

Boletín Médico de IPPF

Contenido

Mortalidad materna y aborto no seguro: persistente pero prevenible

Lale Say, Iqbal Shah

Rôle de la contraception dans la gestion de la fistule obstétricale

Nathalie Maulet, Jean Macq, Pierre Buekens

1

3

Mortalidad materna y aborto no seguro: persistente pero prevenible

Lale Say, Iqbal Shah

Reducir la mortalidad y la morbilidad materna es un imperativo de los derechos humanos y para la salud pública. Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) adoptados durante la Cumbre del Milenio de la ONU en el año 2000,¹ ODM-5, es mejorar la salud materna, y una de sus metas reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna entre los años 1990 y 2015 (es decir, el número de defunciones maternas producidas por cada 100.000 nacimientos vivos).

En este artículo se describen los niveles y tendencias de mortalidad materna y de aborto no seguro a nivel mundial y por regiones. El aborto no seguro es responsable de un 13 por ciento del total de defunciones maternas mundialmente y de un mayor porcentaje de muertes en numerosos países.² A continuación presentamos información referida a la mortalidad materna seguida de información sobre aborto no seguro.

Mortalidad materna: niveles y tendencias

La mortalidad materna, definida como: "La muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días tras la terminación de éste, independientemente de la duración y del lugar en que se produzca el embarazo y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo y no por causas accidentales o incidentales",³ constituye un problema de salud pública en el contexto de los países en vías de desarrollo. Ha constituido un asunto de preocupación principal para la comunidad internacional, especialmente desde la

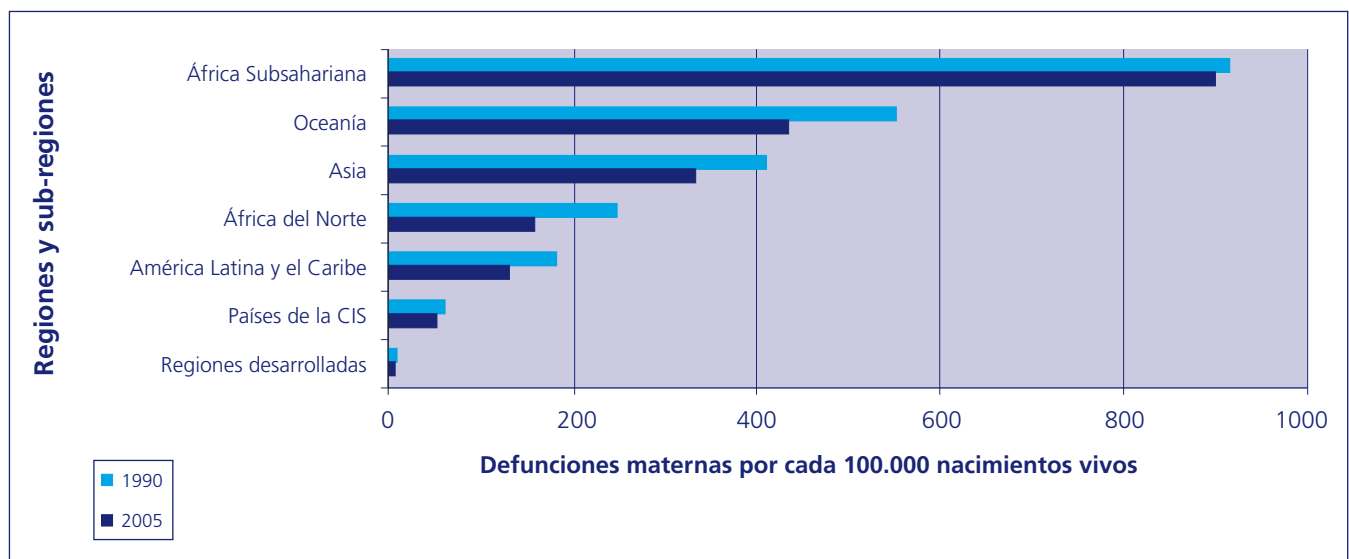
Conferencia sobre Maternidad Sin Riesgos en 1987 y la Cumbre del Milenio mencionada anteriormente. Sin embargo, el progreso dirigido a tratar este problema ha sido lento.

