

¿Cómo podemos mejorar la atención sanitaria de pérdidas de embarazo en el primer trimestre?

RECOMENDACIONES
BASADAS EN
LA EVIDENCIA





Estas recomendaciones para la atención de las pérdidas reproductivas del primer trimestre y toma de decisiones informadas se basa en los resultados incluidos en:

Carolina Remorini, Giulia Colavolpe Severi, Alexandra Desy, María José Rodríguez Jaume, Elisa Llurba Olivé y Diana Marre (2025). Pérdidas gestacionales del primer trimestre: Visibilidad, reconocimiento y atención. Resumen ejecutivo de resultados del proyecto **Pérdidas reproductivas precoces: del malestar físico y emocional invisible al posible duelo personal, familiar y social**.

Asimismo, toma como referencia resultados de investigación disponibles sobre prácticas clínicas eficaces, las directrices internacionales documentadas en los sistemas sanitarios e indicadas por la Perinatal Society of Australia and New Zealand ⁽¹⁾, los acuerdos internacionales sobre duelo perinatal ⁽²⁾ y las líneas guía sobre aborto seguro de la OMS ⁽³⁾.

La investigación subraya la conveniencia de priorizar un trato oportuno, respetuoso y acorde a las necesidades de quienes atraviesan una pérdida gestacional temprana en tres instancias clave: **diagnóstico, manejo y seguimiento** mediante **protocolos específicos** y diferenciados de los disponibles para pérdidas de segundo o tercer trimestre. Las guías y protocolos existentes sobre atención al duelo perinatal y a la pérdida gestacional incluyen recomendaciones sobre **la comunicación y el trato** profesional de las pérdidas tempranas de primer trimestre. Además de adoptar esas recomendaciones, los hallazgos de esta investigación proponen revisar ciertos **aspectos organizativos institucionales** relativos a las pérdidas tempranas, mejorar el **acceso a la información** y generar **espacios de educación y sensibilización ciudadana** para acompañar mejor a quienes atraviesan una pérdida gestacional temprana.



1 Incluir en las guías y material informativo físico y/o digital dirigido a gestantes un apartado sobre las pérdidas gestacionales de primer trimestre.

