

PÉRDIDAS GESTACIONALES DEL PRIMER TRIMESTRE

Visibilidad, reconocimiento
y atención

RESUMEN
EJECUTIVO



ÍNDICE

LAS PÉRDIDAS GESTACIONALES DE PRIMER TRIMESTRE: ¿QUÉ ESTÁ EN JUEGO?	2
MEJORA DE LA ATENCIÓN DE LAS PÉRDIDAS GESTACIONALES DEL PRIMER TRIMESTRE	3
ENFOQUE Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	4
APRENDIZAJES RESULTANTES	6
1. Su invisibilización y desconocimiento, social y jurídico	6
2. La diversidad de experiencias	7
3. Comunicar la pérdida gestacional	8
4. Información y comunicación inclusiva	10
5. La toma de decisión sobre el procedimiento terapéutico	10
6. La disposición de los restos gestacionales	14
7. La organización de la atención: circuitos y protocolos	15
8. El reconocimiento social de la identidad materna y paterna	19
9. El reconocimiento jurídico de la identidad materna y paterna	20
10. Formación y apoyo a profesionales	21
AUTORAS	24
REFERENCIAS	25

LAS PÉRDIDAS GESTACIONALES DE PRIMER TRIMESTRE: ¿QUÉ ESTÁ EN JUEGO?

Las pérdidas de embarazo que ocurren en el primer trimestre, es decir en las primeras 12 semanas de gestación, no son un evento inusual en la vida reproductiva de las mujeres. Sin embargo, son las menos estudiadas y las más invisibilizadas y desconocidas a nivel sanitario y social.

Se denominan pérdidas gestacionales de primer trimestre a los embarazos que se pierden casi simultáneamente a su detección (embarazos bioquímicos), a los abortos espontáneos y a los embarazos ectópicos.

España no dispone de datos oficiales sobre esas pérdidas. En 2010, en su guía práctica de asistencia más reciente, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia informó que las pérdidas gestacionales de primer trimestre afectan a entre el 10% y 20% de los embarazos, que la mayoría de esos abortos espontáneos son preclínicos (60%) y que, generalmente, acontecen antes de la semana 12 de gestación (85%). En 2021, la Sociedad Española de Fertilidad informó que solo el 22% de los tratamientos de reproducción asistida realizados había dado lugar a un nacimiento. También en 2021, Quenby et al. en un artículo publicado en The Lancet, estimó en 43 millones las pérdidas espontáneas anuales en el mundo, 44 por minuto, las cuales en la mayor parte de los casos se viven en soledad con costo personal, social y de los sistemas de salud -estimado este último en alrededor de 471 millones de libras anuales para Reino Unido-. Es decir, por su impacto epidemiológico, físico, psicológico y económico, las pérdidas gestacionales tempranas son un evento significativo en la vida reproductiva (Quenby et al., 2021).

Los estudios disponibles muestran que el impacto personal y el sufrimiento por la pérdida de un embarazo o de un hijo o hija no depende de la semana gestacional o el tamaño del embrión y que esa experiencia incrementa el riesgo de padecer problemas de salud mental (Evans y Lloyd, 2002; Jackman et al., 1991; Prettyman et al., 1993; Stratton y Lloyd, 2008). Dado que los protocolos clínicos y programas de apoyo emocional vigentes se centran, mayoritariamente, en las pérdidas de segundo y tercer trimestre, a menudo la atención ofrecida en casos de pérdidas de primer trimestre no llega a la totalidad de gestantes y sus parejas ni se adecua a sus especificidades.

En las pérdidas gestacionales se ponen en juego proyectos personales y familiares y, en el caso de España, si se atiende a las estimaciones, un número significativo de personas no logra cumplir con su proyecto parental y, por cada una de ellas, otras no logran ser abuelas/os, tíos/as o hermanos/as.

- No hay protocolos para el estudio regular de las causas de las pérdidas ni evidencias sobre cómo prevenirlas.
- A nivel clínico las pérdidas gestacionales de primer trimestre suelen tratarse como algo frecuente y “normal”.
- Su invisibilidad y tabú dificulta su reconocimiento y trato específico lo que aumenta el trauma asociado.
- La atención centrada en las gestantes dificulta el (re)conocimiento y legitimación de otras experiencias, en particular, las de las parejas masculinas.
- Los y las profesionales de la salud no reciben formación específica para identificar, abordar y acompañar las pérdidas y los duelos emergentes y las organizaciones sanitarias en general no incorporan profesionales de otras disciplinas formados para hacerlo, complementando el trabajo de profesionales de la salud.

MEJORA DE LA ATENCIÓN DE LAS PÉRDIDAS GESTACIONALES DEL PRIMER TRIMESTRE

La pérdida de un embarazo y/o la muerte de un hijo o hija usualmente impacta no solo en la salud física, psicológica y social de las mujeres gestantes sino también en el bienestar de sus parejas, familias y profesionales que las atienden (Quenby et al., 2021; Shorey et al., 2019; Shakespeare et al., 2018).

Abordar las pérdidas que se producen en las primeras 12 semanas de gestación, invisibilizadas y desconocidas socialmente, requiere de incrementar evidencias que permitan diseñar estrategias e intervenciones o adecuar las existentes y los recursos destinados a este evento reproductivo frecuente, aunque silente e invisible en España en la actualidad.

Con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre las pérdidas gestacionales de primer trimestre que contribuya a su reconocimiento social y jurídico y al mejor abordaje asistencial, se desarrolló el siguiente proyecto de investigación y transferencia colaborativo entre instituciones académicas y de salud pública:

Pérdidas reproductivas precoces: del malestar físico y emocional invisible al posible duelo personal, familiar y social.

Convocatoria Conecta 2021, Fundación La Caixa (CC21-0178).

IPs: Diana Marre (AFIN-Universitat Autònoma de Barcelona), Elisa Llurba (Institut de Recerca de Sant Pau), María José Rodríguez (POMADE-Universidad de Alicante).

Este resumen ejecutivo presenta los principales hallazgos de esta investigación a las personas, grupos o entidades a quienes pueda resultar útil para incrementar su conocimiento y comprensión de las pérdidas gestacionales de primer trimestre y para adecuar sus prácticas, protocolos y organización de la atención de quienes las experimentan.

ENFOQUE Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Los enfoques de género e interseccional, por su contribución a la igualdad y equidad social y de género, orientaron el desarrollo de la investigación y orientan la transferencia del conocimiento emergente al ámbito académico, sanitario y de políticas públicas y a la sociedad en general.

La evidencia sobre la que se basan las recomendaciones de este documento surge de una investigación interdisciplinaria que siguió un diseño mixto secuencial (cuantitativo-cuantitativo).

