

## Introducción

El embarazo induce cambios fisiológicos que modifican la farmacocinética de los antirretrovirales (ARV). Estas variaciones, en el incremento del volumen plasmático, metabolismo hepático y el aumento de la filtración renal, pueden disminuir las concentraciones de algunos fármacos y comprometer su eficacia. Para el manejo del VIH en gestantes, estos cambios representan un desafío farmacológico y de salud pública, pudiendo reducir su eficacia. Optimizar la farmacocinética en este contexto, mediante dosificación y monitoreo adecuado, es crucial para asegurar supresión viral sostenida, prevenir la transmisión vertical, reducir complicaciones obstétricas, neonatales y evitar resistencia viral mediante un uso racional de los recursos terapéuticos, permitiendo un abordaje que proteja la salud materna y fetal.

### Cambios farmacocinéticos en gestantes

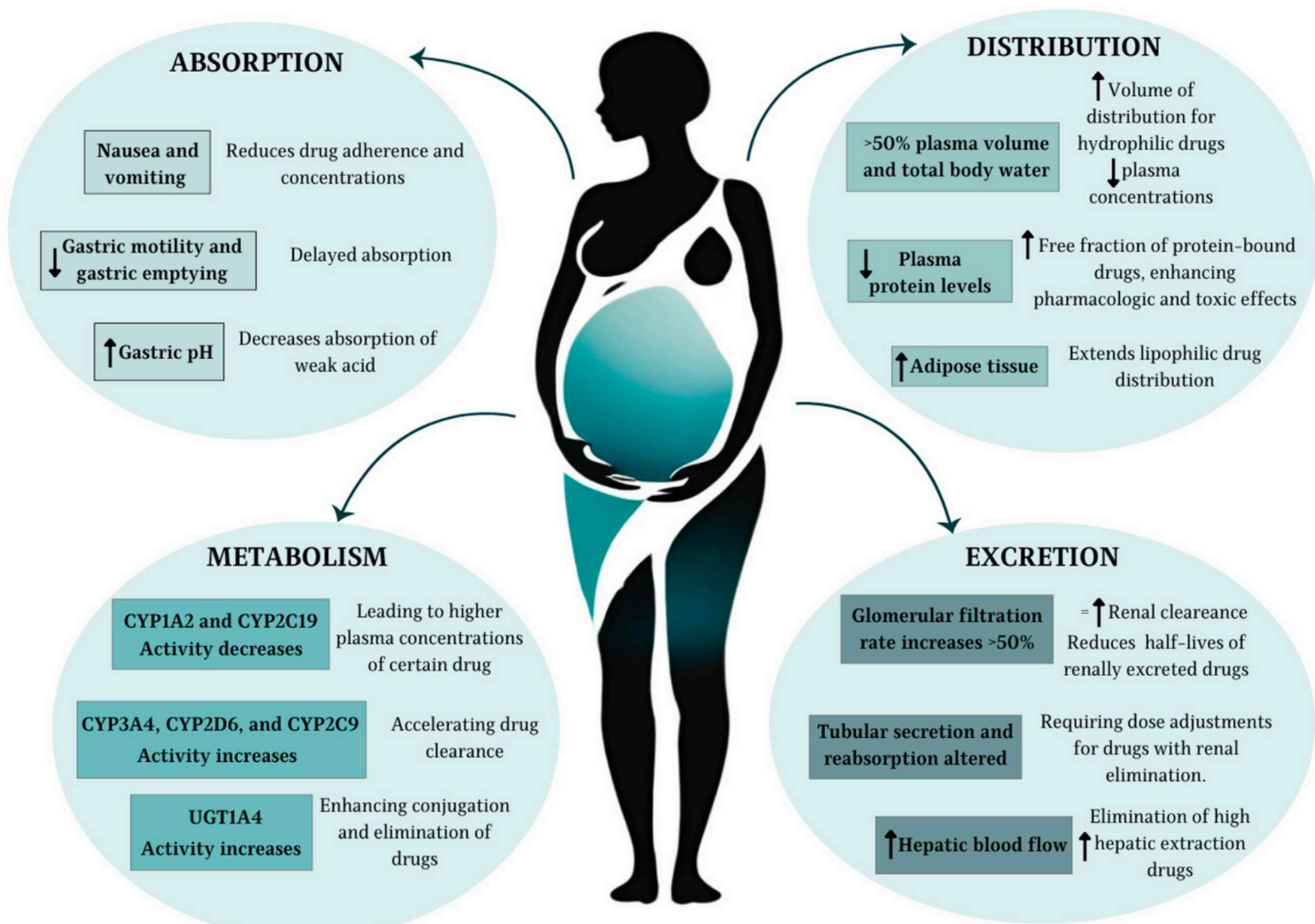


Figure 1. Most relevant pharmacokinetic changes during pregnancy. ↑ indicates an increase, ↓ a decrease, and = no change.