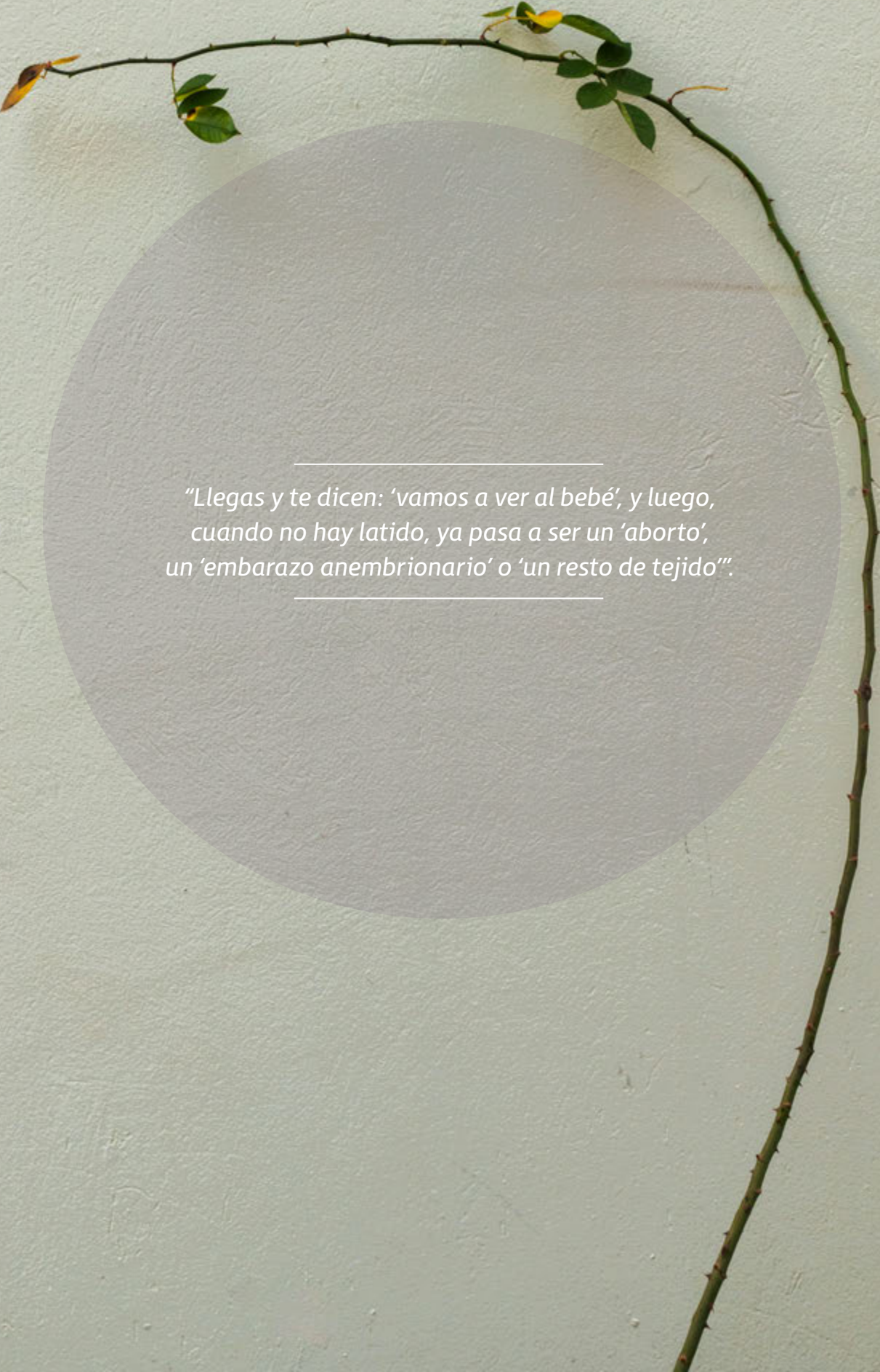
Esta información, redactada en lenguaje comprensible y evitando terminología técnica, debe estar disponible en los idiomas con mayor presencia en el área sanitaria a la que se destina la guía o materiales informativos. Es importante que se incluya información sobre la prevalencia de las pérdidas, los factores asociados y las opciones de abordaje terapéutico, con referencias a páginas web confiables, asociaciones profesionales, grupos de apoyo u otras organizaciones. Contar con **información precisa** cuando surge un diagnóstico de pérdida, lejos de generar alarma a quienes tendrán un embarazo sano a término, **facilita la toma de decisiones y las acciones**, reduce la carga cognitiva, emocional y práctica y favorece procesos y decisiones **compartidos** entre gestantes, parejas y personal sanitario ^(4, 5, 6, 7, 8).



2 Identificar y atender a la diversidad de experiencias, evitando homogeneizar, subestimar y/o descalificar las categorías y expresiones de gestantes y parejas⁽⁹⁾.

La experiencia de una pérdida gestacional puede variar según factores socioculturales, edad, género y trayectoria reproductiva previa, entre otros factores ⁽⁴⁾. Incluir esta diversidad en la conversación ayuda a brindar una atención más **respetuosa e inclusiva** ^(10, 11). Los sentimientos sobre la pérdida de un embarazo pueden incluir desde devastación hasta el alivio. Independientemente de cómo se sienta cada persona, la necesidad manifestada reiteradamente por quienes atraviesan una pérdida es que se escuche y considere su vivencia ⁽⁹⁾. Atendiendo a esa diversidad, se recomienda: preguntar si desean utilizar un término específico para referirse a la pérdida; no presuponer cuál es la denominación adecuada ni corregir las expresiones utilizadas por gestantes o parejas; consultar si habían elegido un nombre o apodo (algunas personas utilizan términos como “estrella”, “ángel” o “garbancito”); y prestar atención a las categorías y denominaciones que utilizan las gestantes y parejas ⁽¹²⁾. Es fundamental que el personal de salud priorice la escucha, para comprender qué significado tenía ese embarazo, qué impacto tiene la pérdida en su recorrido reproductivo y de qué forma cada persona desea transitar este proceso desde lo corporal y emocional.

Comprender y asimilar la noticia de una pérdida conlleva tiempo, por lo que conviene mantener una disposición sensible y respetuosa ante las diversas formas de afrontamiento, dudas y decisiones que se toman. **Brindar información clara y ofrecer acompañamiento, incluyendo la derivación a profesionales con experiencia y/o formación específica en pérdidas tempranas**, puede contribuir significativamente al bienestar de quienes atraviesan una pérdida.