Las últimas estimaciones sobre los niveles y tendencias de mortalidad publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial en colaboración con científicos académicos, indican que en el año 2005 sucedieron alrededor de 536.000 defunciones maternas mundialmente, de las que 533.000 ocurrieron en países en vías de desarrollo.⁴ Algo más de la mitad de defunciones maternas (270.000) ocurrieron exclusivamente en la región del África Subsahariana, seguida de Asia del Sur (188.000). Estas dos áreas representaron el 86 por ciento del número global de defunciones maternas.

La meta del ODM-5 se articula en torno a la reducción de las tasas de mortalidad materna. En el año 2005, se estimó que la tasa de mortalidad materna en países en vías de desarrollo fue de 450, en marcado contraste con las regiones desarrolladas (con un índice de 9) y los países miembros de la Mancomunidad de Estados Independientes (51). Estas figuras varían según las diferentes regiones del mundo en vía de desarrollo, siendo las más altas en África Subsahariana con 900 defunciones maternas por cada 100.000 nacimientos vivos y las más bajas en Asia Oriental con 50 defunciones por cada 100.000 nacimientos vivos (ver Tabla 1). En 14 países del mundo de los cuales 13 (excluido Afganistán) pertenecen a la región de África Subsahariana se recogen tasas de mortalidad materna de al menos 1.000. La tasa de mortalidad materna más alta del mundo pertenece a Sierra Leona, con 2.100 defunciones por cada 100.000 nacimientos vivos. Por el contrario, en Irlanda, la tasa de mortalidad materna es de 1 por cada 100.000 nacimientos vivos.

La tasa de mortalidad materna indica el riesgo de defunción que presenta una mujer en cada embarazo. En zonas con una alta fertilidad como África Subsahariana, cada mujer se enfrenta a este riesgo muchas veces. En África, la probabilidad de que una mujer de 15 años muera con el tiempo por causas maternas (riesgo de mortalidad materna de por vida) es la más alta: 1 de cada 26 mujeres. Por el contrario, en países desarrollados se estima que este índice es de 1 de cada 7.300 mujeres (ver cuadro 1).

Figura 1. Tasa de mortalidad materna por cada región en los años 1990 y 2005



Fuente: Organización Mundial de la Salud⁴

Cuadro 1. Estimaciones de la tasa de mortalidad materna (MMR, por sus siglas en inglés), número de defunciones maternas, riesgo por toda la vida y rango de incertidumbre por cada región de ODM de las Naciones Unidas en el año 2005.

Región	MMR (defunciones maternas por cada 100.000 nacimientos)	Número de defunciones maternas	Riesgo de defunción materna por toda la vida; 1 en:	Rango de incertidumbre en las estimaciones sobre la MMR	
				Estimación por lo bajo	Estimación por lo alto
TOTAL MUNDIAL	400	536,000	92	220	650
Regiones desarrolladas*	9	960	7,300	8	17
Países de la Mancomunidad de Estados Independientes (CIS, por sus siglas en inglés)**	51	1,800	1,200	28	140
Regiones en vías de desarrollo	450	533,000	75	240	720
África	820	276,000	26	410	1,400
África del Norte***	160	5,700	210	85	290
África Subsahariana	900	270,000	22	450	1,500
Asia	330	241,000	120	190	520
Asia Oriental	50	9,200	1,200	31	80
Asia del Sur	490	188,000	61	290	750
Sureste Asiático	300	35,000	130	160	550
Asia Occidental	160	8,300	170	62	340
América Latina y El Caribe	130	15,000	290	76	180
Oceanía	430	890	62	120	1,200

*Se incluyen: Albania, Australia, Austria, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Canadá, Croacia, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Japón, Latvia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, Rumania, Serbia y Montenegro (Serbia y Montenegro se convirtieron en países separados independientes en el año 2006), Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, La Antigua República Yugoslava de Macedonia, Reino Unido y Estados Unidos.

**Los países de la CIS son: Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán, la República de Moldava, la Federación Rusa y Ucrania.

