


## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Tratamiento preventivo de la tuberculosis en personas viviendo con VIH en Argentina. ¿Se necesita el PDD para indicar un tratamiento preventivo?

Fernando Biasutti 

## RESUMEN

La tuberculosis (TB) continúa siendo una amenaza relevante para las personas que viven con VIH (PVVIH) en la Argentina. A pesar de la evidencia científica que respalda la implementación del tratamiento preventivo de la TB (TPT) en este grupo, su adopción en la práctica clínica en el país sigue siendo limitada. En este artículo se analiza la necesidad de detectar y tratar la infección tuberculosa en las PVVIH en la Argentina y se propone una estrategia operativa para la implementación del TPT en esta población. Se concluye que resulta imprescindible establecer un sistema de pesquisa, tratamiento y registro de la información en nuestras PVVIH.

**Palabras clave:** tuberculosis, VIH, tratamiento preventivo, Argentina.

Programa Provincial de VIH, Tuberculosis, ETS, Hepatitis Virales y Lepra de la Provincia de Santa Fe, Argentina. AIDS Healthcare Foundation (AHF).

**Autor responsable para correspondencia:**  
Fernando Biasutti, drbiasuttifernando@gmail.com

**Recibido:** 17/9/25 **Aceptado:** 10/11/25

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda de manera consistente el tratamiento preventivo de la tuberculosis (TPT) desde 1993. En la Argentina, si bien se realiza la búsqueda sistemática de tuberculosis (TB) en personas que viven con VIH (PVVIH), el tratamiento de la infección tuberculosa sigue siendo una asignatura pendiente. Resulta llamativo que esta práctica se encuentre presente en todas las *Recomendaciones sobre el manejo de infecciones oportunistas en pacientes con infección por VIH* desde su primera publicación (1). Las causas de esta brecha son múltiples y de diversa índole. Probablemente la respuesta se halle en una serie de interrogantes que se plantean los profesionales y que la evidencia científica aún no logra responder con claridad, ¿o sí?

## Discusión

Está bien establecido que el tratamiento antirretroviral (TAR) contribuye a la prevención de la TB en las PVVIH mediante la restitución y el fortalecimiento del sistema inmunitario (2-5). A pesar del efecto protector del TAR, las tasas de incidencia de TB en las PVVIH permanecen más elevadas que en la población general (6, 7). Este fenómeno puede explicarse por factores como la adherencia irregular al TAR (8), la recuperación lenta o subóptima de linfocitos T CD4 (9), la persistencia de defectos cuali-cuantitativos en la respuesta inmunitaria (10) e, incluso, en ciertas regiones, por las altas tasas de reexposición y reinfección.

Aun en pacientes con recuentos de linfocitos T CD4 superiores a 500 células/mm<sup>3</sup>, el riesgo de TB se mantiene más del doble respecto de la población sin VIH (9). Un estudio prospectivo de más de 10 años en una cohorte de PVVIH bajo TAR en África subsahariana mostró que, en el análisis univariado, el bajo recuento de CD4, el alto recuento de CD8, la relación CD4/CD8 < 0,30, la baja adherencia al TAR y la falla virológica se asociaron a mayor riesgo de TB. Sin embargo, en el análisis multivariado únicamente la relación CD4/CD8 < 0,30 (riesgo relativo ajustado: 4,08; IC 95%: 1,31-12,68; p = 0,015) se mantuvo como factor independiente. Estos hallazgos se replicaron incluso en pacientes con supresión viral, lo que llevó a concluir que una relación CD4/CD8 baja constituye un marcador de riesgo residual de TB (11). Otros estudios confirmaron que la restauración incompleta de linfocitos

CD4, a pesar del TAR, incrementa la vulnerabilidad a la enfermedad (12).

En un metaanálisis que incluyó 272 548 PVVIH de 25 cohortes europeas (1983-2015; COHERE Study Group) se demostró que el control subóptimo de la carga viral era un factor de riesgo independiente del recuento de CD4 para el desarrollo de TB (13). En una cohorte etíope, el 78% de los casos de TB ocurrieron durante el primer año de seguimiento, con mayor incidencia en PVVIH que no habían completado al menos seis meses de TAR y, en segundo lugar, en aquellas que no habían recibido TPT (14).