*"Llegas y te dicen: 'vamos a ver al bebé', y luego,
cuando no hay latido, ya pasa a ser un 'aborto',
un 'embarazo anembrionario' o 'un resto de tejido'".*



3 Incluir activamente a las parejas.

Esto implica brindar información clara y comprensible a las parejas que les permita acompañar del mejor modo a las gestantes, evitando así la soledad que muchas mujeres relatan haber sentido en estos procesos, así como el malestar que muchos hombres expresan, en el caso de parejas heterosexuales, al no saber cómo actuar o qué decir ^(13, 14, 15). Las experiencias recogidas en la investigación muestran que muchos hombres desearían implicarse más, pero carecen de información o herramientas para hacerlo. Por ello, sería deseable **promover una información y educación** inclusiva sobre salud reproductiva desde etapas tempranas, como parte de la educación escolar obligatoria, mediante campañas de **(in)formación y sensibilización dirigidas a la ciudadanía** ⁽¹²⁾. Esto también contribuiría a que los hombres en general, además de los del entorno familiar, social o laboral comprendan mejor estas situaciones y sepan cómo acompañar y apoyar a las gestantes. Del mismo modo, en el caso de parejas femeninas, es importante asegurar que puedan participar activamente en las conversaciones, decisiones y visitas.



4 Informar y acompañar en la toma de decisiones, evitando imponer preferencias.

En sus líneas guía del 2022 para el aborto espontáneo, la Organización Mundial de la Salud ⁽³⁾ subrayó la importancia de ofrecer las tres opciones de abordaje terapéutico: **expectante, aspiración quirúrgica, o manejo farmacológico**. Estas directrices coinciden con las expectativas recogidas en la investigación, las cuales dan cuenta de la necesidad de tomar decisiones con base en información completa, accesible y comprensible, evitando tecnicismos y respetando las preferencias individuales, sin condicionarlas ni orientarlas hacia lo que considera mejor el equipo profesional, a menos que las personas lo soliciten expresamente.



EXPECTANTE



ASPIRACIÓN QUIRÚRGICA



FÁRMACOS



5 Propiciar la inclusión de otras personas de confianza en la toma de decisiones.

Permitir durante la consulta que las gestantes puedan consultar a otras personas (sus parejas, personas de confianza, otros profesionales) para reflexionar y tomar decisiones acordes a sus necesidades y expectativas. La posibilidad de compartir este proceso puede contribuir a reducir la carga emocional y la sensación de responsabilidad individual, aspectos que muchas personas identifican como fuente de malestar tras recibir el diagnóstico. Contar con apoyo en esos momentos ayuda a mitigar sentimientos de soledad, incompreensión, incertidumbre o temor al tiempo que favorece un acompañamiento más humanizado.



6 Establecer claramente la información que debe ofrecerse a una persona o pareja sobre las alternativas de abordaje terapéutico.


Esto implica protocolizar el proceso, incluyendo tanto la comunicación verbal como escrita, donde las ventajas y riesgos de cada opción sean explicadas con claridad y sensibilidad.

- a En caso de optar por un manejo farmacológico domiciliario, es fundamental proporcionar información práctica sobre la cantidad máxima de cambios de compresas por hora que se considera dentro de lo normal (incluyendo el tamaño de las compresas). También se recomienda incluir orientación sobre posturas o dispositivos que puedan aliviar el dolor, así como sobre el desarrollo temporal de la expulsión (cuánto tiempo después de la toma de la medicación puede iniciarse el proceso, cuánto tiempo puede durar, etc.) y cuáles son los signos y síntomas que han de tomarse en cuenta para acudir a urgencias. Asimismo, se recomienda ofrecer un acompañamiento -presencial, telefónico u on line- a cargo de personal formado que pueda responder a dudas inmediatas acerca del nivel de sangrado y dolor, y/o habilitar la posibilidad de visitas domiciliarias a cargo de enfermeras o matronas.
- b En caso de optar por un manejo quirúrgico, se recomienda priorizar a estas personas en el listado de intervenciones y asegurar que alguien del equipo hable con ellas y sus acompañantes para anticipar el procedimiento. Se recomienda garantizar espacios que respeten la privacidad e intimidad, evitando compartir áreas con personas con partos a término o visiblemente embarazadas. Finalmente, se recomienda ofrecer información clara y rigurosa sobre las fases posteriores a la intervención quirúrgica, tanto las relacionadas con la recuperación física como emocional.