***Se excluye Sudan, el cual está incluido en el África Subsahariana.

Fuente: Organización Mundial de la Salud⁴

Conseguir la meta del ODM-5 referida a la mortalidad materna requiere que se produzca una disminución en la tasa de mortalidad materna de aproximadamente un 5,5% cada año. El análisis de las tendencias entre los años 1990 y 2005 muestra que ninguna región del mundo ha conseguido este resultado. Mundialmente se ha observado una disminución en la tasa de mortalidad materna del 5,4% en los 15 años comprendidos entre 1990 y 2005 (ver Figura 1). En África Subsahariana, donde ocurren la mayoría de las muertes maternas y el riesgo de cada mujer individualmente es muy alto, apenas hubo una mejoría durante este periodo. Sin embargo, se registró un progreso significativo en Asia Oriental y Sureste Asiático, América Latina y el Caribe, en África del Norte y en Oceanía. En Asia Oriental, donde se registró la mayor disminución, la tasa de mortalidad materna cayó por encima de un 40 por ciento entre 1990 y 2005.

Aborto no seguro: niveles y tendencias

En 1967, la Asamblea Mundial de la Salud identificó la mortalidad materna y el aborto no seguro como serios problemas de salud pública. Desde entonces, se ha logrado un escaso progreso en cuanto a la reducción del número o las tasas de aborto no seguro o en la reducción de la mortalidad que lleva asociada. Cada año, de los 205 millones de embarazos que se estima que se producen, 42 millones son terminados mediante la inducción del aborto, de los cuales 20 millones son no seguros.² El aborto inducido continúa siendo uno de los asuntos más controvertidos y emotivos, restándole importancia a las implicaciones que para la salud pública tiene el aborto no seguro. Cada minuto, 38 mujeres reciben un aborto no seguro y cada ocho minutos una de ellas muere por causa de que se lleve a cabo un procedimiento de aborto imperfecto. Además de las 65.000 a 70.000 defunciones, se estima que cada año cerca de 5 millones de mujeres sufren una incapacidad física temporal o permanente debida al aborto no seguro. Entre estas mujeres 1,7 millones padecerán una infertilidad secundaria y más de 3 millones sufrirán los efectos de infecciones del tracto reproductivo (ITRs). Mientras que los abortos no seguros son responsables de un 13 por ciento de las defunciones maternas mundialmente, son responsables de un 20 por ciento de la cantidad total de defunciones e incapacidades físicas debidas al embarazo y el parto. Casi todos los abortos no seguros y las muertes e incapacidades físicas relacionadas ocurren en países en vías de desarrollo, lo cual demuestra una severa desigualdad.

De los 19,7 millones de abortos no seguros que se estima que fueron realizados en el año 2003, en Asia se llevaron a cabo 9,8 millones; en África 5,5 millones y en América Latina y Caribe 3,9

millones. Las tasas de aborto no seguro por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años muestran que las mujeres en África Oriental, América del Sur, el Caribe y África Occidental presentan más probabilidades de que se les practique un aborto no seguro que otras sub-regiones (ver Cuadro 2).

Cuadro 2: Número y tasa de aborto no seguro por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años por regiones en desarrollo