En una primera fase cualitativa se identificaron y describieron las necesidades de atención sanitaria y acompañamiento a mujeres/parejas/familias que experimentan una pérdida de embarazo en el primer trimestre y los desafíos profesionales que aborda el personal sanitario involucrado. Con este objetivo, durante 2023 se realizaron 680 horas de observación etnográfica en un servicio de atención primaria y dos hospitales de tercer nivel de dos comunidades autónomas y entrevistas semiestructuradas a 32 mujeres, 9 familiares y 19 profesionales de diversas comunidades autónomas en cuyo análisis se siguieron procedimientos de análisis cualitativos con asistencia de softwares. A partir del conocimiento generado cualitativamente, durante la fase cuantitativa se diseñaron cuatro encuestas dirigidas a gestantes, parejas y profesionales, actualmente en proceso de implementación, y una a la sociedad en general que ya cuenta con los primeros resultados.

Los hallazgos y las recomendaciones presentadas en este resumen emergentes de la investigación toman en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2015) para desarrollar y mantener una atención de salud que:

1

Garantice los derechos de las mujeres a un cuidado digno y respetuoso a lo largo de su experiencia de embarazo/pérdida.



2

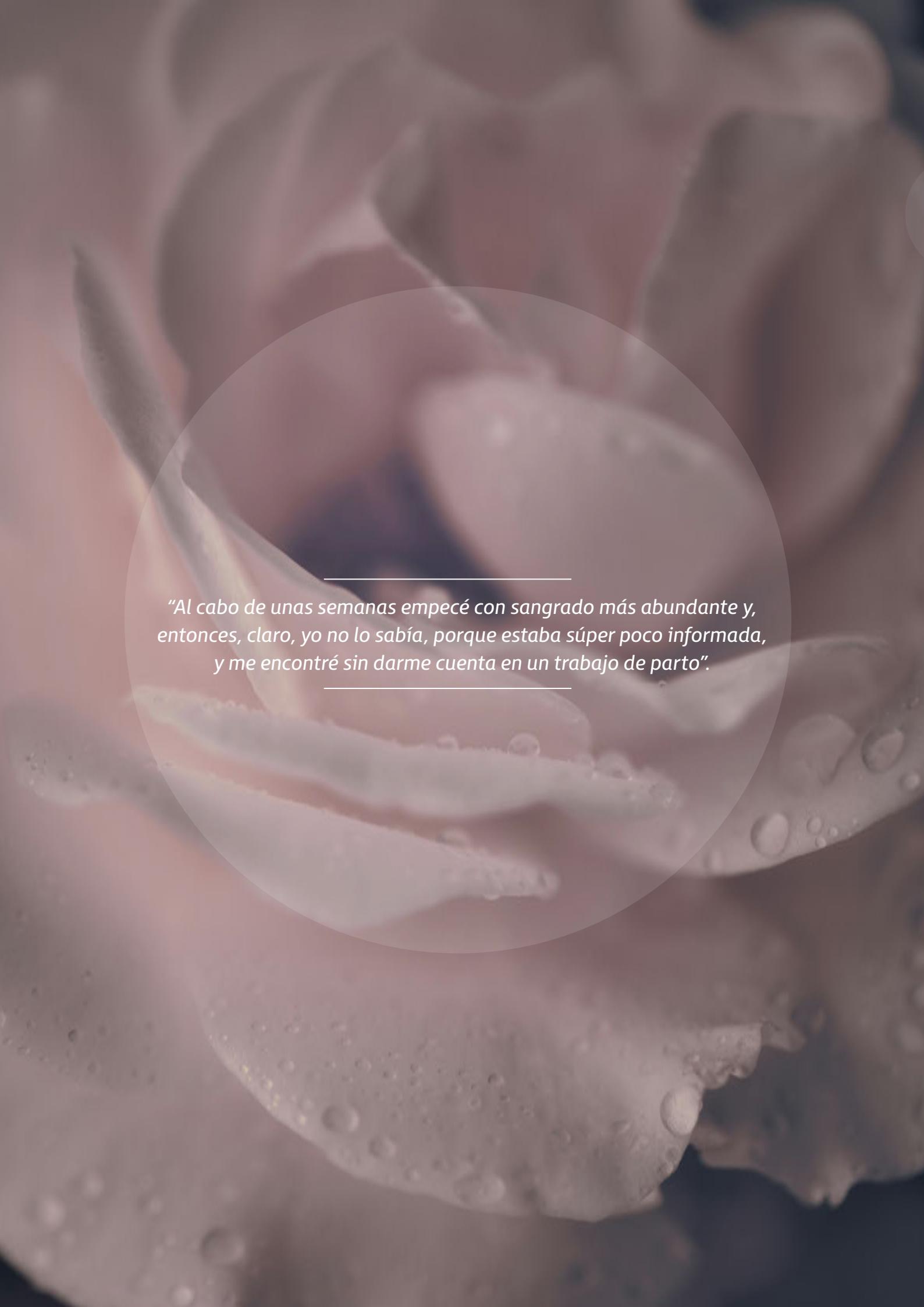
Genere datos relacionados con prácticas de cuidado respetuosas y apoyo profesional significativo.



3

Apoye programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud de las mujeres durante su embarazo/pérdida.





"Al cabo de unas semanas empecé con sangrado más abundante y, entonces, claro, yo no lo sabía, porque estaba súper poco informada, y me encontré sin darme cuenta en un trabajo de parto".

APRENDIZAJES RESULTANTES

1 Su invisibilización y desconocimiento, social y jurídico

“

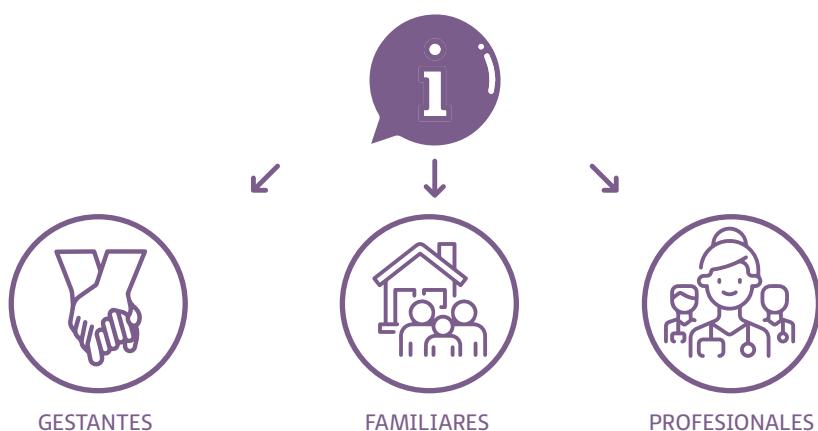
“Y no hay nada de acompañamiento [a las pérdidas] ni... ni en el primer trimestre ni en el segundo. Sólo es como: ‘prepárate el suelo pélvico’, ‘prepárate la cadera para parir’ y después ya sí, todos los problemas que vas a tener con la lactancia para los que va a haber grupos de apoyo y de madres. Pero no hay nada sobre esto. Nada antes, ¿sabes?”

