

**INFORME:****PLAN NACIONAL DE ERRADICACIÓN DE LA POLIOMIELITIS
VIGILANCIA DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA
COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2010****RESUMEN**

I. Introducción: Desde que en 1988 la OMS aprobó el objetivo de alcanzar la erradicación mundial de la Poliomiélitis en el año 2000, tres Regiones han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. Hasta la post-certificación de la erradicación mundial, es necesario: contar con un sistema eficaz de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje, mantener altas coberturas de vacunación antipoliomielítica y realizar un plan de contención de poliovirus en los laboratorios.

II. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en la Comunidad de Madrid: Durante 2010 se han detectado en la CM 6 casos de parálisis flácida en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,61 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. La distribución por sexo es de 3 varones y 3 mujeres, el rango de edad oscila entre 1 y 6 años con una mediana de 3 años.

III. Situación en España: A nivel nacional se notificaron al sistema de vigilancia 31 casos de PFA, todos ellos se han clasificado como “descartados” de polio y la mayoría (el 84%) han tenido un diagnóstico de “Síndrome de Guillain-Barré”.

V. Situación de la Poliomiélitis en el mundo: Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación de la polio redujeron en un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. Sin embargo, la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio, produciendo una dispersión internacional del poliovirus y, aunque el número total de casos de polio está estabilizado, en el año 2010 el 80% de los casos se han notificado en países no endémicos. A pesar de este fenómeno de diseminación internacional, la polio endémica se mantiene confinada en cuatro países: India, Pakistán, Afganistán y Nigeria. Durante 2010 se han contabilizado 1.294 casos frente a los 1.604 del año anterior.

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los primeros pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos, tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de Polio”: La Región de las Américas en 1994, con el último caso en Perú 1991; La Región del Pacífico Occidental en el año 2000, con el último caso en Camboya en 1997 y la Región Europea en el año 2002, con el último caso en Turquía en 1998. En 2010 se ha producido la primera reintroducción del virus de la polio en la región europea, originando un importante brote en Tayikistán y casos aislados en países vecinos.

El número de países endémicos ha descendido desde 125 en 1988 a 4 a finales de 2008 (India, Nigeria, Pakistán y Afganistán) y el número de casos de poliomielitis en el mundo disminuyó desde 350.000 casos estimados en 1988 a menos de 1300 casos en 2010.

Para mantener la situación libre de polio y evitar la reintroducción del virus, se requiere:

- mantener elevadas las coberturas de vacunación en todos los niveles geográficos
- mantener activo un sistema de vigilancia de alta calidad, con alta sensibilidad, basado en la notificación e investigación de todos los casos sospechosos de parálisis flácida aguda (PFA) en menores de 15 años, con la finalidad de detectar y descartar de forma rápida y con criterios de calidad adecuados, la posible existencia de casos de poliomielitis (sistema de vigilancia implantado en la mayoría de los países de la región europea)
- un plan de contención de poliovirus en los laboratorios, basado en la búsqueda, localización y control de poliovirus salvajes almacenados en los laboratorios para evitar que pudieran ser reintroducidos accidental o intencionadamente en la población

El Sistema de vigilancia de PFA en menores de 15 años, implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de PFA e inicia un proceso de investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio, que permite descartar/confirmar y clasificar el caso de forma adecuada y en su caso tomar rápidamente las medidas de intervención adecuadas ante la posible existencia de casos de polio. En España se inició este sistema de vigilancia a finales del año 1997 y en 1998 quedó implantado en todo el territorio nacional.

La calidad del sistema de vigilancia se evalúa sistemáticamente mediante los indicadores establecidos por la OMS referentes a la sensibilidad y cobertura del sistema, notificación oportuna e investigación adecuada y análisis de muestras en el laboratorio. Entre estos indicadores, los dos más importantes son el indicador de sensibilidad del sistema, representado por la tasa de PFA (que ha de ser al menos de 1 caso por 100.000 habitantes menores de 15 años) y el porcentaje de casos de PFA en los que se han tomado muestras adecuadas (dos muestras de heces recogidas en un período ≤ 14 días del inicio de los síntomas de la parálisis y separadas entre sí 24 horas, que ha de ser $\geq 80\%$).

El cumplimiento de estos objetivos se evalúa anualmente en cada país por un Comité Nacional para la Certificación de la Erradicación de la Polio y por la Organización Mundial de la Salud.

En este informe se describen las características de los casos de PFA notificados a la Red de Vigilancia en el año 2010, los indicadores de calidad del sistema de vigilancia y la situación epidemiológica de la poliomielitis en España, en Europa y en el mundo.

