

En personas con colocación reciente de dispositivo intrauterino, el control clínico ¿es igual de preciso que el control ecográfico para determinar su posicionamiento?

In people with recent intrauterine device placement, is clinical control as accurate as ultrasound control to determine its positioning?

Melina Muñoz^a 

Resumen

El uso de dispositivos intrauterinos en personas con útero ha aumentado en los últimos años, favorecido por su bajo costo, independencia del usuario, durabilidad, seguridad y efectividad, así como por campañas educativas que han reducido su estigma. Sin embargo, en la práctica cotidiana persisten discrepancias sobre el seguimiento posterior a la inserción, particularmente en cuanto al intervalo y al método de control, que suelen depender del ámbito de atención y de los recursos disponibles.

Abstract

The use of intrauterine devices among people with a uterus has increased in recent years, driven by their low cost, user independence, durability, safety, and effectiveness, as well as by educational campaigns that have reduced stigma. However, discrepancies persist in everyday clinical practice regarding follow-up after insertion, particularly concerning the appropriate timing and method of assessment, which often depend on the care setting and available resources.

Palabras clave: Examen Físico, Dispositivos Intrauterinos, Ecografía. Key words: Physical Exam, Intrauterine Devices, Ultrasound.

Muñoz M. En personas con colocación reciente de dispositivo intrauterino, el control clínico ¿es igual de preciso que el control ecográfico para determinar su posicionamiento?. Evid Actual Pract Ambul. 2026;29(1):e007158. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7158>

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. melina.munoz@hospitalitaliano.org.ar
<https://orcid.org/0009-0008-0831-8271>

Escenario clínico

Una paciente de 32 años consulta en el centro de salud de su barrio para cambiar de método anticonceptivo. Refiere que vive con su pareja y sus dos hijos, de uno y cuatro años. Desde su último parto está tomando la minipíldora, pero recientemente consiguió trabajo y aumentaron en frecuencia sus olvidos, por lo que desea un método de larga duración. Si bien quisiera colocarse un dispositivo intrauterino (DIU), le preocupa tener que hacerse controles ecográficos, ya que con su nuevo trabajo se le dificulta conseguir turno para realizar esta práctica.

Pregunta que generó el caso

En personas con colocación reciente de DIU (tres meses previos), el control clínico en comparación al control ecográfico, ¿es igual de preciso para determinar su posicionamiento?

Estrategia de búsqueda

Fue realizada una búsqueda en PubMed utilizando la siguiente estrategia: (intrauterine devices) AND (ultrasound OR ultrasonography) AND (physical examination OR routine gynecological examination OR clinical monitoring) AND (accuracy OR precision OR diagnostic value). No fue empleado un marco temporal dado que al utilizar filtros, la búsqueda no arrojó resultados. Fueron elegibles ensayos clínicos randomizados, revisiones sistemáticas, estudios comparativos u observacionales prospectivos que evaluaran la precisión diagnóstica del control clínico frente al ecográfico, en personas que se hubiesen colocado un DIU en los últimos tres meses. Fue definido de manera arbitraria el período de búsqueda desde el año 2000 en adelante por considerarlo suficientemente actual. La búsqueda arrojó nueve registros, entre los que fue seleccionado un estudio de cohorte prospectiva¹. El resto de los estudios fue descartado por irrelevancia, a través de la lectura del título y resumen.

Algunos datos sobre el uso del DIU

El dispositivo intrauterino es un método anticonceptivo reversible, de larga duración, seguro y eficaz. Si bien se suele recomendar que su colocación se realice durante la menstruación, es posible hacerlo en cualquier momento del ciclo, siempre que se descarte la existencia de embarazo en curso². La colocación se realiza por lo general en un entorno ambulatorio, mediante una técnica estéril. Para su correcto funcionamiento, el DIU debe quedar ubicado en la cavidad uterina, por encima del orificio cervical interno (OCI). Una vez en su lugar, debe asegurarse que los hilos de recuperación protruyan entre 2 a 3 cm por fuera del orificio cervical externo (OCE).