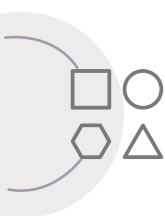
”

Cuándo y cómo hablar sobre la posibilidad de una pérdida gestacional es uno de los mayores desafíos identificados por este estudio. La mayoría de las personas no suele prepararse, ni ser preparada, para una pérdida gestacional. La información a gestantes y parejas sobre la frecuencia y características de estas pérdidas, o su relación con la edad materna u otros factores, no suele incluirse en las visitas protocolarias.

Aunque se reconoce que “algo puede salir mal”, por lo que las personas suelen esperar a la ecografía y los cribados de visita protocolaria de final de primer trimestre para anunciar socialmente el embarazo, la atención y las preocupaciones se centran, usualmente, en otras problemáticas - malformaciones, patologías fetales, entre otras.

La ausencia de información y preparación preventiva para una posible pérdida es uno de los hallazgos clave de este estudio, lo que sugiere la necesidad de incluir esta información para reducir su desconocimiento y ampliar su comprensión, personal, familiar y social, lo que contribuiría a reducir su invisibilidad y los malestares que acompañan a gestantes, familiares y profesionales involucrados.





2 La diversidad de experiencias

“

“Por mucho que fuera un embrión o células desarrollándose, dividiéndose, para mí ha sido un hijo lo que he perdido. No es un embrión. Aunque cambie el nombre conforme va evolucionando, es un hijo desde el primer momento. O sea, yo no he perdido un embrión, yo he perdido un hijo”.

“Aunque fuese de ocho semanas, para mí era mi bebé. Porque, a ver, realmente no tenía ni siquiera forma humana, claro, pero ¿dónde está el límite? ¿Cuándo ya sí es un bebé y cuándo no?”

“Yo decía que quería verlo y me decían “'para que quieras verlo si no verás nada'”

”

Las personas se refieren a lo que han perdido apelando a denominaciones que usualmente no dependen de la edad gestacional o el tamaño de la pérdida. Algunas personas hablan de “mi hijo”, “mi bebé”, “un proyecto”, “un milagro de la vida”, “mi ilusión”, “mi hijo que ha muerto” y otras también recurren a “embrión”, “aborto” o “pérdida” sin referirse a un niño o niña “que ha nacido” o “que ha muerto” (Remorini, et al., 2024; Rodríguez Jaume y Remorini, 2025).

Mientras que las y los profesionales de la salud utilizan términos específicos, propios de las disciplinas biomédicas (embrión, feto, tejido embrionario), las gestantes y sus parejas recurren a denominaciones que dan cuenta de sus dimensiones emocionales y vinculares, más que de las morfológicas o del estatus jurídico de lo perdido. Lo mismo sucede a nivel social más amplio: lo que a menudo quienes atraviesan una pérdida perciben como falta de sensibilidad e incomprendimiento de la magnitud de la pérdida, usualmente se debe al desconocimiento o ausencia de palabras para nombrar a esos seres. Ello sugiere la necesidad de incrementar la información y el conocimiento social para que, entre otras cuestiones, el lenguaje utilizado no incremente el malestar o sufrimiento. Por otro lado, las formas de nombrar y la percepción de la experiencia varían con el tiempo. Una misma persona puede modificar su perspectiva y optar por diferentes términos en distintos momentos, desde que recibe el diagnóstico hasta semanas, meses o años después.

Por ello, en la instancia de diagnóstico de una pérdida y, en general en todo momento de la atención en que se interactúa con quienes la han experimentado, convendría, por un lado, atender a sus formas de nombrar lo perdido y, por otro, asumir que hay una amplia diversidad de experiencias, no solo entre diferentes personas sino también en una misma persona e, incluso, a lo largo de una misma conversación según se introducen nuevos elementos o información (Remorini, et al., 2024).

3 Comunicar la pérdida gestacional

“

“Lo siento, se ha parado”.

“No es lo que deberíamos ver en esta semana, aquí no hay nada”.

“Llegas y te dicen: ‘vamos a ver al bebé’, y luego, cuando no hay latido, ya pasa a ser un ‘aborto’, un ‘embarazo anembriionario’ o ‘un resto de tejido’”.

*“Está dentro de la estadística, son cosas que pasan... ¿por qué pasan?
No lo sabemos, puede ser por varias razones ...”.*

“Sentirás como una regla, pero más fuerte”.

”

Cuando en una consulta protocolaria o en urgencias se diagnostica una pérdida, la primera reacción de las gestantes y sus parejas suele ser la sorpresa. La comunicación de ese resultado adverso desencadena un sufrimiento, tanto si se ha contemplado la posibilidad de una pérdida o no.

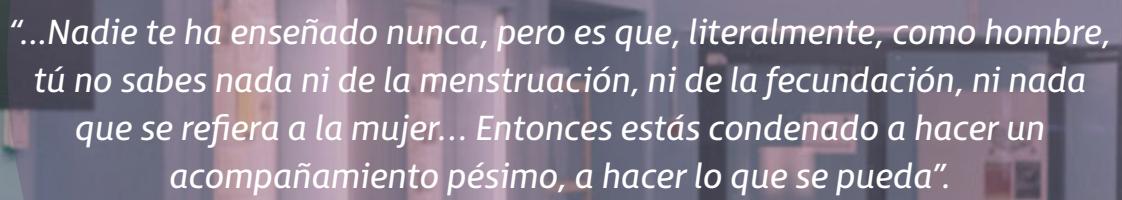
Por ello, el diagnóstico y la comunicación de la pérdida presentan dificultades para quienes la diagnostican y comunican. Aunque a menudo con más recursos y experiencia que quienes reciben la noticia, quienes la dan deben decidir cómo comunicarlo en un espacio y un tiempo reducido. Por ello, a menudo:

Recurren a **comunicarlo como algo habitual y rutinario** (“está dentro de la estadística”), lo que algunas gestantes y familiares perciben como una infravaloración de su impacto.

Se refieren a ella con **palabras técnicas** que para algunas gestantes y sus parejas **dificulta su comprensión** y no tienen en cuenta sus propios términos para referirse a su experiencia y a “lo que han perdido”.

No toman en consideración el **estado de shock** de algunas gestantes y sus parejas ni su **desconocimiento sobre el tema** cuando atraviesan esa experiencia por primera vez.