## Objetivo

Analizar cómo las adaptaciones farmacocinéticas inducidas por el embarazo afectan la eficacia y seguridad de la terapia antirretroviral (TAR) y proponer estrategias de optimización individualizada para mujeres gestantes con VIH.

## Metodología

Tipo de estudio: revisión narrativa de la literatura



**Fuentes:** artículos científicos indexados en PubMed de los últimos 5 años, en su mayoría, clinical trials, palabras clave "Pharmacokinetics AND pregnancy AND HIV".

**Herramientas:** ChatGPT 4.0 para la clasificación de artículos, por mecanismo de acción del fármaco, optimización de resúmenes de los artículos: síntesis, unión, filtración de información y redacción.

## Resultados

Clase de antirretroviral	Recomendaciones de ajuste de dosis	Recomendaciones de ajuste de dosis
<b>Inhibidores de proteasa (PIs): Lopinavir/Ritonavir</b>	Aumentar a 600/150 mg o 500/125 mg dos veces al día durante el 2do y 3er trimestre en pacientes con previo uso de PIs o carga viral basal > 50 copias/mL. Evitar dar 1 vez al día.	Monitorear concentraciones plasmáticas.
<b>Inhibidores de proteasa (PIs): Atazanavir/Ritonavir</b>	Aumentar a 400/100 mg durante el 2do y 3er trimestre si se coadministra tenofovir disoproxil fumarato o antagonista del receptor H2.	Monitorear concentraciones plasmáticas.
<b>Inhibidores de la transferencia de cadena de la integrasa (INSTIs): Dolutegravir</b>	No ajustar dosis en la mayoría de casos.	Monitorear niveles si se coadministra con inductores enzimáticos.
<b>Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (NRTIs): Tenofovir disoproxil fumarato</b>	La dosis estándar (300 mg una vez al día) suele ser suficiente.	Monitorear la función renal y los niveles de tenofovir en pacientes con compromiso renal.
<b>Regímenes potenciados con cobicistat: Elvitegravir/cobicistat, Atazanavir/cobicistat</b>	Evitar debido a la pérdida del efecto potenciador, lo que provoca exposición insuficiente al fármaco y riesgo de falla virológica.	No aplica (deben evitarse).

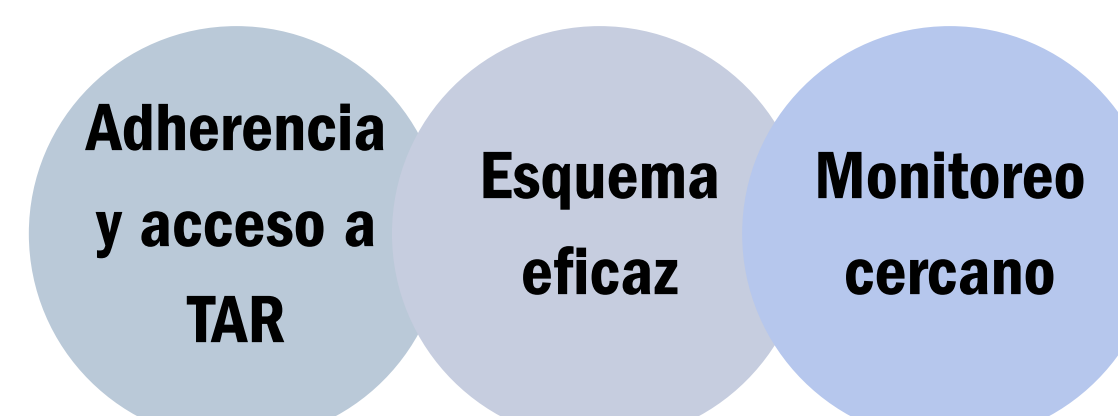
## Conclusiones

**Clínicamente:** existen cambios farmacocinéticos en el embarazo que afectan las concentraciones plasmáticas de los ARV. Aunque varios mantienen su eficacia, debe especificarse cada fármaco descrito para su respectivo ajuste de dosis y garantizar la supresión viral y protección fetal.

En general, el dolutegravir es el ARV de elección, no requiere ajustes y es seguro.

**En salud pública:** son

fundamentales para eliminar la transmisión vertical:



Hallazgos en pruebas farmacogenómicas pueden alterar de forma adicional la eficacia del tratamiento.

**Para el futuro:** se requieren guías globales para garantizar la seguridad materno fetal, que incluyan perfiles de investigación completos y con mayor alcance para evaluar la seguridad a largo plazo.