Se denomina malposición al espectro de posicionamientos anormales, que van desde la expulsión completa a través del OCE hasta la perforación completa a través de la serosa uterina con migración del dispositivo hacia el espacio intraperitoneal³, aunque estas complicaciones son poco frecuentes⁴. El riesgo más alto de expulsión se observa dentro de las primeras 48 horas posparto y tras un parto vaginal⁴⁻⁶, aunque existen otros escenarios de riesgo aumentado, como en adolescentes y tras su colocación luego de abortos de segundo trimestre⁴. Dentro del primer año, las tasas de expulsión varían entre 2 y 10%, en particular en los primeros tres meses postinserción⁴⁻⁶. Por ello, el control del DIU ha sido un aspecto fundamental en la práctica anticonceptiva, ya que garantiza su eficacia para prevenir embarazos no deseados.

El control puede realizarse de forma clínica, observando los hilos del DIU mediante especuloscopia, o bien ecográficamente, evaluando su posición en la cavidad uterina. Se estima la distancia desde el OCI y el fondo uterino, e identifican posibles complicaciones, como la expulsión parcial o completa, la perforación y el embarazo. La ecografía transvaginal (ETV) es la técnica más utilizada para este propósito debido a su costo-efectividad, ausencia de radiación ionizante, alta resolución y capacidad para visualizar detalles anatómicos precisos^{3,7,8}. Sin embargo, el seguimiento posinserción del DIU aún es tema de discusión.

Según la última actualización de la Guía Nacional de Métodos Anticonceptivos de Argentina, publicada en 2023, si bien el control del DIU debería realizarse de forma clínica, pudiendo incluso las usuarias ser instruidas para realizar un autocontrol en circunstancias de difícil acceso, la ecografía puede realizarse si estuviera disponible. En el Consenso de Anticoncepción Intrauterina del mismo año, la Asociación Argentina de Anticoncepción concuerda en que no es necesaria la ecografía rutinaria post inserción si la colocación estuvo dentro de los parámetros esperables, aunque deja la decisión acerca de su solicitud al criterio del profesional interviniente⁹. En cambio, el Consenso Canadiense de Anticoncepción de 2016 recomienda una visita de rutina

postinserción y sólo solicitar la evaluación ecográfica en caso de sospecha de perforación¹⁰. Por otro lado, el Centro para el Control de Enfermedades de los EE.UU. (CDC, por sus iniciales en inglés), en sus recomendaciones de prácticas selectivas para el uso de anticonceptivos, explicita que, en la población general, no se requiere ninguna visita de control rutinario post colocación ni chequear la visibilidad de los hilos para asegurar el uso correcto y seguro del método¹¹. Las guías del Reino Unido⁵, Australia y Nueva Zelanda⁶ coinciden en que los controles clínicos rutinarios post inserción no son necesarios, salvo que se trate de DIU posparto (vaginal o cesárea), en cuyo caso recomienda realizar un control clínico a las cuatro o seis semanas de su colocación. Se observa una contradicción entre las recomendaciones de las guías internacionales, con una clara tendencia a reducir al mínimo los controles postcolocación, y las nacionales, que permanecen ambiguas respecto al control ecográfico.

En la práctica clínica diaria en Argentina es habitual que las pacientes realicen una ETV de manera rutinaria tras la colocación del DIU. Sin embargo, en los centros de salud barriales, que muchas veces no cuentan con ecógrafos ni con personal capacitado para su utilización, establecer la necesidad de un seguimiento ecográfico rutinario representaría una barrera para el acceso al DIU para las pacientes y una sobrecarga para el sistema de atención público¹². En este contexto, nos preguntamos cuál es la evidencia que avala las recomendaciones de seguimiento luego de la colocación de este método anticonceptivo.

Resumen estructurado de la evidencia

de Kroon CD, van Houwelingen JC, Trimbos JB, Jansen FW. The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study. Hum Reprod;18(11):2323-7

Métodos. Estudio de cohorte prospectiva que incluyó mujeres que consultaron al Departamento de Ginecología del Centro Médico de la Universidad de Leiden, Holanda, para colocación de DIU (de cobre u hormonal) entre julio de 2001 y enero de 2003, con el objetivo de evaluar el desempeño de la evaluación clínica en comparación con la ecografía transvaginal para determinar su posición. En forma secundaria fueron evaluados los factores predictores de mal posicionamiento del DIU.

