ciclos terapéuticos fueran más cortos, con lo que se reduciría la toxicidad de la politerapia de interferón pegilado más ribavirina.

sigue en la pág 7

## CONSEJOS

viene de la pág 3

cirujanos deben seguir códigos éticos. Los pacientes tienen unos derechos muy bien definidos cuando son atendidos en hospitales y residencias de enfermería especializada. Algunos estados, como California y Nueva York, tienen Proyectos de Ley sobre derechos básicos de los pacientes. Varias organizaciones profesionales establecen derechos de los pacientes, como la Asociación Norteamericana de Psiquiatría y la Comisión Conjunta para la Acreditación de las Organizaciones de Atención Médica.

Ante cualquier intervención quirúrgica, debe ser informado de los riesgos antes de dar su consentimiento. Esta autorización por escrito se conoce como *consentimiento informado*. Es obligatorio enumerar todos los riesgos potenciales, incluso si es poco probable que se produzcan. Leer esta información puede provocar temores, por lo que es aconsejable pedir detalles más específicos sobre los riesgos al médico o la enfermera. Por ejemplo, cuando se lee que uno de los riesgos de la biopsia hepática es la muerte se siente bastante miedo. Pero cuando nos dicen que eso sucede en 3 de cada 10.000 biopsias, el riesgo no parece tan terrible. Si usted goza de buena salud, se ha sometido a las pruebas analíticas necesarias y cuenta con un médico experimentado, ese riesgo es aún más bajo.

Los pacientes también tienen unos derechos bien definidos en cuanto a la confidencialidad de

su información médica. Gracias a la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad de Información de los Seguros Médicos (HIPAA), usted tiene derecho a la privacidad y a acceder a su información médica. Tiene derecho a ser notificado cuando se comparta su información, a saber con quién se comparte y, en determinados casos, puede decidir si su información debe compartirse. Tiene derecho a efectuar correcciones en su información médica y a presentar demandas si se viola alguno de esos derechos.

Si participa en un ensayo clínico, sus derechos están celosamente protegidos. Antes de poder iniciar un ensayo clínico, debe cumplir los estrictos criterios exigidos por la Agencia del Medicamento Estadounidense (FDA). Además, un comité independiente de expertos debe aprobar todos los estudios antes de permitir la participación de seres humanos. Este comité está integrado por profesionales procedentes de múltiples disciplinas: médicos, científicos, farmacéuticos, enfermeros y representantes que no pertenecen a la comunidad científica, como abogados, clérigos o seglares. Los ensayos se van evaluando a lo largo del estudio, y todas las personas vinculadas con el mismo están obligadas a conservar la documentación del caso durante mucho tiempo tras la finalización del estudio. Los participantes deben estar informados de sus derechos, entre ellos el derecho a abandonar el ensayo por cualquier motivo sin que ello influya en la atención médica que reciba

posteriormente.

Pocos días después de publicarse la historia sobre el abandono de pacientes, los medios de comunicación contaron otra historia sobre los hospitales. Esa historia representaba la cara buena de la medicina. En un esfuerzo para reducir las visitas a las salas de urgencias, algunos hospitales están ofreciendo atención médica gratuita a pacientes externos. Su objetivo es resolver los problemas médicos antes de que se conviertan en situaciones de crisis. Esta medida sí es compasiva, y ojalá se pusiera en práctica en todos los hospitales. Pero sobre todo resulta alentador escuchar alguna buena noticia sobre el sistema de atención médica.

### PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN:

HIPAA [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa)  
1-866-627-7748

Americans with Disabilities Act (Ley de Discapacidad en los EE.UU.), la Seguridad Social o la Family Medical Leave Act (Ley de Licencia Médica por Motivos Familiares):

*A Guide to Hepatitis and Disabilities* (en inglés, bajo la sección de "Guides" del HCSP) y *Cómo Conseguir los Subsidios de Discapacidad por el VHC concedidos por la Seguridad Social* (en la sección de Hojas Informativas) [www.hcvadvocate.org](http://www.hcvadvocate.org)

Los derechos de los participantes en ensayos clínicos: *A Guide to Understanding Clinical Trials and Medical Research in Hepatitis C* (en inglés, bajo la sección de "Guides" del HCSP) [www.hcvadvocate.org](http://www.hcvadvocate.org)



## AASLD

viene de la pág 5

Asimismo, el uso de compuestos antivirales en conjunción con terapias inmunomoduladoras parece alentador, especialmente para los pacientes “difíciles de tratar”, como aquellos que no hayan respondido a tratamientos previos o hayan recaído posteriormente. El Dr. Jacobson señaló que todavía no está claro qué sucede cuando se suprime el VHC. Es posible que el virus siga estando presente a concentraciones bajas en reservorios situados fuera del hígado, lo cual provocaría una recaída después de haber finalizado la terapia. La respuesta a este misterio es lo que determinará si van a necesitarse siempre inmunomoduladores como complemento a los compuestos antivirales.

Además, los ponentes comentaron su preocupación sobre la resistencia del virus a los fármacos antivirales. Según el Dr. Pawlotsky, la resistencia no puede evitarse, pero “sí puede retrasarse o controlarse”. Charles Rice sugirió que es lógico esperar que la terapia de la hepatitis C se vuelva más compleja, al igual que sucedió con la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) para el VIH, que por una parte revolucionó el tratamiento, pero por otra presenta a los médicos y a los pacientes una “desconcertante” variedad de opciones terapéuticas.

Todos los compuestos STAT-C que se están desarrollando actualmente pueden permitir la aparición de resistencia vírica si se utilizan como monoterapia. Las mutaciones resistentes pueden retrasarse mediante el empleo simultáneo de múltiples compuestos que ataquen al VHC en diferentes etapas de su ciclo vital. El mejor método para prevenir la resistencia es suprimir la multiplicación del virus en todo lo posible, y por lo tanto es fundamental cumplir el tratamiento al pie de la letra. “Al igual que con el VIH, tenemos que ser más sofisticados para no dejar margen a la resistencia”, advirtió el Dr. Jacobson.

Como conclusión, John McHutchison afirmó que, a pesar de sus incertidumbres y potenciales inconvenientes, el desarrollo de compuestos antivirales que ataquen directamente al VHC es un avance terapéutico “muy interesante”. El Dr. Jacobson agregó, “la STAT-C es un salto adelante de la magnitud de la TARGA”.



**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

**Diseño**  
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.

© 2006 Hepatitis C Support Project

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



[www.hcvadvocate.org](http://www.hcvadvocate.org)

**HASP**

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