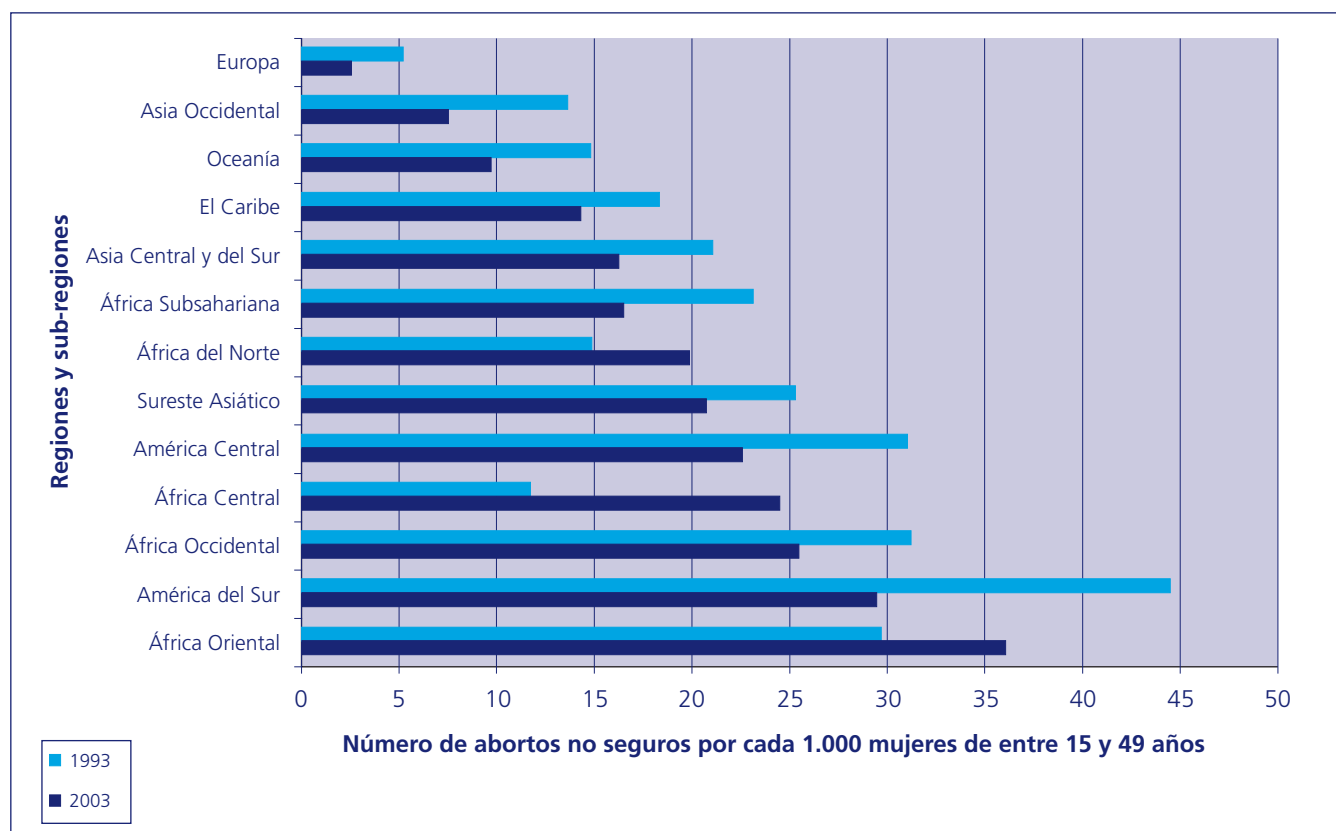
Región	Números (en millones)	Tasa (por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años)
Mundo	19.7	22
Países en desarrollo	19.2	24
África Oriental	2.3	39
África Central	0.6	26
África del Norte	1.0	23
África Subsahariana	0.2	18
África Occidental	1.5	28
Asia Central y del Sur	6.3	18
Sureste Asiático	3.1	27
Asia Occidental	0.4	13
El Caribe	0.1	28
América Central	0.9	25
América del Sur	2.9	33

Nota: no se incluyen Europa, América del Norte y Asia Oriental donde hay poca evidencia de aborto no seguro

Fuente: Organización Mundial de la Salud²

Las tendencias en cuanto a la incidencia y a la tasa de aborto no seguro no son fáciles de calcular debido a la variabilidad de la cobertura y de la calidad de los datos obtenidos en el tiempo. Las estimaciones más recientes proporcionan una mejor cobertura, especialmente para África, donde se dispone de nueva información proveniente de varios estudios. Una comparación de las estimaciones para los años 1993 y 2003 muestra aumentos en las tasas de aborto no seguro en África Oriental, África Central y África del Norte en el 2003 (ver Figura 2). Excepto en África, las tasas de aborto no seguro muestran disminuciones modestas. Dos patrones principales emergen. El primero está representado por América del Sur e incluye América Central, el Caribe y África Subsahariana. África Subsahariana es inconfundible, con aborto no seguro siendo reemplazado cada vez más por aborto legal y seguro. La tasa de aborto no seguro en América del Sur ha disminuido sustancialmente, con un aumento en la prevalencia de

Figura 2: Tendencias de aborto no seguro por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años durante los años 1993 y 2003 por regiones



Fuente: Organización Mundial de la Salud^{2,5}

anticonceptivos modernos de entre un 50 a un 65 por ciento durante este mismo periodo. Sureste Asiático y el Subcontinente Indio (y hasta cierto punto Asia Occidental y Oceanía) siguen el segundo patrón, con disminuciones moderadas en las tasas de aborto no seguro. La prevalencia de los anticonceptivos modernos continúa por debajo del 50 por ciento en estas sub-regiones.