7 Concienciar al personal sanitario.

Concienciar al personal sanitario sobre la importancia de explicar y acompañar el abordaje terapéutico farmacológico, **así como promover cambios organizativos en las instituciones de salud para responder a las necesidades emergentes de ese abordaje**. Los hallazgos de esta investigación muestran una diferencia significativa entre la percepción del personal de salud -que no suele identificar este aspecto como problemático- y la de las gestantes y parejas -que señalan dificultades y falta de acompañamiento adecuado en estos casos-. Se recomienda promover instancias de formación continua sobre las recomendaciones actuales en torno al acompañamiento en el manejo farmacológico, así como las técnicas de aspiración quirúrgica en el primer trimestre, para minimizar los riesgos asociados a la intervención derivados de costumbres desactualizadas (como el uso de la legra).



"Desde la perspectiva masculina es muy difícil acompañar esto bien. Primero, porque no sé hacerlo... Entonces estás condenado a hacer un acompañamiento pésimo, a hacer lo que se pueda".



8 Atender a las preferencias de las gestantes sobre la conservación de restos de tejido.

La Organización Mundial de la Salud (2022) indica que el tejido del embarazo ha de ser desechado “a menos que las personas deseen hacer algún uso de él”. Tener esto presente durante la consulta es fundamental para que quienes deseen conservar los restos puedan recibir por parte del personal de salud la información y comprensión necesaria para hacerlo. En caso de que la(s) persona(s) lo solicite/n, debería ofrecérsele información sobre si es posible identificar un embrión o saco gestacional, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, la edad gestacional y el tiempo transcurrido desde la interrupción hasta la expulsión, así como las opciones disponibles en ese contexto. Esta información se debería proporcionar **únicamente a petición de la paciente** y nunca espontáneamente, ya que para las personas que no manifiestan esta necesidad, recibir esta información puede ser perturbador y ser percibido como inapropiado.



9 Facilitar la posibilidad de crear recuerdos.

En situaciones de shock emocional muchas personas no solicitan nada en particular de forma explícita, aunque luego señalan que lo han echado en falta. Por ejemplo, si la persona lo desea, puede ofrecerse una impresión de la ecografía evitando **estandarizar o imponer prácticas de creación de recuerdos**, ya que no todas las personas desean conservar recuerdos y para algunas estas acciones pueden no ser adecuadas.



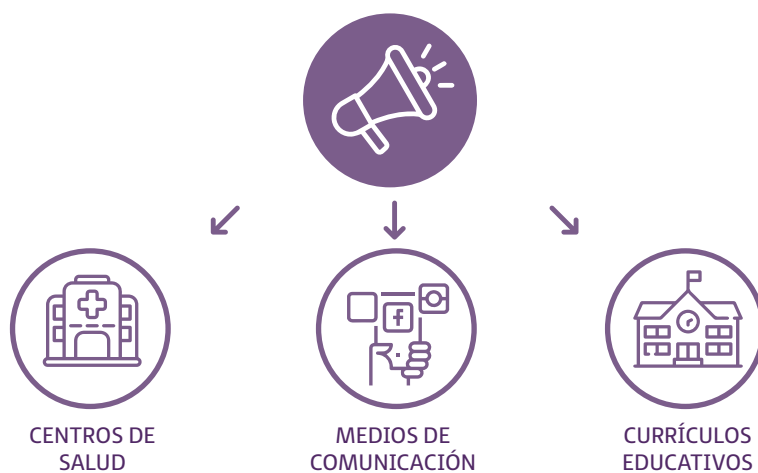
10 Ofrecer la posibilidad de una visita posterior a la finalización del embarazo con un/a profesional especializado/a en fertilidad y reproducción humana.

Ofrecer esta consulta para quienes expresen inquietudes sobre su futuro reproductivo o relaten dificultades reproductivas (nuliparidad, edad materna avanzada, varios meses de intentos para lograr el embarazo, etc.) o para expresar las dudas y preocupaciones que pudieran haber surgido tras la pérdida. Esta consulta debería proponerse incluso cuando la persona no cumpla con los criterios para acceder a técnicas de reproducción asistida o el número de pérdidas no permita solicitar estudios específicos. Asimismo, esta consulta debería ofrecerse solo a quienes la deseen, ya que ofrecerla de forma generalizada podría generar una preocupación innecesaria.