Todas las mujeres recibieron una evaluación clínica, seguida de una evaluación ecográfica, inmediatamente tras la colocación del DIU y a las seis semanas de seguimiento. Los médicos que colocaron el DIU y realizaron la exploración física completaron un formulario estandarizado sobre la localización del dispositivo dentro de la cavidad uterina, si el procedimiento había sido realizado con o sin complicaciones y si la paciente había presentado síntomas tras la colocación. Los eco-

grafistas del estudio no conocían las respuestas de cada formulario.

La ETV fue considerada el estándar de referencia para calcular las características operativas del examen clínico (prueba índice) destinado a diagnosticar el mal posicionamiento del DIU. Fueron determinados los valores predictivos y los coeficientes de probabilidad (*likelihood ratios*) positivos y negativos, con su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados principales. Participaron 195 mujeres de 17 a 49 años (edad media: 33,2 años). El 40,5% fueron nulíparas y el 73,8% nunca se había colocado un DIU. El 58,5% de las participantes recibió un DIU hormonal y el resto, uno de cobre.

Inmediatamente después de la colocación, la prevalencia de malposición del dispositivo fue de 7,7% (n=15). Durante el seguimiento se perdieron 22 mujeres. La prevalencia de malposición a las seis semanas fue de 4% (n=7). La **tabla 1** resume las características operativas del examen clínico para diagnosticar la malposición del DIU en ambos momentos.

Conclusión de los autores. La evaluación clínica tiene un buen desempeño para determinar la posición del DIU, en especial en el seguimiento. Las complicaciones en la inserción y el tipo de DIU fueron variables predictoras de malposición inmediatamente luego de su colocación, mientras que las quejas de las pacientes fueron variables predictoras durante el seguimiento. Sin sospecha clínica de malposición, las probabilidades de que el DIU esté mal posicionado son despreciables. Por lo tanto, el uso rutinario de la ETV para el monitoreo de la posición del DIU no está indicado. La ETV es beneficiosa solo en casos de evaluación clínica sospechosa, dado que más de la mitad de esos DIU estarán igualmente dentro de la cavidad uterina, lo que permitirá prevenir el retiro innecesario de DIU correctamente colocados.

Fuente de financiamiento / Conflictos de interés de los autores. No informados.

Tabla 1. Características operativas del examen clínico para el diagnóstico de mal posicionamiento del DIU.

Seguimiento	Sensibilidad estimada*	Especificidad estimada*	Valor predictivo positivo (IC 95%)	Valor predictivo negativo (IC 95%)	Coeficiente de probabilidad positivo (IC 95%)	Coeficiente de probabilidad negativo (IC 95%)
Inmediatamente tras su inserción (N=195)	80%	95%	60% (39 a 81)	98% (0,96 a 1,00)	18 (8,7 a 37,1)	0,21 (0,08 a 0,57)
A las 6 semanas (N=173)	100%	95%	54% (26 a 81)	100% (98-100)	27,7 (12,6 a 60,7)	0 (-)

Nota: * La sensibilidad y especificidad fueron calculadas por la autora a través de la razón de verosimilitud.
Abreviaturas: IC: intervalo de confianza

Conclusiones y recomendaciones

Inmediatamente post colocación, el examen físico identifica de manera correcta a 8 de cada 10 personas cuyo DIU se encuentra mal posicionado; en el 20% restante, la malposición no es detectada (falsos negativos). Sin embargo, todas las personas con malposición del DIU serán detectadas a las seis semanas del seguimiento, lo que transmite mayor tranquilidad. Por otro lado, en ambos momentos, el examen físico clasifica como DIU normoinserito el 95% de los casos; el 5% restante constituyen falsos positivos (se sospecha malposición cuando en realidad no la hay). El valor predictivo positivo (VPP) fue de 60% tras la inserción y de 54% al seguimiento, respectivamente. Esto quiere decir, por ejemplo, en el primer caso, que de cien pacientes que obtuvieron un resultado que indicaba malposición en el examen físico, en 60 casos este acertó y en las 40 restantes fue erróneo (dicho de otro modo, en realidad estaban en la posición adecuada). Este valor relativamente bajo indica que un resultado positivo no confirma con certeza la malposición, y que para ello puede ser necesario recurrir a métodos complementarios. En la actualidad, el valor predictivo negativo (VPN) fue de

98% y 100% tras la inserción y en el seguimiento, respectivamente, lo que indicaría que el examen clínico constituye un método preciso y confiable, porque un resultado negativo prácticamente descarta el mal posicionamiento del DIU.