II. VIGILANCIA DE LA PFA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2010

En la Comunidad de Madrid (CM) la Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que desarrolla el Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica, establece la lista de enfermedades que en la actualidad son de declaración obligatoria en la CM e incluye la PFA en menores de 15 años como enfermedad de notificación urgente con datos epidemiológicos básicos.

La PFA como enfermedad de declaración obligatoria tiene la siguiente definición clínica de caso: enfermedad que se caracteriza por el inicio agudo de parálisis flácida en uno o más miembros, con ausencia o disminución de reflejos en los tendones de los miembros afectados, sin otra causa aparente, y sin pérdida sensorial o cognitiva.

El criterio diagnóstico de laboratorio, establece el aislamiento e identificación de poliovirus en heces, en los laboratorios especializados que utilicen técnicas virológicas de cultivo celular.

El procedimiento establecido en vigilancia ante un cuadro compatible con PFA en un niño con edad inferior a 15 años ingresado en un hospital, incluye las siguientes actuaciones:

- Cumplimentación del cuestionario epidemiológico específico de PFA.
- Notificación urgente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Salud Pública de Área o al Servicio de Epidemiología.
- Solicitar el envío de muestras biológicas al laboratorio de referencia para la investigación de enterovirus (en la CM al Centro Nacional de Microbiología). Se deben remitir dos muestras de heces del caso, separadas entre sí entre 24-48 horas y dentro de los quince días siguientes al inicio de la parálisis, dos muestras de suero separadas entre 2-4 semanas y una muestra de líquido cefalorraquídeo.
- Realizar la revisión clínica del caso a los 60 días de iniciado el cuadro.
- Clasificación definitiva del caso: sospechoso, compatible, confirmado o descartado.

Este sistema de vigilancia se complementa con la notificación de Cero-Casos mensual, que se realiza contactando al finalizar el mes con los servicios hospitalarios implicados, lo que permite comprobar que no haya habido ningún caso que por algún motivo no se hubiera notificado. Posteriormente, se hace una revisión retrospectiva del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) de los diferentes hospitales.

Estudio descriptivo de los casos

En 2010 en la CM se han detectado 6 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una tasa de 0,61 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Uno de los casos ha sido notificado al sistema de vigilancia y otros 5 casos han sido recuperados en la revisión del CMBD. Todos se han clasificado como “descartados” de polio.

La distribución de los casos por sexo es de 3 varones y 3 mujeres. El rango de edad ha oscilado entre 1 y 6 años, con una mediana de 3 años. En cuanto al lugar de residencia tres casos viven en el Área 6 y un caso en cada una de las áreas 1, 8 y 9.

Se ha notificado un solo caso de PFA a la red de vigilancia, lo que supone una incidencia de 0,10 casos por 100.000 menores de 15 años. La notificación se realizó desde el hospital de Puerta Hierro.

El caso residía en el municipio de Villanueva del Pardillo (Área 6) y estaba correctamente vacunado de acuerdo con su edad. En la Comunidad de Madrid en el año 2010 la cobertura de vacunación con tres dosis de VPI (a los 6 meses de edad) ha sido del 97,64%.

Se recogieron y enviaron muestras biológicas al Centro Nacional de Microbiología para el diagnóstico de enterovirus que resultaron negativas. El diagnóstico definitivo fue “Polirradiculoneuropatía” y cursó sin secuelas.

En la revisión del CMBD de los distintos hospitales correspondiente al año 2010, se encontraron cinco casos que no fueron notificados en su momento: dos en el Hospital de La Paz residentes en el Área 6, dos en el Hospital del Niño Jesús residentes en las Áreas 1 y 8, y uno en el Hospital de Fuenlabrada residente en el Área 9.

Indicadores de calidad del sistema de vigilancia, período 2006-2010

En las Tablas 1 y 2 se presentan los indicadores de calidad del sistema de Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, durante los años 2006 a 2010. Estos indicadores, con sus correspondientes estándares, son los establecidos por OMS.

Tabla 1. Indicadores de Calidad de la Vigilancia de la PFA en la Comunidad de Madrid, años 2006 - 2010

INDICADOR	OBJETIVO	2006	2007	2008	2009	2010*
Incidencia de PFA Nº de casos por cada 100.000 niños menores de 15 años	≥ 1	1,26	0,33	0,43	0,42	0,10
% PFA notificados ≤ 7 días del inicio de la parálisis	≥ 80 %	64 %	66 %	25 %	50 %	100 %
% PFA notificados ≤ 7 días del ingreso hospitalario	≥ 80 %	82 %	66 %	50 %	75 %	100 %
% PFA investigados ≤ 48 horas de la notificación	≥ 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces ≤ 14 días	≥ 80 %	64 %	33 %	50 %	25 %	100 %
% PFA con una muestra de heces ≤ 14 días		64 %	33 %	50 %	25 %	100 %
% PFA con dos muestras de heces “sin tiempo”		91 %	33 %	75 %	25 %	100 %
% PFA con seguimiento clínico ≥ 60 días	≥ 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
% PFA con diagnóstico clínico	≥ 80 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

