

Brote de sarampión en los campamentos de refugiados saharauis

Sr. Editor:

El sarampión sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infantil. En el año 2000, se contabilizaron 777.000 muertes por esta enfermedad, siendo el continente africano el territorio más afectado¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a todos los países africanos que se incorporen a los programas de vacunación para el control del sarampión. Sin embargo, tan sólo algunos países como Burkina Faso, Chad, Etiopía, Nigeria, Tanzania o Uganda, han conseguido adherirse a estos programas, disminuyendo radicalmente sus tasas de mortalidad infantil². En cambio, el noroeste del continente africano ha quedado al margen de los programas de vacunación, y en ellos la mortalidad por sarampión sigue siendo muy elevada³.

Con nuestra experiencia, queremos llamar la atención acerca de la existencia de brotes epidémicos de sarampión en estas zonas, y manifestar la necesidad de instaurar programas de vacunación y sistemas de vigilancia y control permanentes para evitar la morbilidad derivada de una enfermedad infecciosa prevenible.

En este sentido, en marzo del año 2002, un equipo sanitario español, perteneciente a la organización no gubernamental (ONG) "Asociación Granadina de Amigos de la República Árabe Saharaui Democrática (RASD)" viajó hasta el sudoeste de Argelia para desarrollar el proyecto sanitario "Mejora del sistema de salud público en la wilaya de Dajla". En la Hamada de Tindouf y desde hace más de 27 años se encuentran los campamentos de refugiados saharauis. En ellos viven más de 200.000 personas divididas en cuatro asentamientos o "wilayas": El Aaiun, Auserd, Smara y Dajla.

Durante nuestra estancia, nos encontramos un elevado número de pacientes, niños y adultos, que presentaban un cuadro clínico infeccioso muy contagioso caracterizado por fiebre y exantema. El cuadro febril, de hasta una semana de duración, se acompañaba de moderada afectación del estado general, rechazo del alimento, anorexia, sintomatología respiratoria, principalmente coriza y tos, y de un exantema maculopapuloso, morbiliforme, intensamente eritematoso no pruriginoso, de inicio y declinación craneocaudal, que desaparecía a los 4 o 5 días dejando la piel pigmentada con pequeñas escamas. A pesar de los esfuerzos por aislar a estos pacientes, a las pocas días, en todas las wilayas, había niños de todas las edades afectados con el mismo cortejo sintomático. Los niños de edades comprendidas entre 6 meses y 3 años y con malnutrición fueron los más afectados. Administramos tratamiento con vitamina A en los niños con malnutrición y amoxicilina oral en los pacientes con laringotraqueítis y neumonía. Fallecieron 7 pacientes por complicaciones respiratorias.

Las autoridades sanitarias saharauis diagnosticaron la infección de rickettsiosis. Sin embargo, las características clínicas y epidemiológicas sugirieron la posibilidad de que se tratara de un brote de sarampión. Recogimos suero de 3 niños con sospecha de sarampión, y enviamos las muestras al Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda (Instituto de Salud Carlos III) para estudio serológico de virus exantemáticos y rickettsias. La serología fue positiva en los 3 pacientes para anticuerpos IgM contra el sarampión (IgG negativa), indicando que los pacientes padecían la infección. El estudio de reacción en cadena de la polimerasa fue positivo en un paciente para sarampión⁴.

El interés médico y sanitario de nuestra experiencia radica en tres aspectos fundamentales, diagnóstico, profilaxis y tratamiento del sarampión. En primer lugar, deseamos resaltar la necesidad de incluir el sarampión en el diagnóstico diferencial de enfermedades infecciosas exantemáticas, no sólo en proyectos de cooperación en países en vías de desarrollo, sino también en países desarrollados donde existen un elevado índice de emigración y donde se desarrollan programas de acogida y adopción temporal de niños procedentes de estos países^{5,6}.

En segundo lugar es necesario que los proyectos sanitarios en países en vías de desarrollo y campos de refugiados incluyan como prioridad sanitaria las actividades de inmunización programadas por la OMS. En casi todos los países donde se han completado las campañas de vacunación, las muertes por sarampión se han reducido prácticamente a cero⁷. En nuestro medio es fundamental establecer sistemas de vigilancia epidemiológica e incluir en los exámenes de salud del niño emigrante o en adopción temporal estudios serológicos y los programas de vacunación recomendados por la Asociación Española de Pediatría (AEP).

En tercer lugar, debemos considerar el tratamiento con vitamina A (200.000 U durante 2 días) y antibioticoterapia de amplio espectro en los pacientes afectados de sarampión con malnutrición y con complicaciones respiratorias, respectivamente^{8,9}. El déficit de vitamina A es considerado un factor nutricional de alto riesgo para desarrollar complicaciones derivadas del sarampión¹⁰.

Por último, con nuestra experiencia deseamos denunciar la situación de provisionalidad y aislamiento en la que se encuentran desde hace más de 25 años los campamentos de refugiados saharahuis que ha condenado a la pobreza y al subdesarrollo a un pueblo potencialmente próspero.

Agradecimientos

Al doctor Mohamed Salem, por sus magníficas enseñanzas, y a los enfermeros Fátima y Cher por su incansable trabajo. Al pueblo saharahui por su cariño y hospitalidad.

**M^ªJ. Martín Díaz, L. Espejo Moreno,
M^ªJ. Hernández Caballero, M. Díaz Pinazo
y A. Pérez Martínez**
Hospital del Niño Jesús. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. A. Pérez Martínez.
Servicio de Urgencias. Hospital del Niño Jesús.
Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid. España.
Correo electrónico: antonioperezmartinez@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. A major killer in west and central Africa. Measles Bulletin WHO. December 2000, Issue 5: 3.
2. World Health Organization. Progress towards measles elimination in southern Africa. Measles Bull WHO. March 2001, Issue 6: 3.
3. Update: global measles control and mortality reduction—worldwide, 1991-2001. MMWR 2003;52:471-5.
4. Swart RL, Nur Y, Abdallah A, Kruining H, El Mubarak HS, Ibrahim SA, et al. Combination of Reverse Transcriptase PCR Analysis and Immunoglobulin M Detection on Filter Paper Blood Samples Allows Diagnostic and Epidemiological Studies of Measles. J Clin Microb 2001;270-3.
5. Marshall TM, Hlatwayo D, Schoub B. Nosocomial outbreaks—a potential threat to the elimination of measles? J Infect Dis 2003;187(Suppl 1):97-101.
6. Measles outbreak—Netherlands, April 1999-January 2000. MMWR 2000;49:299-303.
7. Otten MW Jr, Okwo-Bele JM, Kezaala R, Biellik R, Eggers R, Nshimirimana D. Impact of alternative approaches to accelerated measles control: experience in the African region, 1996-2002. J Infect Dis 2003;187(Suppl 1):S36-43.
8. Shann F, D'Souza RM, D'Souza R. Antibiotics for preventing pneumonia in children with measles. Cochrane Database Syst Rev 2000;2:CD00147.
9. D'Souza RM, D'Souza R. Vitamin A for the treatment of children with measles—a systematic review. J Trop Pediatr 2002;48:323-7.
10. Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. Bull World Health Organ 2000;78: 1207-21.