Hasta la fecha y a medio camino del periodo establecido para la meta de los ODMs, solamente se han conseguido unas mejoras moderadas para reducir la mortalidad materna y el aborto no seguro. Para evitar las defunciones maternas y prevenir los abortos no seguros se necesita urgentemente una mayor coordinación de esfuerzos. Debe priorizarse la atención en salud necesaria dirigida a las mujeres y proporcionarse un acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto incluye el acceso a la planificación familiar con el fin de prevenir embarazos no planeados, la prevención de abortos no seguros y sus complicaciones y la provisión de atención de alta calidad durante el embarazo, el parto y el post parto que incluya atención de emergencia en obstetricia.

La reciente participación por parte de la comunidad internacional sugiere que existe la esperanza de que se produzca un progreso más rápido. Sobre la base de los resultados de la Cumbre mundial del 2005, las revisiones del marco de evaluación de los ODM para incluir un nuevo objetivo bajo el ODM-5 (conseguir acceso universal en salud reproductiva para el año 2015), han ofrecido una nueva prioridad para la atención de la salud requerida para tratar la mortalidad materna y sus causas, incluyendo el aborto no seguro. Se han establecido asociaciones internacionales para trabajar por la consecución de los ODMs referidos a salud. Entre estas se incluyen la Campaña global sobre los ODM 4-5 y la Asociación Internacional de Salud + establecida en Septiembre del 2007 con el objetivo de apoyar los esfuerzos nacionales para aumentar el alcance de las intervenciones de salud. El enfoque de estas asociaciones internacionales proporcionará más oportunidades para acelerar el progreso dirigido hacia la reducción de la mortalidad materna y del aborto no seguro.

Lale Say and Iqbal Shah pertenecen al Departamento de Salud e Investigación Reproductiva de la Organización mundial de la Salud en Ginebra, Suiza.

Referencias

- 1 United Nations. United Nations millennium declaration. Fifty-fifth Session of the United Nations General Assembly (General Assembly document, No. A/RES/55/ 2). New York, NY, USA: UN, 2000.
- 2 World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, Fifth edition. Geneva, Switzerland: WHO, 2007.
- 3 World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision (ICD-10). Geneva, Switzerland: WHO, 1992.
- 4 World Health Organization. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva, Switzerland: WHO, 2007.
- 5 World Health Organization. Abortion: a tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion, Second edition. Geneva, Switzerland: WHO, 1994 (document WHO/FHE/MSM/93.13).

Cuestiones anticonceptivas en el manejo de la fístula obstétrica

Nathalie Maulet, Jean Macq, Pierre Buekens

La fístula obstétrica ha sido desatendida por mucho tiempo. Con el lanzamiento de una campaña internacional coordinada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas en 2003, el manejo de este asunto fue colocado para actuar como catalizador dentro de la campaña para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna en países en vías de desarrollo.¹

La fístula obstétrica se produce por el trauma causado por una obstrucción durante el parto sin que se produzca una intervención médica a tiempo. La presión prolongada de la cabeza del feto sobre los tejidos maternos induce a una necrosis, lo cual resulta en una comunicación anormal entre el tracto reproductivo y uno o ambos órganos adyacentes (la vejiga urinaria y el recto). Las consecuencias más reconocidas de la fístula obstétrica son el nacimiento de bebés nacidos muertos y la incontinencia urinaria y/o fecal crónica. Sin embargo, la morbilidad derivada de la fístula es multifacética e incluye la enfermedad pélvica inflamatoria, el pie caído y la infertilidad.² La fístula obstétrica también tiene serias repercusiones psicosociales y económicas tales como la estigmatización, el divorcio, la depresión y el agravamiento de la pobreza.³ A pesar de su importancia, estos efectos médicos y sociales no han sido estudiados en profundidad.⁴