* Un solo caso en el año 2010

Tabla 2. Indicadores de Calidad del envío y tratamiento de muestras en el laboratorio, años 2006 - 2010

	OBJETIVO		2006	2007	2008	2009	2010*
Envío de muestras al laboratorio ≤ 3 días	≥ 80%	1ª muestra	91 %	33 %	100 %	100 %	100 %
		2ª muestra	91 %	33 %	75 %	100 %	100 %
Resultados laboratorio ≤ 28 días	≥80%	1ª muestra	100 %	100 %	50 %	100 %	100 %
		2ª muestra	100 %	100 %	66 %	100 %	100 %
% Aislamientos de enterovirus no polio	≥ 10%		0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

* Un solo caso en el año 2010

En relación a los indicadores relacionados con la notificación a la red de vigilancia, la incidencia registrada en 2010 fue de 0,10 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años, inferior a la registrada el año anterior (0,42) y continúa alejada de la incidencia estándar esperada (1 por 100.000). Se ha utilizado como denominador la población del padrón continuo del año 2010, publicadas por el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

Respecto a los indicadores de calidad relativos a la recogida de muestras adecuadas, son todos del 100% ya que sólo hubo un caso y se cumplió correctamente con el protocolo. El porcentaje de muestras procesadas con resultados positivos de “enterovirus no polio”, cuyo estándar es que sea superior al 10%, no se ha alcanzado, ya que se procesaron dos muestras de heces con resultados negativos.

El indicador de seguimiento clínico a los 60 días, que debe realizarse en al menos el 80% de los casos, se completó también correctamente (100%).

Conclusiones

En 2010 en la CM se han detectado 6 casos de PFA en menores de 15 años, que representan una incidencia de 0,61 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años. Un caso se notificó al sistema y otros cinco casos se recuperaron en la revisión del CMBD.

La vigilancia de esta enfermedad precisa ser revisada y mejorada. Sólo el 16,6% de los casos fueron notificados. Si bien, en el caso notificado se cumplieron correctamente todos los indicadores.

Además de altas coberturas de vacunación, hay que mantener la vigilancia de la parálisis flácida, ya consolidada en nuestra comunidad, como la mejor herramienta para detectar precozmente cualquier sospecha de polio.

La ausencia de casos de polio en la CM (y en España) en los últimos años, hace que la vigilancia activa de esta enfermedad esté relativamente relegada en la rutina de los notificadores en especial cuando la mayoría de los diagnósticos definitivos son Síndrome de Guillain-Barrè. Sería necesario revisar la sistemática de la vigilancia, ya que continúa siendo muy necesaria por el riesgo de importación de poliovirus.

Los brotes masivos de polio ocurridos en 2010 en zonas no endémicas ponen de manifiesto que mientras que el poliovirus esté circulando en el mundo la importación de poliovirus es posible en cualquier zona declarada libre de polio.

III. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Vigilancia de la PFA en España

En el año 2010 se notificaron al sistema de vigilancia a nivel nacional 31 casos de PFA en menores de 15 años, lo que supone una incidencia de 0,45 por 100.000. Este número de casos es inferior a los 59 casos esperados en el conjunto del país, considerando una incidencia de PFA en menores de 15 años de al menos 1 por 100.000 habitantes. La **Tabla 3** refleja la distribución de los casos según la Comunidad Autónoma de residencia y la comparación con los años anteriores.

Tabla 3: Sistema de Vigilancia de la PFA en España, años 2006 a 2010

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2006		2007		2008		2009		2010	
	CASOS	TASAS								
Andalucía	7	0.6	7	0.6	8	0.6	1	0.1	7	0.5
Aragón	0	0	0	0	1	0.6	2	1.1	2	1.1
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	2	1.3	2	1.3	4	2.5	3	1.8	5	2.9
Canarias	2	0.6	2	0.7	1	0.3	2	0.6	0	0
Cantabria	0	0	2	2.8	0	0	0	0	0	0
Castilla la Mancha	1	0.4	3	1.0	0	0	0	0	2	0.6
Castilla León	4	1.4	1	0.3	0	0	1	0.3	0	0
Cataluña	3	0.3	6	0.6	4	0.4	0	0	5	0.4
Comunidad Valenciana	7	1.0	8	1.1	4	0.5	3	0.4	4	0.5
Extremadura	1	0.6	1	0.6	1	0.6	0	0	2	1.2
Galicia	1	0.3	0	0	2	0.6	0	0	0	0
Madrid	11	1.2	3	0.3	4	0.4	4	0.4	1	0.1
Murcia	2	0.9	0	0	5	2.0	2	0.8	3	1.1
Navarra	0	0	1	1.1	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	0	0	3	1.1	0	0
La Rioja	0	0	1	2.3	1	2.3	0	0	0	0
Ceuta	1	7.0	0	0	0	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	42	0.7	37	0.6	35	0.5	21	0.3	31	0.4