“...Nadie te ha enseñado nunca, pero es que, literalmente, como hombre, tú no sabes nada ni de la menstruación, ni de la fecundación, ni nada que se refiera a la mujer... Entonces estás condenado a hacer un acompañamiento pésimo, a hacer lo que se pueda”.





4 Información y comunicación inclusiva

Si bien algunas parejas masculinas se autoexcluyen de la conversación y suelen delegar en la mujer la toma de decisiones “sobre su cuerpo”, otras desearían tener una mayor participación, reconociendo su desconocimiento y necesidad de aprender aspectos que les permitan, por un lado, entender un proceso usualmente considerado “exclusivamente femenino” y, por otro, acompañar a sus parejas de manera acorde a sus expectativas.

La frecuente autoexclusión de las parejas masculinas en la toma de decisiones sobre la pérdida suele asociarse, a su vez, con el protagonismo dado a las gestantes al comunicar la pérdida, dirigiéndose exclusivamente a ellas como las únicas “pacientes” afectadas.

5 La toma de decisión sobre el procedimiento terapéutico

“

“Muchas veces les dejamos que se lo piensen. Les decimos, ‘Oye, pues os dejamos un rato para que habléis con tu pareja y en 5 o 10 minutos os llamamos para hablar con vosotros’”.

“Me afectó más teniendo en cuenta que yo no quería natural, que yo no quería... desprenderlo sola. [Pero] me guió para el medicalizado [farmacológico], me dijo que era como más natural para mi cuerpo, más sano y era lo mejor y ya”.

“Eso fue un poco un desastre, realmente, hubiéramos necesitado más información. No la pedimos, pero la necesitábamos. ¿Iba a doler mucho, poco? Hubiera necesitado una explicación más a fondo. ‘Es como una regla fuerte’, nos dijeron, pero la verdad es que ella estuvo muy dolorida, varios días. Sangró mucho. No te alcanzas a dar cuenta cuánta sangre es normal. Y yo pensé que, si nos hubieran explicado desde el inicio las consecuencias, o esta posibilidad, hubiéramos decidido directamente por el legrado. Aunque es más invasivo, es más eficaz. Pero no hubo información ni explicación suficiente”.

”

La mayoría de las personas entrevistadas señala haber enfrentado el diagnóstico de su pérdida gestacional con incertidumbre y temor, ya que desconocían cómo proceder y cuáles eran las consecuencias de cada opción de abordaje terapéutico y sus implicaciones sobre la salud física, emocional y social.

Cuando, junto a la noticia de la pérdida, se les consulta e informa sobre las opciones de abordaje terapéutico disponible, muchas personas manifiestan dificultades para tomar una decisión, porque a menudo no comprenden la información recibida por el momento y circunstancias en que la reciben o porque les resulta compleja, insuficiente o fragmentaria para decidir en el tiempo de que a veces disponen (“5 o 10 minutos”).

Quienes atraviesan una pérdida manifiestan la necesidad de contar con un tiempo y un espacio suficiente para comprender y valorar las opciones de abordaje terapéutico —expectante, aspiración quirúrgica o farmacológico. A menos que no sea la primera pérdida, se trata de procedimientos desconocidos para la mayoría de la población, incluidas las personas embarazadas, en tanto la posibilidad de una pérdida no forma parte de la información protocolariamente proporcionada durante el seguimiento de embarazo.



La forma en que se comunica la noticia, a cargo de un/a profesional de la ginecología (con presencia en ocasiones del personal auxiliar o de enfermería) y en el marco de una alta presión asistencial, incide en cómo las personas reciben el diagnóstico y las opciones terapéuticas disponibles, lo que tiene consecuencias en su decisión sobre el abordaje terapéutico a seguir y en decisiones reproductivas posteriores. Las limitaciones de tiempo y espacio para confirmar que la explicación se ha comprendido y para escuchar y resolver dudas y preocupaciones de gestantes y sus parejas dificulta la toma de decisiones informadas y resulta en una valoración negativa de profesionales y organizaciones que han atendido la pérdida (Remorini, et al., 2024).

Las personas entrevistadas manifiestan que, según su experiencia, el personal médico usualmente propone el abordaje farmacológico de la pérdida por sus beneficios comparativos. Sin embargo, a pesar de que es un método simple en apariencia, presenta muchas dudas a quienes deben utilizarlo por primera vez lo que requeriría de una explicación detallada que incluya sus aspectos prácticos como, por ejemplo, cuán abundante, doloroso y por cuánto tiempo será el sangrado resultante. Asimismo y teniendo en cuenta que se suele desaconsejar o desalentar la opción quirúrgica —atribuyéndole riesgos como adherencias o infecciones—, convendría tener en cuenta las recomendaciones de la OMS, que desaconseja el uso del término legrado en favor de la aspiración.



En ese sentido, quienes experimentan una pérdida, desearían que:

- No se **minimicen o desestimen los posibles riesgos** y consecuencia físicas y emocionales y se informe profusamente sobre el tratamiento farmacológico domiciliario sin acompañamiento profesional.
- Quien les informa les **pregunte por su contexto familiar / social** para orientarla en la decisión terapéutica que se adecue mejor a su situación vital.
- Además de informar sobre las opciones de abordaje terapéutico, **se escuchen sus preferencias**, usualmente basadas en sus circunstancias familiares y sociales.
- De ser necesario, **se consulte / convoque a otros/as profesionales** para el abordaje de cuestiones que escapan a la especialidad o al tiempo disponible.



"Cuando a mí me dijo: 'mira, aquí está el saquito, lo vamos a llevar al... al laboratorio para que lo miren', y yo pensé 'pero ¿a qué?' Para que me confirmaran que había restos fetales en mi saquito. Pues, eso ya lo sé, no me hacía falta... No sé. Fue muy desagradable".



6 La disposición de los restos gestacionales

“

“Y entonces se me ocurrió preguntarle: ‘me la puedo llevar?’, y me dijo: ‘no, esto no te lo puedes llevar’. Me dijo: ‘a ver, yo llevo aquí 20 años trabajando y esto no funciona así, eso se queda en el hospital’... Yo tampoco tenía mucha fuerza para enfrentarme, [...] y dije: ‘bueno, pues ya está’. Le escribí a mi marido, le dije: ‘no nos lo podemos llevar’... Seguramente si me hubiera dicho ‘se va a quedar porque, pues, la gente de prácticas necesita ver estas cosas’, no sé, una explicación un poco más lógica para mí... pero no”.

“Le pregunté si me podían hacer algún tipo de estudio para ver la causa. [...] No lo entendí muy bien, pero él me recomendó el estudio [...] Entonces yo pregunté si lo hacían en el hospital, que me lo quería hacer, que me dijese los precios. Yo, en ese momento, me daba igual.