11 Diseñar e implementar campañas de sensibilización de la ciudadanía sobre fertilidad, procesos reproductivos y factores de riesgo.

Estas acciones incluyen centros de salud, medios de comunicación y currículos educativos, a nivel de la educación secundaria y terciaria/universitaria. Diversos estudios, así como los resultados de esta investigación, han destacado la necesidad de ampliar y mejorar la disponibilidad de información sobre pérdidas gestacionales espontáneas, para que las personas puedan estar mejor preparadas ante la posibilidad de que su embarazo no llegue a término ^(12, 16). Asimismo, muchas mujeres expresan la necesidad de que se hable más de las pérdidas gestacionales en la comunidad en general, para no sentirse solas ni estigmatizadas por su experiencia ^(4, 17). Se trata de intervenciones básicas con capacidad de generar un impacto positivo inmediato en las experiencias de gestantes y entorno cercano, al reducir el estigma asociado a las pérdidas gestacionales ^(12, 18).




12 Generar programas de formación y actualización permanente para profesionales sanitarios de diferentes especialidades.

Esto podría realizarse mediante la colaboración entre universidades y otras instituciones educativas, asociaciones civiles y grupos de investigación involucrados en la temática, como parte del contenido obligatorio de la formación básica (MIR/EIR).



13 Incorporar de manera estable a los servicios y equipos de salud profesionales de ciencias sociales como la antropología o la psicología social.

Al igual que en su momento se hizo con profesionales de la psicología o el trabajo social, la inclusión de estos profesionales contribuirá a abordar los aspectos sociales y culturales, además de los psicológicos y clínicos, garantizando así una atención integral de la pérdida reproductiva. Esto complementaría y apoyaría la tarea de los/as profesionales sanitarios al tiempo que brindaría a las personas usuarias un acompañamiento que asegure la inclusión de las diversas experiencias y necesidades. Esta recomendación se basa en la propuesta de la OMS, que considera que toda persona debe poder acceder a la salud física, psicológica y social, la última de las cuales no recibe ninguna atención ni consideración en el sistema de salud actual. Asimismo, estaría en línea con las experiencias registradas en el contexto anglosajón (Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido) y de los países nórdicos (Suecia, Noruega, Netherlands). Estas experiencias sugieren que no necesariamente la inclusión de alguna asignatura, usualmente optativa, y/o de cursos cortos en el curriculum



“Yo decía que quería verlo y me decían
'¿para qué quieres verlo si no verás nada?' ”

académico de las ciencias biomédicas es suficiente para incorporar habilidades que se requieren en la atención de la salud que incluya una dimensión social, además de la física y la psicológica ^(19, 20).



14 Modificar la normativa relativa a la inscripción de la pérdida gestacional del primer trimestre.

La entrada en vigor de la Orden JUS/876/2023 y la Instrucción de 31 de julio de 2023 de la Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública introdujo cambios en los modelos de inscripción de muertes intrauterinas a partir de los seis meses de gestación en el nuevo Archivo de nacidos sin vida. La nueva Orden e Instrucción introdujeron la posibilidad de incluir los datos del padre u otro progenitor, además de la opción (no obligatoria) de otorgar un nombre al feto/bebé fallecido en el momento de registrar su muerte (de forma explícita sin efectos jurídicos). La ampliación de los supuestos de inscripción, voluntaria y sin efectos jurídicos, de modo que se incluya a los “bebés in natus” por debajo de los 180 días de gestación, ha sido entendida por algunas mujeres y parejas como un reconocimiento de su maternidad/paternidad y reparación de su dolor ante la pérdida temprana de su embarazo. Se trata de una opción sustentada jurídicamente en los argumentos del Tribunal Constitucional y en la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y que podrían ser extensibles a las peticiones de inhumación ⁽²¹⁾.



15 Registrar y publicar de forma sistemática información estadística relativa a las pérdidas reproductivas tempranas, también denominadas abortos espontáneos.

La ausencia de datos estadísticos en España sobre estas pérdidas amplía la brecha de desconocimiento y dificulta su atención. Los países que han implementado registros sistemáticos y publicaciones han demostrado que esos datos resultan útiles para la evaluación clínica, para la investigación y para la formulación de políticas ^(22, 23, 24).