Estos datos respaldan la recomendación de indicar TPT mientras el TAR restituye la inmunidad.

Un motivo de reticencia en la práctica clínica es el temor de generar resistencia antimicrobiana y de “agregar pastillas y efectos adversos” al TAR. No obstante, el TPT, ya sea mediante esquemas clásicos (isoniacida o rifampicina en monoterapia) o esquemas modernos (isoniacida + rifapentina), no aumenta el riesgo de resistencias siempre que se descarte razonablemente una TB activa. Para ello, la pesquisa sistemática de los cuatro síntomas cardinales (tos o expectoración, fiebre, pérdida de peso y sudoración vespertina), complementada con radiografía de tórax —útil en casos subclínicos<sup>1</sup>— y, en ocasiones, pruebas de laboratorio como PCR<sup>2</sup>, constituye una estrategia fundamental.

El número elevado de comprimidos y la baja adherencia observada con el esquema clásico de isoniacida durante 6-9 meses explican el escepticismo respecto a la utilidad del TPT. La eficacia se ve comprometida cuando la adherencia es insuficiente. En este sentido, los esquemas abreviados con isoniacida + rifapentina (3HP y 1HP) han demostrado superar esta limitación (15). En un estudio de cohorte retrospectivo en Brasil entre 2021 y 2023, que incluyó a 15.171 PVVIH, se evaluó el impacto del régimen abreviado de tres meses con isoniazida y rifapentina administradas semanalmente (3HP) sobre la finalización del TPT. Los resultados evidenciaron que la tasa global de finalización del TPT fue del 76%, y que la implementación del esquema 3HP se asoció con un incremento promedio del 11% en la probabilidad de completar el tratamiento en

1 A partir de 2024 la OMS reemplazó el término “TB subclínica” por “TB asintomática”.

2 La proteína C reactiva (PCR) con punto de corte >5 mg/L.

comparación con los esquemas tradicionales (16). Estos hallazgos respaldan la efectividad del régimen 3HP como una estrategia promisoría para mejorar la adherencia y la cobertura del TPT en PVVIH. En consonancia, en sus últimas guías la OMS recomienda el esquema 3HP como TPT de elección en PVVIH (17).

Respecto a los beneficios, la mayoría de los estudios documentan una reducción de la incidencia de TB, aunque no siempre se observa una disminución significativa de la mortalidad, e incluso se ha sugerido que los efectos protectores desaparecen tras finalizar el tratamiento (18). El estudio TEMPRANO (19), ensayo clínico aleatorizado y controlado realizado en la era del TAR, aportó evidencia sólida al demostrar que el TPT redujo en un 37% la mortalidad en PVVIH adultas, independientemente del TAR y del nivel de CD4. Además, mostró que los beneficios de seis meses de isoniazida persistían al menos seis años después de la finalización. Resultados consistentes fueron reportados en Brasil, donde se comprobó la "durabilidad" del TPT y se reforzó la hipótesis de que TAR y TPT, administrados conjuntamente, aportan beneficios complementarios (20).

En cuanto a su mecanismo, el TPT esteriliza formas latentes de *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) y previene nuevas infecciones durante el tratamiento, mientras que el TAR restaura la función inmunitaria, reduciendo tanto el riesgo de adquirir nuevas infecciones como de reactivar las ya existentes.

También influye en la práctica clínica la limitada confianza en el derivado proteico purificado (PPD), principal herramienta diagnóstica disponible en la Argentina. Su fiabilidad se ve comprometida por falsos negativos derivados de la inmunodepresión, falsos positivos vinculados a la vacuna BCG y bajo valor predictivo positivo. Las pruebas de liberación de interferón gamma (IGRA) aportan cierta mejora, aunque su rendimiento sigue siendo modesto y su alto costo las hace poco viables en el contexto nacional (21-23).