Dije: ‘pago lo que sea porque necesito respuesta’. Era como que yo sentía como que era lo último que podía hacer por mi bebé. Era como saber qué le había pasado o, no sé, quería respuestas”.

”

Algunas personas que transitan por una primera pérdida no saben qué se debe o puede hacer con sus restos cuando se produce en casa o qué se hará con ellos en el hospital. En el momento inmediatamente posterior al diagnóstico, y ante la urgencia de decidir sobre el procedimiento terapéutico, las gestantes no suelen pensar en los restos, un aspecto sobre el que tampoco tienen información previa. No obstante, este es un tema que en muchos casos surge durante o inmediatamente después de la pérdida y este desconocimiento puede generar dudas y malentendidos con el personal sanitario que impidan atender a las peticiones de la gestante.

Hay personas que manifiestan interés por ver y/o conservar restos de sus pérdidas, y otras, por el contrario, expresan temor a lo que verán en casa y a que se les muestre nada cuando la expulsión es en el hospital. Al igual que la posibilidad de tener una pérdida o los diferentes abordajes terapéuticos para ella, qué se puede o debe hacer con los restos no forma parte de la información protocolaria que reciben las personas embarazadas hasta que no están ante la situación.



7 La organización de la atención: circuitos y protocolos

“

“Tuve ansiedad durante todo el embarazo. Porque son embarazos que ocurren después de abortos, entonces yo creo que sería importante que alguien te pregunte: ‘¿Cómo estás?’, ‘¿Necesitas alguna sesión de acompañamiento?’, ‘¿Cómo te sientes?’, o algo así... Porque yo, a la mínima... Fui 15 veces a urgencias en este embarazo, pero era para saber que todo estaba bien”.

[...] Y ya luego pasan...ya no importas tú, el seguimiento de tu estado, pues ya no hay seguimiento [del embarazo]. Entonces, a esperar que todo pase, que todo se borre, a pasar página y ya está”. “Debería haber una atención 24 horas en la sanidad pública para este proceso [expulsión farmacológica], para que tú tuvieras un teléfono al que llamar en cualquier momento, porque... porque te sientes muy sola, muy poco acompañada a nivel sanitario”.

“Me pareció muy cruel estar sola en mi casa, sin información, sin un número al que llamar... Hubiese sido super importante que me ofreciesen un número de ayuda tanto psicológica como de información. Necesito saber algo, o sea, al final pierdes muchísima sangre, no sabes hasta qué punto es normal. Yo me sentía mareada muchas veces, pero como me dijeron que no acudiese a urgencias a no ser que tuviese fiebre muy alta o un sangrado descomunal y no sé cuál era el límite, entonces no fui”.

”

A menudo las personas que atraviesan una pérdida gestacional de primer trimestre recurren a los sistemas de salud pública y privada, simultánea o complementariamente. Esto resulta en que en su atención intervienen personas y organizaciones que no se comunican ni articulan entre sí. Las gestantes y sus parejas y/o familiares a menudo toman decisiones que dependen de cómo valoran la atención que reciben y cuán rápido y preciso es el diagnóstico y las respuestas a sus dudas. En consecuencia, los itinerarios no son lineales ni siguen el protocolo establecido por las autoridades sanitarias.

LAS TRES INSTANCIAS CLAVE IDENTIFICADAS EN ESE ITINERARIO SON:

- 1 EL DIAGNÓSTICO: el acto médico de corroborar la pérdida;
- 2 LA INFORMACIÓN SOBRE EL ABORDAJE TERAPÉUTICO: el acto de terminar o asistir a la terminación del embarazo en términos fisiológicos;
- 3 EL SEGUIMIENTO POSTERIOR: el acompañamiento y monitoreo de la salud de la gestante desde el fin de la expulsión, con una duración variable según el caso.

Cada instancia tiene características y particularidades que dependen de diversos factores —estado de salud de la gestante, recorrido reproductivo previo, acceso a un acompañamiento material, emocional y social, entre otros. No obstante, hay regularidades en las pérdidas gestacionales tempranas cuya revisión y adecuación de su atención podría contribuir a una atención más satisfactoria para todas las personas.

El circuito para recorrer en la atención de una pérdida temprana depende de si se diagnostica en urgencias o durante una visita protocolaria. En ambos casos, quienes han experimentado una pérdida, sus familiares y quienes las atienden, señalan nudos críticos que dificultan su atención y generan malestar:

En las semanas iniciales del embarazo, cuando se producen las pérdidas gestacionales tempranas, las gestantes **no suelen tener aún un equipo asignado** para su atención y control. Por ello, la mayoría de las pérdidas se diagnostican en urgencias, a menudo atendidas por personal rotante y/o residente con un espacio y tiempo limitados por la carga asistencial.

A menudo las **historias clínicas no están unificadas** lo que, junto a las consecuencias que tienen algunas normas de derivación, requiere que las gestantes deban explicar varias veces su evento reproductivo.

No disponer de un **espacio adecuado** significa que las personas acaben informando a su pareja o llorando su pérdida en espacios compartidos con personas visiblemente embarazadas o recién paridas. Asimismo, también significa tener que decidir rápidamente por un procedimiento terapéutico, por **no disponer de tiempo ni de un espacio privado** y con acompañamiento profesional para valorar opciones.