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología

A los 31 casos notificados al sistema de vigilancia, se añadirán los detectados por búsqueda en CMBD.

En cuanto a la distribución de casos por sexo 17 casos (55%) son hombres y 14 casos (45%) mujeres. La edad media de los casos ha sido de 6,1 años (DE: 5,8). El grupo de edad en que aparecieron más casos fue el grupo de 1 a 4 años (58% del total).

Todos los casos estaban correctamente vacunados con 3 ó más dosis de vacuna de polio oral (VPO) y/o vacuna de polio inactivada (VPI), excepto un niño de 10 meses, que debido a un retraso en la administración de las vacunas correspondientes a los seis meses, sólo tenía dos dosis de vacuna de polio administradas. Este caso se diagnosticó de meningoencefalitis aguda por herpes virus tipo 6, no presentó parálisis residual y las muestras de heces fueron negativas.

El 90% de los casos presentaron parálisis espinal y el 10% afectación espinal y bulbar. En el 45% de los casos la parálisis afectó a extremidades superiores e inferiores, en el 48% la parálisis sólo afectó a las extremidades inferiores, en un 3% sólo a las extremidades superiores y en un 4% se carece de esta información. La progresión rápida de la parálisis se presentó en 16 casos (52%), en 11 casos (35%) la progresión fue lenta y en 4 casos (13%) se desconoce. Se detectó asimetría en 2 casos, ambos con dos muestras de heces con resultados negativos para enterovirus. En la revisión a los 60-90 días, 6 casos presentaban parálisis residual, todos estaban correctamente vacunados y tenían muestras de heces negativas.

El diagnóstico definitivo fue de síndrome de Guillain-Barré / polirradiculoneuritis en el 84% de los casos y de mielitis transversa en el 6%.

En cuanto a los cultivos celulares de las muestras de heces de los casos, se analizaron un total de 51 muestras de las que el 84,3% presentaron resultados negativos. En 5 muestras se aisló Echovirus7, en 2 Coxsackievirus A16 y en una Echovirus99.

IV. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EUROPA

En el año 2002 la Región Europea de la OMS consiguió la certificación de zona libre de polio, después de más de tres años con notificación “cero casos” de polio endémica en la región. El último caso de polio indígena en la región se notificó en noviembre de 1998 en un niño turco no vacunado.

El último brote de polio en Europa, debido a la importación de un poliovirus tipo 3, ocurrió en Holanda entre 1992-1993 en una comunidad que rechazaba las vacunaciones, con 71 casos de polio parálítica y dos muertes. El virus fue importado de India y no se extendió fuera de la comunidad contraria a la vacunación.

En 2001 se notificaron cuatro casos de polio salvaje importada en niños no vacunados o insuficientemente vacunados. Los casos se asociaron con un poliovirus tipo 1 procedente de India: tres casos se dieron en Bulgaria, en niños de etnia gitana y un caso de polio no parálítica en Georgia. Estos casos importados no derivaron en transmisión indígena que la OMS define como aquella transmisión que se mantiene sin interrupción durante más de 12 meses.

En abril de 2010, la OMS notificó oficialmente el brote de polio en Tajikistán: Entre enero y octubre de 2010 se notificaron 706 casos de PFA, 458 casos confirmados por laboratorio y 29 muertes. Se identificó un poliovirus tipo 1 relacionado genéticamente con poliovirus que circulan en Uttar Pradesh, India. La mitad de los casos han sido niños menores de 5 años aunque se han dado casos en adolescentes y adultos jóvenes. Como medidas de control, desde abril a junio 2010, se realizaron cuatro campañas nacionales masivas de vacunación con VPO monovalente tipo 1 separadas entre sí dos semanas, dirigidas a todos los niños menores de 6 años. Otras dos campañas destinadas a todos los menores de 15 años se llevaron a cabo en agosto y septiembre.