En un estudio prospectivo de más de 22.000 personas de alto riesgo en Estados Unidos, PPD y dos IGRAs (QuantIFERON-TB Gold In-Tube y T-SPOT.TB) se compararon para predecir la progresión a enfermedad tuberculosa incidente. Se observó que ambos IGRAs tenían una mejor relación de valor predictivo positivo (VPP) que el PPD: 1,65 (IC 95 % 1,35-2,02) para T-SPOT y 1,47 (IC 95 % 1,22-1,77) para QuantIFERON, respecto al PPD. Además, si ya había

un PPD positivo, un resultado positivo adicional de IGRA aumentaba significativamente el VPP. Estos hallazgos respaldan el uso de IGRA sobre el PPD para guiar decisiones de tratamiento de infección tuberculosa e intervenciones de prevención en entornos de baja incidencia (24).

Santin *et al.* demostraron que tanto el PPD como IGRA presentan una disminución significativa en la detección de infección tuberculosa latente en personas seropositivas para VIH con recuentos bajos de linfocitos CD4. Aunque el IGRA mostró una menor reducción de positividad en comparación con el PPD, ambas pruebas mostraron una caída en la positividad al disminuir los recuentos de linfocitos CD4: para el PPD la positividad fue 15,8% (>500 CD4), 10,3% (301-500) y 0% ( $\leq$ 300) ( $p=0,002$ ), y para el IGRA 15,8%, 13,8% y 0% (<100 CD4) ( $p=0,03$ ), evidenciando importantes limitaciones cuando la inmunosupresión era marcada (25).

Finalmente, la ausencia de un registro oficial de TPT en el Sistema de Información Sanitaria de Argentina (SISA) constituye un obstáculo adicional para su implementación.

La evidencia disponible es amplia y contundente respecto de la necesidad de implementar una estrategia de detección, tratamiento y registro de la infección tuberculosa en PVVIH en la Argentina. Los beneficios de aplicar en la práctica clínica las recomendaciones de las guías en una patología como la tuberculosis son innegables.

No obstante, persiste un dilema por resolver.

Las guías de la OMS recomiendan que los adultos, adolescentes y niños que viven con VIH, siempre que se haya descartado razonablemente una TB activa, reciban TPT independientemente de la positividad en las pruebas de PPD o IGRA, de la prevalencia regional de TB, de antecedentes de tratamiento por TB activa, del grado de inmunosupresión o de la carga viral (26). Esta recomendación ha demostrado ser costo-efectiva en países con alta carga de la enfermedad y recursos limitados.

En contraste, la situación es diferente en países con baja carga de TB y altos recursos, como Estados Unidos o Canadá, donde las guías de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) reflejan esta realidad. En tales contextos, el TPT se indica a PVVIH únicamente si la prueba de PPD o IGRA resulta positiva, o si, aun con un resultado negativo, existe antecedente de contacto con un caso bacilífero.

En la Argentina, sin embargo, se ha adoptado como referencia un modelo cercano a un “copia y pega” de estas últimas guías, lo que genera tensiones en la práctica clínica.

En consecuencia, cabe reflexionar que la Argentina no se encuentra representada en ninguno de los dos escenarios extremos que describen las guías internacionales.

En la Argentina, la endemidad de la TB muestra una tendencia al aumento, aunque las tasas actuales la ubican aún dentro de una endemidad moderada (31 casos por cada 100.000 habitantes), con fuerte heterogeneidad territorial —algunas provincias del norte y el Área Metropolitana de Buenos Aires presentan tasas notablemente más altas que otras regiones (27)—. En cuanto al VIH, las tasas de nuevos diagnósticos se mantienen relativamente estables en los últimos años (12 casos por cada 100.000 habitantes), con una epidemia concentrada en grupos de mayor vulnerabilidad (como hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans), y sin una tendencia clara al aumento en la población general (28).

Según el más reciente boletín epidemiológico del país, en Argentina la coinfección entre tuberculosis (TB) y VIH se sitúa en alrededor del 7,2% de los casos de TB en 2024 y ha crecido a un ritmo estimado de un 19,5% anual promedio entre 2020 y 2024 (29).

Resulta razonablemente claro que aquellas PVVIH en quienes se descarta TB activa y presentan un test positivo de infección tuberculosa deberían recibir TPT. Sin embargo, el panorama es mucho menos evidente cuando el resultado de estas pruebas es negativo.