Recientemente, tanto en trabajos prácticos como en trabajos

publicados, se percibe una tendencia a ampliar el manejo de la fistula y a considerarla no únicamente como una operación quirúrgica sino con un acercamiento más global.^{5,6} En el año 2006, la Organización mundial de la salud (OMS) publicó una guía con los principios básicos a seguir para la atención de mujeres sometidas a la operación de fistula obstétrica.⁷ Además de la cirugía, la guía sugiere otras medidas que van desde los cuidados de atención pre y post operativa hasta la fisioterapia y el asesoramiento. Con el progreso de la campaña internacional, las intervenciones son presentadas sistemáticamente como un continuo de tres fases que incluye la prevención, el tratamiento y la reintegración socio-económica.⁸ La anticoncepción parece intervenir en cada una de estas tres fases. Se trata de una medida de prevención ya que puede retrasar el embarazo temprano, el cual es uno de los principales factores de riesgo en la etiología de la fistula obstétrica. Como se indica en la guía de la OMS, también puede considerarse parte del tratamiento: "antes de dar el alta a una mujer, debe aconsejarse no tener coito sexual durante tres meses para permitir que se produzca la cicatrización completa y para que, idealmente, no se quede embarazada entre los seis meses y el año después de este periodo. Esto también debe explicarse a su pareja y [...] la pareja deberá recibir asesoramiento completo sobre planificación familiar".⁷ Además, la anticoncepción está estrechamente unida a la reintegración, ya que tener otro bebé o no tener nunca más parece ser la mayor preocupación de los pacientes con fistula cuando vuelven a sus comunidades.

Este artículo tiene por objetivo el plantear cuestiones básicas e iniciar una discusión sobre la importancia de las cuestiones anticonceptivas en el manejo de la fistula obstétrica en línea con los esfuerzos para reducir la mortalidad materna. No hemos encontrado publicaciones que traten específicamente de las cuestiones de anticoncepción relacionadas con la fistula obstétrica (mediante la búsqueda en Medline usando las palabras clave: "fistula" y anticoncepción/planificación familiar). Muy pocos artículos mencionan la anticoncepción. Cuando así lo hacen, es para indicar que la manera de retrasar la maternidad temprana es mejorando el acceso a los servicios de planificación familiar, previniendo así la fistula.⁹ La anticoncepción aparece en el asesoramiento como una recomendación post operación entre otras tales como la higiene personal, la atención prenatal y el alumbramiento en el hospital en el próximo embarazo.^{10,11} Los artículos que incluyen esta recomendación son bastante recientes y no van más allá de una declaración de intenciones. No existen datos disponibles sobre actividades de campo o información sobre los deseos, adhesión o conformidad con la anticoncepción de los pacientes con fistula o sobre el impacto adicional que la planificación familiar tiene sobre la vida del paciente.

El modo en que se presenta la anticoncepción en la literatura sobre fistula obstétrica ilustra dos limitaciones acentuadas por varios autores: una visión a corto plazo y una falta de estudios basados en la evidencia.^{3,4}

Los resultados preliminares de nuestro estudio detallado sobre las consecuencias socio-médicas a largo plazo en 65 pacientes con fistula obstétrica en Níger muestran que, a pesar de la organización de sesiones de sensibilización o asesoramiento, solamente un 23 por ciento de los pacientes sabía cuanto tiempo debía esperar antes de intentar su próximo embarazo. Un notable 27,5 por ciento respondió de tres a diez años, mucho más tiempo que el periodo recomendado (de seis a doce meses). Como a menudo mencionaban los pacientes, esto podría estar asociado con el miedo a quedarse embarazada otra vez. El respeto a las recomendaciones del doctor, el miedo a la recurrencia del embarazo o de la fistula y el no querer más hijos (3,8% de las participantes eran primíparas; 21,1% multíparas y 55,5% gran multíparas) fueron las razones mencionadas para comenzar la anticoncepción.

Encontramos que el 94 por ciento de los pacientes no habían usado ningún tipo de anticoncepción anteriormente, aunque 91 por ciento declararon que una vez curadas les gustaría usar métodos de anticoncepción modernos. Los pacientes entrevistados en el centro de atención de la fistula parecían mostrar bastante determinación en sus intenciones. Expresaron abiertamente su decisión a rechazar una proposición de matrimonio o divorcio y a usar la anticoncepción de forma secreta si su anterior/futuro marido se opusiera a la planificación familiar. Esta intención podría ser difícil de aplicar, especialmente para

aquellas mujeres que vuelven con su marido anterior (62 por ciento de nuestra muestra). Cuando una paciente muestra su determinación a usar la anticoncepción, su provisión efectiva durante el asesoramiento anterior al alta puede ser crucial.