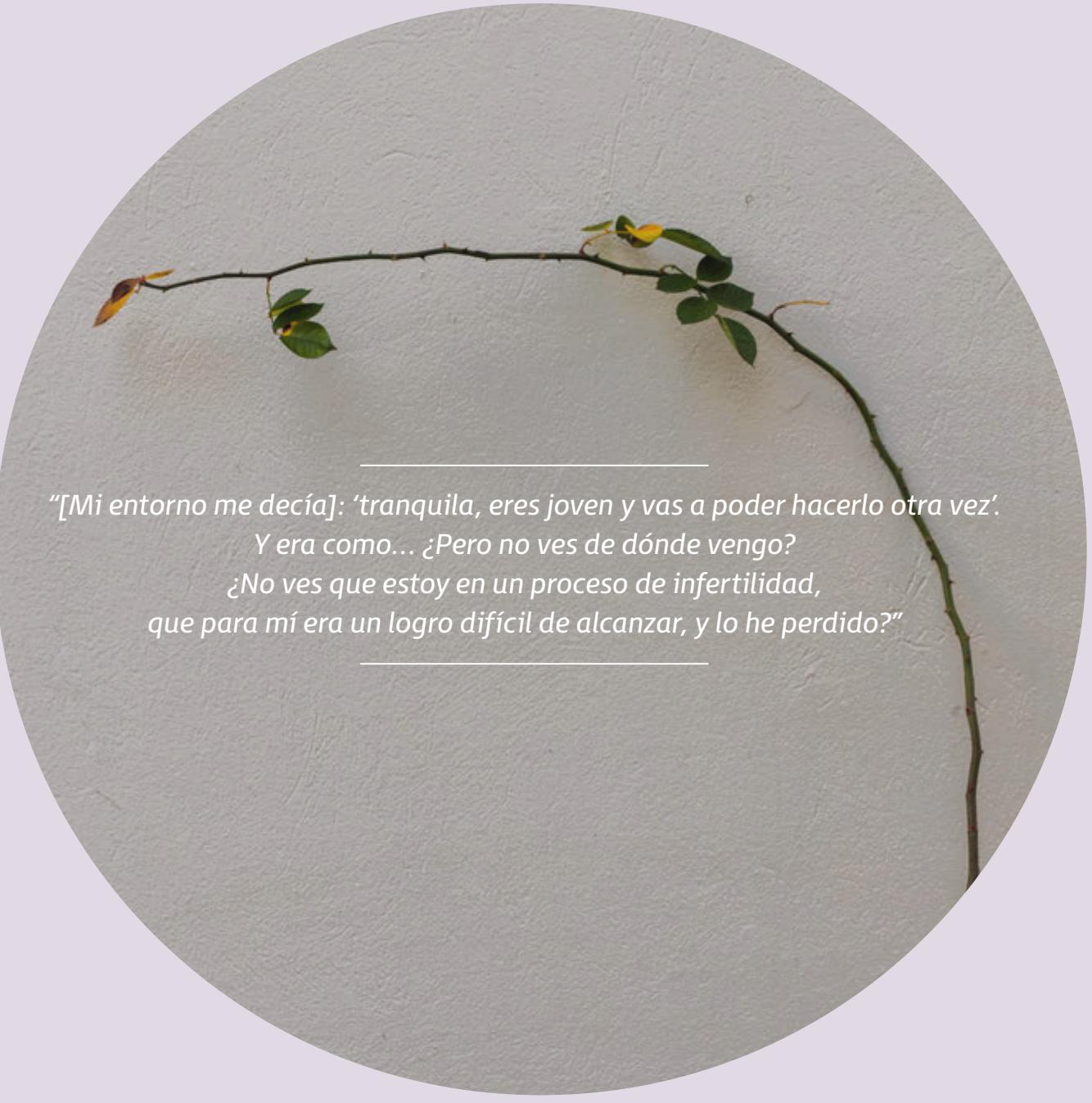




Estas situaciones no solo impactan en el bienestar socio-psico-emocional de las personas, sino que también producen un incremento de la demanda de atención tras el diagnóstico e intervención. Cuando la información recibida no resulta suficiente, se multiplican las visitas a urgencias o las segundas consultas, lo que recarga el sistema de atención.

Los resultados de este estudio sugieren que el tipo de seguimiento tras la intervención, farmacológica o quirúrgica, es importante para quienes atraviesan una pérdida gestacional temprana. Si bien hay servicios en que es posible pedir una cita con la matrona, esta no suele estar implicada en el diagnóstico, lo que resulta en un cambio de circuito. Por ello, quienes atraviesan una pérdida desearían realizar su seguimiento con las mismas personas que diagnosticaron la pérdida y monitorearon la expulsión, así como contar con información desde la que participar en la decisión sobre su seguimiento posterior en función de sus circunstancias personales y familiares y de sus posibilidades reproductivas futuras.

Quienes intentan concebir en edades que la gineco-obstetricia considera avanzadas y que han tardado algunos ciclos en lograr ese embarazo perdido, suelen tener preguntas e inquietudes específicas acerca de cómo puede impactar la pérdida en sus posibilidades reales de lograr un embarazo a término de un nacido sano o cuánto tiempo deben esperar para volver a intentarlo. Esto no es excepcional en España con uno de los índices de fecundidad más bajos del mundo (1,16 en 2022), una de las edades más altas a la primera maternidad (32,6 en 2022) y el mayor índice de madres de más de 40 años (el doble de la media de la Unión Europea en 2023). Por ello, quienes están en esa situación manifiestan que sería deseable que en su seguimiento posterior participaran también especialistas en reproducción e infertilidad.



*"[Mi entorno me decía]: 'tranquila, eres joven y vas a poder hacerlo otra vez'.
Y era como... ¿Pero no ves de dónde vengo?
¿No ves que estoy en un proceso de infertilidad,
que para mí era un logro difícil de alcanzar, y lo he perdido?"*



8 El reconocimiento social de la identidad materna y paterna

“

“No hablan del bebé en concreto. O sea, el bebé no ha existido. Por ejemplo, en el grupo [de amigas] todas tenemos niñas y tanto el de mi amiga que pasó por el aborto como el mío, eran varones. Y ahora, de mis dos amigas embarazadas, una tendrá un varón y dicen: ‘oh, el primer niño al grupo’. O sea, no se le da el valor que tienen los nuestros, porque como no han nacido, pues ya está, no existen”.

“Y entonces, cuando ella [su madre] me vio llorando, me abrazó, me decía que lo sentía: ‘bueno, venga, que puedes tener más hijos’ y tal. Y yo le decía: ‘ya sé que puedo tener más hijos’-digo, ‘pero este es mi bebé, que acaba de morir y ahora mismo no me importa si puedo tener más hijos. Estoy triste porque este bebé ya no está’. A ver, yo sé que ella hacía lo que podía”.

”

El embarazo es, desde el punto de vista social y cultural, un ritual de paso hacia la maternidad y paternidad, por lo que representa un cambio significativo en la trayectoria vital y en los roles y posición de esas personas en la familia y en la sociedad. Cuando el embarazo no progresiona y no finaliza en un nacimiento, esa transición, socialmente valorizada y ritualizada de múltiples formas, se ve comprometida, ya que la experiencia y los sentidos asignados a la pérdida de un embarazo o de un/a hijo/a a menudo no se comunica ni comparte.

Esa ruptura es aún mayor cuando, tras la pérdida, se ha de recurrir o continuar con tratamientos de reproducción asistida. A pesar de que hay quienes se sienten madre y/o padre aunque su hija o hijo no haya llegado a término, su entorno familiar y social no suele reconocerles esa identidad, al tiempo que suelen minimizar o ignorar ese embarazo. Por ello, muchas personas desearían que la atención médica y el entorno social legitimen esa experiencia.

“Pasar página” o no hablar de ello ya no es la mejor opción para muchas personas por lo que romper el silencio y el tabú que rodea a estas pérdidas en términos sociales contribuiría a que la ciudadanía tuviera más información sobre ellas. Esto contribuiría a que la sociedad reconozca su magnitud e impacto y esté mejor preparada para comprender, apoyar y acompañar a las personas afectadas.