En la evaluación del riesgo que el Comité Europeo para la Certificación de la Erradicación de la polio realizó en 2009, se clasificaba a Tajikistan como país de alto riesgo para la transmisión de poliovirus después de una importación. Las bajas coberturas de vacunación, por debajo del 80% en muchas zonas, la pobre vigilancia de PFA, junto con un importante movimiento de personas en las zonas fronterizas con Afganistán y cercanas a la India han hecho posible la

aparición de este brote. Además, en un intento de conocer la cobertura real de vacunación frente a polio, se han realizado encuestas independientes y se han identificado coberturas muy por debajo de las notificadas oficialmente por el país.

Otros tres países del entorno geográfico de Tayikistán - Kazajstán, Federación Rusa y Turkmenistán- también han tenido casos de polio y en otros dos más, Kyrgistán y Uzbekistán se ha intensificado la vigilancia de PFA aunque no han registrado casos de polio. El último caso de polio se notificó en la Federación Rusa en septiembre 2010.

V. SITUACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

Desde 1988, año en que la Asamblea Mundial de la Salud decidió dar los pasos para la erradicación de la poliomielitis en el mundo, se han realizado grandes progresos: tres Regiones de la OMS han sido certificadas “libres de polio”: La Región de las Américas, la Región del Pacífico Occidental y la Región Europea.

Entre 1988 y el 2003, los esfuerzos realizados para conseguir la erradicación de la polio redujeron en un 99,9% el número de casos de polio en el mundo. Sin embargo, la epidemia originada en Nigeria en 2003 dio origen a casos y brotes en países que previamente estaban libres de polio, produciendo una dispersión internacional del poliovirus y, aunque el número total de casos de polio está estabilizado, en el año 2010 el 80% de los casos se han notificado en países no endémicos.

A pesar de la drástica reducción de casos de polio, el objetivo de la erradicación mundial está siendo difícil de conseguir. El poliovirus salvaje tipo 2 no se detecta desde 1999, pero los tipos 1 y 3 circulan y son todavía endémicos en Pakistán, Afganistán, Nigeria e India. El fuerte compromiso político para la erradicación de la polio alcanzado en Nigeria y la utilización de vacunas bivalente frente a los tipos 1 y 3 con una capacidad inmunógena similar a la de las vacunas monovalentes en India han conseguido reducir los casos de polio en las áreas endémicas en 2010. En Pakistán los conflictos tribales y las graves inundaciones han afectado a las campañas de vacunación y los casos de polio han aumentado en el último año.

En los últimos años se está dando importación de poliovirus desde los países endémicos a otras zonas del mundo. En África, tras el brote masivo de Nigeria en 2003, se ha restablecido la circulación del virus en tres países -Angola, República Democrática del Congo y Chad - que se habían mantenido libres de polio durante muchos años. En el año 2010 la dispersión de poliovirus ha producido dos brotes masivos en zonas previamente libres de polio. Un brote en Tajikistán, en el extremo sureste de Europa, producido por un poliovirus importado de la India, supone la primera reintroducción de la polio en la Región Europea de la OMS tras haber conseguido la certificación “libre de polio”. Otro brote en República del Congo, ha estado producido por un poliovirus importado de Angola. En costa de Marfil se ha detectado a principios de 2011 un brote producido por poliovirus tipo 3 cuya secuenciación genética muestra relación con los casos detectados de poliovirus tipo 3 a mediados del 2008 en el norte de Nigeria, lo que sugiere que ha habido fallos en la detección de en la circulación del virus en una o más áreas del oeste de África.

Tabla 4. Resumen de la Vigilancia de la PFA y Poliomieltis, años 2007 – 2010

Regiones de la OMS	2007		2008		2009		2010	
	Tasas PFA	Casos Polio						
Africana	4.2	367	4.4	912	3.9	691	4.9	601
Americana	1.2	0	1.2	0	1.1	0	1.1	0
Mediterráneo Este	4.1	58	4.6	174	4.3	172	5.0	169
Europea	1.0	0	0.9	0	0.9	0	1.2	476
Sudeste Asiático	7.2	890	7.8	565	8.4	741	10.2	48
Pacífico Oeste	1.6	0	1.4	0	1.5	0	1.7	0
Total Global	4.3	1315	4.6	1651	4.9	1604	5.3	1294

Fuente: OMS

Bibliografía

- Masa J, Castellanos T, Terrés M y Grupo de responsables autonómicos y de laboratorio de la Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda en España. Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda. España 2010. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Mayo 2011.

- World Health Organization. Global Polio Eradication initiative. <http://www.polioeradication.org>, <http://www.who.int/immunization/en/>

- World Health Organization. Number of polio cases reported globally <http://www.polioeradication.org/cascount.asp>