Los pacientes con fistula que no esperan el periodo recomendado antes de su próximo embarazo podrían mostrar un mayor riesgo de fracaso para volver al sistema de salud para el alumbramiento (sección cesárea) y por lo tanto tener un mayor riesgo de recurrencia de la fistula. Por otra parte, sus contactos con el sistema de atención de salud podrían hacer que estas personas estén mejor equipadas para tratar con los riesgos que pudieran encontrar en su vida reproductiva posterior (control de nacimiento, embarazo post fistula).

El periodo de tiempo entre nacimientos no es el único asunto que conecta la anticoncepción con el manejo de la fistula obstétrica. Otra área importante es la prevención de las ETS y del VIH/SIDA. El tratamiento de la fistula a menudo se retrasa debido a que los pacientes desconocen que exista un tratamiento disponible o tienen problemas económicos o de transporte. En Nigeria, país con una historia de experiencia y medios en atención de la fistula, la duración de la fistula variaba desde unos pocos días hasta 38 años, con una duración media de cinco años antes de su aparición en el hospital de la fistula.¹²

Se asume que los maridos de las pacientes con fistula no permanecen sexualmente inactivos durante este largo periodo y tampoco algunas mujeres (por ejemplo, un caso inusual de paciente con fistula embarazada y sospechosa de recurrir a la prostitución para sobrevivir). Después de un episodio inquietante de fistula, el marido y la esposa de una pareja comienzan de nuevo su vida marital con riesgos más altos de ETS y de VIH/SIDA. Hasta la fecha, este asunto nunca había sido tratado.

Existe una necesidad urgente de estudios adicionales. A medida que el manejo de la fistula obstétrica tienda a volverse más general, las cuestiones relacionadas con la anticoncepción deberán ser integradas en el continuo de atención de la fistula.

Autores: Nathalie Maulet, Jean Macq, Pierre Buekens
Unidad de Programas de Salud y Política en Países en Desarrollo
Escuela de Salud Pública
Universidad Libre de Bruselas, Bélgica

Financiado por: UNFPA Mali y Níger Country Offices y Representación de la OMS en Níger.

Referencias

- 1 Obstetric fistula as a catalyst: exploring approaches for safe motherhood. Atlanta, GA, USA: United Nations Population Fund; Health & Development International; Center for Disease Control and Prevention, 2005.
- 2 Arrowsmith S, Hamlin EC, Wall LL. Obstructed labor injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51: 568-74.
- 3 Wall LL, Arrowsmith SD, Briggs ND, Browning A., Lassey A. The obstetric vesicovaginal fistula in the developing world. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60(7 S1): S3-S51.
- 4 Kelly J, Winter RH. Reflection on the knowledge base for obstetric fistula. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99(S1): 21-4.
- 5 Browning A, Fentahun W, Goh JT. The impact of surgical treatment on the mental health of women with obstetric fistula. *Br J Obstet Gynaecol* 2007; 114: 1439-41.
- 6 Muleta M, Hamlin E, Fantahun M, Kennedy RC, Tafesse B. Health and social problems encountered by treated and untreated obstetric fistula patients in rural Ethiopia. *J Obstet Gynaecol Can* 2008; 30: 44-50.
- 7 World Health Organization. *Obstetric fistula: guiding principles for clinical management and programme development*. Geneva: World Health Organization, 2006.
- 8 Campaign to end fistula. New York: United Nations Population Fund 2007 [cited 2008 Apr 10]; Available from: URL: <http://www.endfistula.org>.
- 9 Wegner MN, Ruminjo J, Sinclair E, Pessó L, Mehta M. Improving community knowledge of obstetric fistula prevention and treatment. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99(S1): 108-11.
- 10 Ramsey K, Ilyasu Z, Idoko L. Fistula fortnight: innovative partnership bring mass treatment and public awareness toward ending obstetric fistula. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99(S1): 130-6.
- 11 McDonald P, Stanton ME. USAID program for the prevention and treatment of obstetric fistula. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 99(S1): 112-6.
- 12 Hilton P, Ward A. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998; 9: 189-94.