En este contexto, cobran especial relevancia los hallazgos de un estudio realizado en Taiwán, en el que se combinó la carga viral, el recuento de linfocitos T CD4 y la prueba IGRA para orientar la indicación de TPT en PVVIH. Esta estrategia permitió, en un país con prevalencia moderada de TB y acceso generalizado al tratamiento antirretroviral, aumentar la sensibilidad diagnóstica del 37,5% al 76,5% en comparación con el uso exclusivo de IGRA. Asimismo, el valor predictivo negativo se incrementó del 98,5% al 99,2%.

Además, esta aproximación posibilitó evitar aproximadamente un 60% de tratamientos innecesarios en relación con la estrategia propuesta por la OMS de indicar TPT a todas las PVVIH, independientemente de otros factores clínicos (30).

Aunque las pruebas de IGRA presentan ciertas ventajas frente al PPD, las guías de la OMS reconocen la ausencia de un estándar de referencia definitivo. En este contexto, la elección entre IGRA y PPD debe basarse en la evidencia disponible, el análisis de costo-efectividad y las consideraciones de factibilidad programática, priorizando la adecuación al contexto económico y operativo de cada país. Por lo tanto, en nuestro medio, si IGRA no está disponible, puede utilizarse PPD.

En relación a lo expuesto en el presente artículo y considerando la importancia del TAR, el nivel de linfocitos T CD4 y la CV en el desarrollo de la enfermedad por Mtb en las PVVIH, una propuesta de trabajo sería la siguiente:

### Algoritmo propuesto para la indicación de IGRA/PPD y TPT en las PVVIH en la Argentina

Indicar **TPT sin IGRA/PPD** en PVVIH con\*:

- CV detectables < 100.000 copias y  $CD4 \leq 350/mm^3$
- $CV \geq 100.000$  copias independientemente del recuento de CD4

Indicar **TPT con IGRA (+)/ PPD  $\geq 5mm$**  en PVVIH con\*\*:

- CV detectables < 100.000 copias y  $CD4 > 350/mm^3$
- CV persistentemente indetectable independientemente del recuento de CD4

## Conclusión

La implementación del tratamiento preventivo de la tuberculosis en personas que viven con VIH en la Argentina es una deuda pendiente. Adaptar las recomendaciones internacionales a la realidad epidemiológica y sanitaria local mediante algoritmos propios permitirá reducir la

\* PVVIH contactos estrechos de pacientes bacilíferos, deben recibir TPT independientemente del resultado de IGRA/PPD.

\*\* PVVIH pertenecientes a grupos de alto riesgo de transmisión de Mtb (personas privadas de la libertad o personal policial/penitenciario, trabajadores de la salud expuestos, pueblos originarios o migrantes de países de alta endemidad, residentes permanentes o transitorios en instituciones de rehabilitación o refugio) considerar indicar TPT aún con IGRA (-)/PPD < 5mm.

morbimortalidad, optimizar recursos y cerrar una brecha histórica en salud pública.

El algoritmo propuesto para la indicación de IGRA o PPD y el TPT en PVVIH en la Argentina se fundamenta en la integración de criterios inmunoviológicos, epidemiológicos y operativos. Dada la elevada carga de tuberculosis en la población con VIH y las limitaciones del acceso universal a pruebas diagnósticas, se propone indicar TPT sin necesidad de las mismas en pacientes con inmunosupresión significativa o alta replicación viral, en los que la probabilidad de infección latente y progresión es mayor. En cambio, en PVVIH con mejor control inmunoviológico, el uso de IGRA o PPD permite orientar la indicación de TPT de manera más selectiva y eficiente.

Asimismo, el algoritmo incorpora determinantes sociales y ocupacionales de riesgo —como pertenencia a grupos vulnerables o exposición profesional—, lo que refuerza un enfoque contextualizado y equitativo de la prevención. En conjunto, esta propuesta ofrece una herramienta práctica y adaptable a los servicios de atención del VIH en la Argentina, con potencial de mejorar la implementación del TPT y contribuir a la meta de reducción de la coinfección TB/VIH.

Quizás sea el momento de dar esta discusión.