AUTORAS

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

- 1 Stillbirth Centre of Research Excellence; Perinatal Society of Australia & New Zealand & SANDA Stillbirth and Neonatal Death Alliance 2019. *Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death. Section 3. Respectful and Supportive Perinatal Bereavement Care*. Retrieved from <https://sanda.psanx.com.au/assets/Uploads/Section-3-Evidence-Based-Clinical-Practice-Guidelines3.pdf>
- 2 Shakespeare, Clare; Merriel, Abi; Bakhbakh, Danya; Baneshova, 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.
- 3 Organización Mundial de la Salud (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto*. Retrieved from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1>
- 4 Wallis, Emma L.G.; Heath, Jennifer & Spong, Amanda (2024). How do people story their experience of miscarriage? A systematic review of qualitative literature. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 41:100997.
- 5 Lisy, Karen; Peters, Melissa D.; Riitano, Dario; Jordan, Zoe, & Aromataris, Edoardo (2016). Provision of meaningful care at diagnosis, birth, and after stillbirth: A qualitative synthesis of parents' experiences. *Birth*, 43 (1), 6-19.
- 6 Ellis, Abigail; Chebsey, Claire; Storey, Claire, et al. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 16.
- 7 Coffey, Helen (2016). Parents' experience of the care they received following a stillbirth: A literature review. *Evidence-Based Midwifery*, 14 (1), 16-21.
- 8 Rowlands, Ingrid J. & Lee, Christina (2010). "The silence was deafening": Social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (3), 274-286.
- 9 Corbet-Owen, Carina & Kruger, Lou-Marie (2001). The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health*, 19 (4), 411-427.
- 10 Fernández-Basanta, Sara; Coronado, Carmen; Movilla-Fernández, María-Jesús (2020). Multicultural coping experiences of parents following perinatal loss: A meta-ethnographic synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (1), 9-21.
- 11 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>
- 12 van den Akker, Olga B. A. (2011). The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6 (3), 295-304.
- 13 Due, Clemence; Chiarolli, Stephanie & Riggs, Damien W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 380.
- 14 Nguyen, Vivian; Temple-Smith, Meredith & Bilardi, Jade (2019). Men's lived experiences of perinatal loss: A review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59 (6), 757-766.
- 15 Azeez, Shazleen; Obst, Kate Louise; Oxlad, Melissa; Due, Clemence & Middleton Philippa (2021). Australian fathers' experiences of support following neonatal death: a need for better access to diverse support options. *Journal of Perinatology*, 41(12), 2722-2729.
- 16 Murphy, Fiona (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 7 (4), 325-332.
- 17 Bellhouse, Clare; Temple-Smith, Meredith J. & Bilardi, Jade E. (2018). "It's just one of those things people don't seem to talk about..." Women's experiences of social support following miscarriage: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 18 (1), 176.
- 18 Sclavi, Marianella (2000). *Arte di ascoltare e mondi possibili*. Bruno Mondadori.
- 19 Seikkula, Jaakko; Trimble, David (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44(4), 461-475.
- 20 Torres, María 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"].
- 21 Burden, Claire; Bradley, Sarah; Storey, Claire et al. (2016). From grief, guilt, pain, and stigma to hope and pride – A systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 9.
- 22 Helle, Nea; Niinimäki, Maarit; Linnakaari, Reetta; But, Anna; Gissler, Mika; Heikinheimo, Oskari & Mentula, Maarit (2022). National register data are of value in studies on miscarriage - Validation of the healthcare register data in Finland. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 101 (11), 1245-1252.
- 23 Adolfsson, Annsofie & Larsson, Per-Göran (2006). Cumulative incidence of previous spontaneous abortion in Sweden in 1983-2003: A register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 741-747.
- 24 Eskild A, Vatten LJ, Nesheim BI, Vangen S. (2009): The estimated risk of miscarriage should be corrected for induced abortion rates, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88 (5), 569-574

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).



Institut
de Recerca
Sant Pau



Hospital de
la Santa Creu i
Sant Pau



2021-SGR-00133



PID202-0112692RB-C2



Proyecto RD21/0012/0018



Cofinanciado por
la Unión Europea



Proyecto RD24/0013/0003