9 El reconocimiento jurídico de la identidad materna y paterna

“

“Y también que no haya... bajas oficiales, o sea, que tú puedas decir: estoy fatal, estoy con ansiedad, estoy fatal porque he tenido esta experiencia traumática y un médico de cabecera pueda determinar darte una baja, que haya una ley que te ampare por pérdidas gestacionales tempranas”.

“A mí me gustaría poder registrar esos hijos en un libro de familia, aunque hayan sido diez o seis semanas de gestación, un reconocimiento social y oficial de que yo soy madre”.

“Yo conozco a varias mamis que están luchando por esto, puedan registrar a sus hijos y tiene que ser muy duro, que tu bebé haya fallecido durante el parto o haya fallecido dentro de ti. Y que no lo puedas tener registrado en ningún sitio”.

“Entonces, cuando nuestras cajas tienen... hay cosas que tienen en común y luego pues se les invita a que cada una vaya rellenando con lo que quiera, hacemos unos ositos, una velita... Hemos hecho un libro de familia ficticio con nuestro logo porque no se pueden inscribir los bebés que mueren antes de nacer”.

”

Al ser preguntadas acerca de qué esperarían en relación con un reconocimiento jurídico de las pérdidas reproductivas, las gestantes y sus parejas señalan que, siempre respetando la diversidad de deseos y expectativas de cada persona, pareja o familia, desearían que fuera posible:

- La inscripción en registros oficiales independientemente del momento en que se produce la pérdida y lo previsto por la normativa vigente.
- El reconocimiento jurídico del hijo o hija, aunque su desarrollo evolutivo no haya derivado en un nacimiento a término, es decir que se considere que ha existido, aunque no “ha nacido” en los términos previstos por la legislación actual.
- El reconocimiento de la pérdida y sus consecuencias para la salud física y emocional, así como para la vida social y laboral de quienes la atraviesan, con opción a bajas laborales y acompañamiento profesional.

A nivel legal, ya existen algunos instrumentos y jurisprudencia que respaldan ciertas peticiones de reconocimiento, inscripción y entierro de seres antenatales de menos de 180 días de gestación (o inferiores a 500 gramos de peso), así como inscribir el embarazo y alumbramiento o aborto en el Registro Civil. No obstante, existen limitaciones. La normativa actual no lo prohíbe ni lo regula, y teniendo en cuenta la afectación a derechos fundamentales de los progenitores, en caso de reclamación expresa, debe atenderse positivamente. Esto, en virtud no de un reconocimiento jurídico del embrión o feto, sino en virtud del derecho fundamental del respeto a la vida privada y familiar.

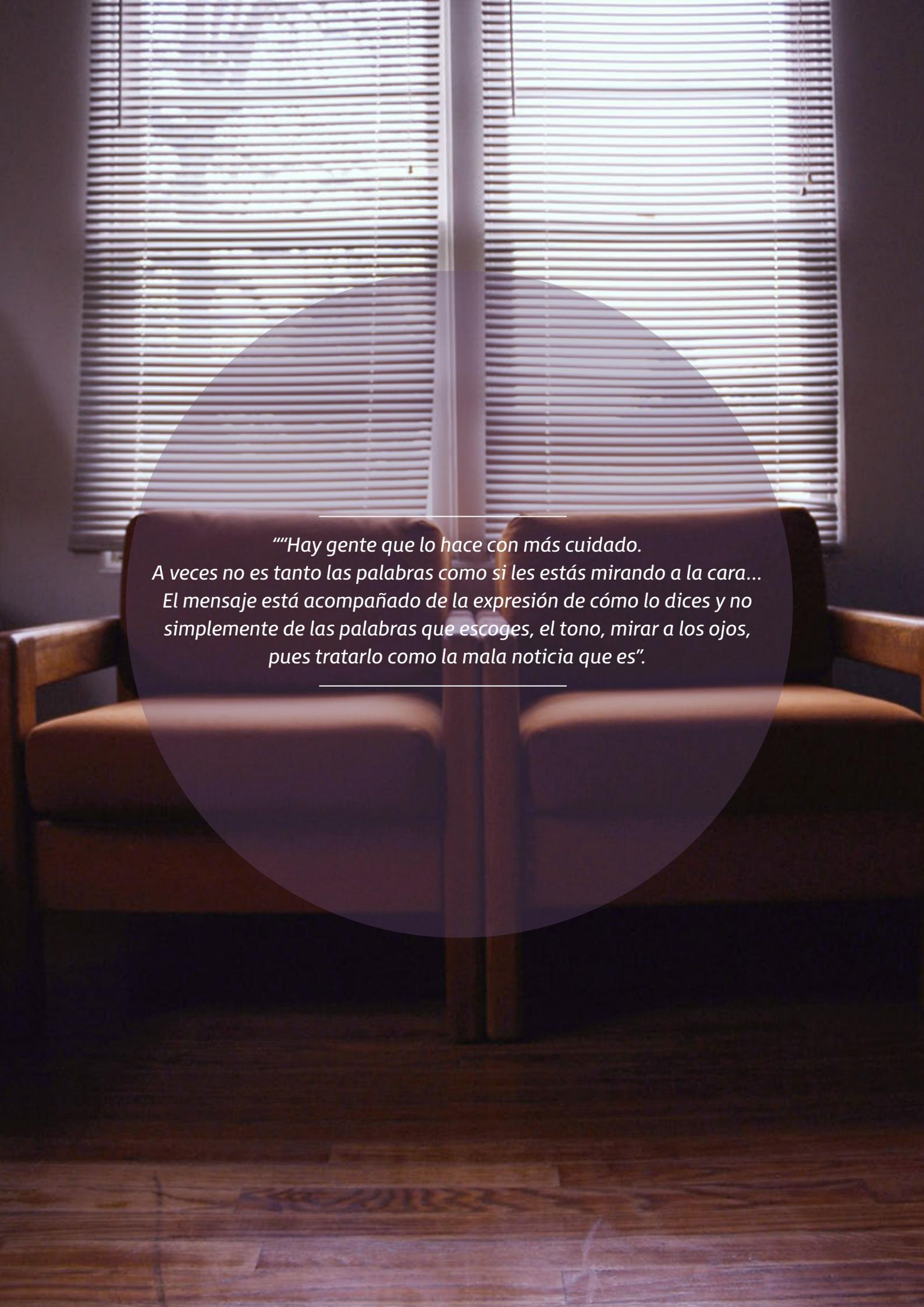
10 Formación y apoyo a profesionales

"Muchas veces vienen muy pronto. Este es el gran problema, que se hacen el test de embarazo super pronto y ya está: caos absoluto, porque en la eco no ves nada, entonces eso crea mucha incertidumbre y ahí tú tienes que manejar eso, y a veces vuelven y luego dar la mala noticia".