## Referencias bibliográficas

1. Comisión de VIH e ITS, Sociedad Argentina de Infectología. Recomendaciones sobre el manejo de infecciones oportunistas en pacientes con infección por VIH. Buenos Aires: SADI; 2016. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/publicaciones/15-diciembre-2016-recomendaciones-sobre-el-manejo-de-infecciones-oportunistas-en-pacientes-con-infeccion-por-hiv>.
2. Lawn SD, Wood R, De Cock KM, Kranzer K, Lewis JJ, Churchyard GJ. Antiretroviral and isoniazid preventive therapy in the prevention of HIV-associated tuberculosis in settings with limited health-care resources. *Lancet Infect Dis*. 2010;10(7):489-98.
3. Golub JE, Pronyk P, Mohapi L, Thsabangu N, Moshabela M, Struthers H, et al. Isoniazid preventive therapy, HAART and tuberculosis risk in HIV-infected adults in South Africa: a prospective cohort. *AIDS*. 2009;23(5):631-6.
4. Jones JL, Hanson DL, Dworkin MS, De Cock KM; Adult/Adolescent Spectrum of HIV Disease Group. HIV-associated tuberculosis in the era of highly active antiretroviral therapy. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2000;4(11):1026-31.
5. Moreno S, Jarrín I, Iribarren JA, Pérez-Elías MJ, Viciana P, Parra-Ruiz J, et al. Incidence and risk factors for tuberculosis in HIV-positive subjects by HAART status. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(12):1393-400.
6. Lawn SD, Myer L, Bekker LG, Wood R. Burden of tuberculosis in an antiretroviral treatment programme in sub-Saharan Africa: impact on treatment outcome and implications for tuberculosis control. *AIDS*. 2006;20(12):1605-12.
7. Girardi E, Sabin CA, d'Arminio Monforte A, Hogg B, Phillips AN, Gill MJ, et al. Incidence of tuberculosis among HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy in Europe and North America. *Clin Infect Dis*. 2005;41(12):1772-82.
8. Mesfin N, Deribew A, Yami A, Solomon T, Van Geertruyden JP, Colebunders R. Predictors of antiretroviral treatment-associated tuberculosis in Ethiopia: a nested case-control study. *Int J STD AIDS*. 2012;23(2):94-8.
9. Lawn SD, Myer L, Edwards D, Bekker LG, Wood R. Short-term and long-term risk of tuberculosis associated with CD4 cell recovery during antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*. 2009;23(13):1717-25.
10. Lawn SD, Bekker LG, Wood R. How effectively does HAART restore immune responses to Mycobacterium tuberculosis? Implications for tuberculosis control. *AIDS*. 2005;19(11):1113-24.
11. Wolday D, Kebede Y, Legesse D, Siraj DS, McBride JA, Kirsch MJ, et al. Role of CD4/CD8 ratio on the incidence of tuberculosis in HIV-infected patients on antiretroviral therapy followed for more than a decade. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233049. doi:10.1371/journal.pone.0233049.
12. Kassa D, Gebremichael G, Alemayehu Y, Wolday D, Messele T, van Baarle D. Virological and immunological outcome of HAART in HIV-infected patients with and without tuberculosis (TB) and latent TB infection (LTBI) in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS Res Ther*. 2013;10(1):18. doi:10.1186/1742-6405-10-18.
13. Atkinson A, Kraus D, Banholzer N, Miró JM, Reiss P, Kirk O, et al. HIV replication and tuberculosis risk among people living with HIV in Europe: a multicohort analysis, 1983–2015. *PLoS One*. 2024;19(10):e0312035. doi:10.1371/journal.pone.0312035.
14. Ajema AT, Simachew Y, Meshesha MD, Gari T. Time to tuberculosis development and its predictors among HIV-positive patients: a retrospective cohort study. *PLoS One*. 2024;19(2):e0298021. doi:10.1371/journal.pone.0298021.
15. World Health Organization. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention: tuberculosis preventive treatment. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002904>.
16. Cola JP, dos Santos G S, Mattos de Souza F, Martins Sales C M, Sávio Dias Moura H, Arcêncio R A, Maciel E L N, do Prado T N. Efeito do esquema 3HP na conclusão do tratamento preventivo da tuberculose em pessoas que vivem com HIV: uma coorte retrospectiva no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2025 Oct 3;41(9):e00231024. doi:10.1590/0102-311XPT231024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12494387/>
17. World Health Organization. Consolidated guidelines on tuberculosis: Module 1 – Prevention: Tuberculosis preventive treatment, second edition. Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096196>.
18. Johnson JL, Okwera A, Hom DL, Mayanja H, Mutuluza Kityo C, Nsubuga P, et al. Duration of efficacy of treatment of latent tuberculosis infection in HIV-infected adults. *AIDS*. 2001;15(16):2137-47.
19. Badje A, Moh R, Gabillard D, Ghuéhi C, Kabran M, Ntakpé JB, et al. Effect of isoniazid preventive therapy on risk of death in West African, HIV-infected adults with high CD4 cell counts: long-term follow-up of the Temprano ANRS 12136 trial. *Lancet Glob*