"Yo creo que por una parte falta formación, pero también tiene que haber mucho equipo. Porque tú, por ejemplo, con la gente que es más joven, que a lo mejor hace muy buenas ecografías, pero no tiene mucha experiencia en dar malas noticias, si se encuentran algo que no es normal tienen que pedir ayuda o tienen que tener la posibilidad de pedir ayuda".

Las y los profesionales entrevistados demandan formación y protocolos específicos para las pérdidas gestacionales precoces que les permitan realizar un acompañamiento eficaz y acorde con las posibilidades del sistema sanitario y de las gestantes y parejas.

A nivel práctico, los protocolos y circuitos asistenciales concebidos para acompañar pérdidas de segundo y tercer trimestre no son fácilmente adaptables a las del primero. Estos dispositivos —seguimiento posterior telefónico, creación de recuerdos materiales, derivación a salud mental y grupos de palabras— están centrados en la elaboración del duelo y creación de recuerdos, es decir, en una parte relevante de la experiencia, pero no la única que requeriría atención en las pérdidas gestacionales tempranas.



“Hay gente que lo hace con más cuidado.

A veces no es tanto las palabras como si les estás mirando a la cara...

El mensaje está acompañado de la expresión de cómo lo dices y no simplemente de las palabras que escoges, el tono, mirar a los ojos, pues tratarlo como la mala noticia que es”.

"Ansiedad", "estrés" y "frustración" son palabras que aparecen recurrentemente en los y las profesionales cuando hablan del impacto que genera en ellas/os y sus pacientes el diagnóstico de una pérdida. Su recurrencia a lo largo de una jornada laboral es vivida con malestar, especialmente cuando, por las características de la situación, no es posible confirmar el diagnóstico.

Las dificultades que las y los profesionales señalan que afrontan dependen también del ámbito donde la diagnostican. Por ejemplo, si es en urgencias, usualmente al mismo tiempo se atienden situaciones disímiles, como partos y pérdidas. Ello influye en el tiempo, la dedicación y gestión de la comunicación ya de por sí muy comprometida, señalan, por la alta carga asistencial y la organización de espacios y tiempos escasos para escuchar y atender emociones y dudas de sus pacientes, con resultados negativos en el bienestar de unos/as y otros/as.

El personal sanitario coincide que un abordaje adecuado de las pérdidas gestacionales tempranas no debería depender de la iniciativa y habilidades personales, sino del acceso a formación en la comunicación de malas noticias y a herramientas técnico-científicas que permitan la incorporación de recursos a la historia clínica de cada paciente que ayude a conocer sus necesidades específicas.



AUTORAS

Carolina Remorini; Giulia Colavolpe Severi;
Alexandra Desy; María José Rodríguez Jaume;
Elisa Llurba Olivé y Diana Marre.

REFERENCIAS

- Collins, Caitlyn, Riggs, Damien, & Due, Carmel (2014). The impact of pregnancy loss on women's adult relationships. *Grief Matters: Australian Journal of Grief and Bereavement*, 17(2), 44.
- Evans, Linda, Lloyd, David, Considine, Rebecca, & Hancock, Laura (2002). Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry: A hospital-based study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(2), 155-160.
- Hieffner, Angela R. (2020). "A Silent Battle": Using a feminist approach to support couples after miscarriage. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32(1–2), 57-75.
- Jackman, Caitlin, McGee, Helen M., & Turner, Mark (1991). *The experience and psychological impact of early miscarriage*. *Irish Journal of Psychology*, 12(2), 108-120.
- Linde, Pablo (2025). Todo lo que su médico no estudió en la universidad: "Nos forman para curar enfermedades, no para atender personas". *El País*, 19 ABR 2025. Sección Medicina.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. [Informe OMS]. Recuperado de: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2022). Directrices sobre la atención para el aborto. Recuperado de: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1>
- Prettyman, Richard J., Cordle, Carol J., & Cook, George D. (1993). A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 66(4), 363-372.
- Quenby, Siobhan, Gallos, Ioannis, Dhillon-Smith, Rima, Podesek, Marcelina, Stephenson, Mary, Fisher, Joanne, et al. (2021). Miscarriage matters: The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658-1667.
- Remorini, Carolina, Colavolpe Severi, Giulia, Desy, Alexandra, Llurba, Elisa & Marre, Diana (2024). Pérdidas gestacionales tempranas: entre lo invisible, lo inesperado y lo innombrable. *Publicación AFIN 149* (septiembre 2024). https://ddd.uab.cat/pub/afin/afinSPA/afin_a2024m9n149iSPA.pdf
- Rodríguez Jaume, María José & Remorini, Carolina. (2025). Hacia una comprensión social del aborto espontáneo. *Publicación AFIN 156* (septiembre 2025). <https://ddd.uab.cat/record/78757?ln=es>
- Stratton, Katie, & Lloyd, Laura (2008). Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(1), 5-11.
- SEGO - Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2010). *Guía Práctica de Asistencia Actualizada en Julio 2010*. Recuperado de: www.prosegovit.org
- Shakespeare, Clare, Merriel, Abi, Bakhbakhi, Danya, Baneszova, Ruth, Barnard, Katie, Lynch, Mary, Storey, Claire, Blencowe, Hannah, Boyle, Fran, Flenady, Vicki, Gold, Katherine, Horey, Dell, Mills, Tracey, & Siassakos, Dimitrios (2018). Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-summary. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126(1), 12-21.
- Shorey, Shefaly, André, Beate, & Lopez, Violeta (2017). The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 68, 25-39.
- Torres, Mª Concepción (2024): Informe Jurídico sobre pérdidas gestacionales tempranas. [Informe solicitado en el marco del proyecto "Pérdidas reproductivas precoces: del malestar físico y emocional invisible al posible duelo personal, familiar y social -La Caixa, CC21-0178-"].



PROYECTO:

Pérdidas reproductivas precoces: del malestar físico y emocional invisible al posible duelo personal, familiar y social.

Convocatoria Conecta 2021, Fundación La Caixa (CC21-0178).

IPs: Diana Marre (AFIN-Universitat Autònoma de Barcelona), Elisa Llurba (Institut de Recerca de Sant Pau), María José Rodríguez (POMADE-Universidad de Alicante).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Institut
de Recerca
Sant Pau



Hospital de
la Santa Creu i
Sant Pau



Instituto de
las Mujeres



MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES



Instituto
de Salud
Carlos III



Plan de
Recuperación,
Transformación
y Resiliencia



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU

2021-SGR-00133

PID202-0112692RB-C2

Proyecto RD21/0012/0018



Cofinanciado por
la Unión Europea



Instituto
de Salud
Carlos III

Proyecto RD24/0013/0003