- Health. 2017;5(11):e1080-9. doi:10.1016/S2214-109X(17)30308-0.
20. Sumner T, Houben RM, Rangaka MX, Maartens G, Boulle A, Wilkinson RJ, et al. Post-treatment effect of isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected individuals on antiretroviral therapy. *AIDS*. 2016;30(8):1279-86.
  21. Diel R, Goletti D, Ferrara G, Bothamley G, Cirillo D, Kampmann B, et al. Interferon- $\gamma$  release assays for the diagnosis of latent *Mycobacterium tuberculosis* infection: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2011;37(1):88-99.
  22. Menzies D, Pai M, Zwerling A. Systematic review: T-cell-based assays for the diagnosis of latent tuberculosis infection: an update. *Ann Intern Med*. 2008;149(3):177-84.
  23. Ramos JM, Robledano C, Masiá M, Belda S, Padilla S, Rodríguez JC, et al. Contribution of interferon gamma assays to the diagnosis of latent tuberculosis infection in HIV-infected patients: a comparison of QuantiFERON-TB Gold In-Tube, T-SPOT.TB and tuberculin skin test. *BMC Infect Dis*. 2012;12:169. doi:10.1186/1471-2334-12-169.
  24. Ayers T; Hill JE; Raykin LB; Mohanty S; Brostrom R; Lauzardo M; et al. Comparison of Tuberculin Skin Testing and Interferon- $\gamma$  Release Assays in Predicting Tuberculosis Disease. *JAMA Network Open*. 2024;7(4):e244769. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.4769.
  25. Santin M, Casas S, Saumoy M, Andreu A, Moure R, Alcaide F, Ferrer E, Podzamczar D. Detection of latent tuberculosis by the tuberculin skin test and a whole-blood interferon- $\gamma$  release assay, and the development of active tuberculosis in HIV-seropositive persons. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2011 Jan;69(1):59-65. doi:10.1016/j.diagmicrobio.2010.09.005.
  26. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention: tuberculosis preventive treatment. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091724>.
  27. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín N° 8 • Tuberculosis y lepra en la Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2025. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin\\_epidemiologico\\_tb\\_2025\\_ndeg8.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin_epidemiologico_tb_2025_ndeg8.pdf).
  28. (28) Ministerio de Salud de la Nación. En el Día Mundial de la Respuesta al VIH, Salud presenta los datos del Boletín N° 40 de VIH e ITS en la Argentina 2023. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/en-el-dia-mundial-de-la-respuesta-al-vih-salud-presenta-los-datos-del-boletin-ndeg40-de-vih-Argentina>.
  29. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Boletín Epidemiológico Nacional. Año 2025; N.º 765 (SE 28). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2025. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/boletines>.
  30. Lee SSJ, Lin HH, Tsai HC, Su IJ, Yang CH, Sun HY, et al. A clinical algorithm to identify HIV patients at high risk for incident active tuberculosis: a prospective 5-year cohort study. *PLoS One*. 2015;10(8):e0135003. doi:10.1371/journal.pone.0135003.

### Tuberculosis preventive treatment in people living with HIV in Argentina

Tuberculosis (TB) remains a major threat to people living with HIV (PLHIV) in Argentina. Despite robust scientific evidence supporting the implementation of TB preventive therapy (TPT) in this group, its adoption in clinical practice within the country remains limited. This article discusses the need to detect and treat TB infection in PLHIV in Argentina and proposes an operational strategy for the implementation of TPT in this population. It concludes that establishing a comprehensive system for screening, treatment, and information recording in PLHIV is essential.

**Key words:** tuberculosis, HIV, preventive therapy, Argentina.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>