La evidencia disponible respecto de la validez diagnóstica del control clínico es antigua, limitada y de pobre calidad. El trabajo seleccionado, analizado a partir de la herramienta de calidad metodológica QUADAS-2¹³, tuvo bajo riesgo de sesgo para el dominio de pacientes y prueba de referencia. Sin embargo, en el dominio de prueba índice, el riesgo de sesgo es alto, ya que no se especifica el umbral (el largo de los hilos) a partir del cual la prueba se considera positiva o negativa. Además, si bien la prueba índice y la prueba de referencia fueron realizadas inmediatamente una tras otra en cada momento de la evaluación (tras la colocación y a las seis semanas), en la visita de seguimiento no fueron incluidas todas las pacientes reclutadas en la muestra original, observándose una pérdida del 7% de las participantes. A pesar de ello, los autores documentaron las características de las pacientes perdidas y las razones de su exclusión, lo que reduce en parte el riesgo de sesgo por esta causa, además de que suelen considerarse de mayor

preocupación las pérdidas de seguimiento superiores al 10% de la cohorte. Un análisis de sensibilidad que evalúe el impacto potencial de esas pérdidas en las estimaciones de precisión diagnóstica fortalecería la confianza en estos hallazgos.

Otras fortalezas metodológicas incluyen el diseño prospectivo, la inclusión consecutiva de pacientes (lo que reduce el sesgo de selección) y el cegamiento del ecografista respecto al resultado del examen clínico.

Con respecto a la aplicabilidad de la evidencia, es importante destacar que el estudio tiene más de dos décadas de antigüedad y determina la normoposición con ETV a partir de una definición que ya no se encuentra vigente (la distancia entre el vástago del DIU y el fondo uterino). Sin embargo, por más que las características técnicas de la ecografía hayan sido perfeccionadas y los criterios para determinar normoposición hayan cambiado con el tiempo, dada la baja complejidad que se requiere para la detección imagenológica del DIU, es poco probable que estos cambios modifiquen los resultados.

Más allá de ciertas limitaciones descritas, los resultados respaldan las recomendaciones de las guías más recientes a nivel internacional que sostienen que el seguimiento mediante especuloscopia es una técnica confiable para el control del DIU en la mayoría de los casos^{5,6,10,11}. Si bien en Argentina el control rutinario de estos dispositivos sigue vigente, con criterios no unificados, y las guías locales muestran discrepancias respecto de la cantidad de controles, el intervalo entre estos y la necesidad de visualizar los hilos del DIU, todas coinciden en informar a las mujeres sobre las potenciales complicaciones asociadas y motivarlas a consultar ante dudas o problemas emergentes con el método^{2,5,6,9-11}.

Aunque el estudio tiene limitaciones metodológicas, no se encontró evidencia científica que

respalde el uso rutinario de la ETV para control de DIU. El uso rutinario de un estudio de imágenes para confirmar la correcta posición del DIU cuando no existe incertidumbre clínica al respecto, puede dificultar el acceso y la continuidad del método anticonceptivo. La evaluación ecográfica selectiva sería beneficiosa ante sospecha clínica de malposición —como acortamiento, alargamiento o ausencia de los hilos en la especuloscopia y/o la presencia de síntomas—, ya que permitiría evitar el retiro innecesario del dispositivo, el uso ineficiente de recursos y la desprotección de las personas usuarias de un método anticonceptivo seguro, así como la necesidad de implementar un método puente con los costos y riesgos asociados. En este contexto, ante personas que solicitan la colocación de un DIU en el primer nivel de atención, la ausencia de ecógrafos o de personal capacitado, así como las dificultades de acceso al segundo nivel, no deberían constituir una barrera para su inserción.

Finalmente, resulta prioritario disponer de estudios diagnósticos de alta calidad que repliquen la pregunta abordada en este trabajo y definan la estrategia óptima de seguimiento de las personas asintomáticas portadoras de DIU, así como la frecuencia adecuada de estos controles para reducir complicaciones. Esta evidencia permitiría orientar la práctica cotidiana, evitando la inercia de sostener prácticas sin fundamento que continúan restringiendo el acceso a la salud, en especial en contextos de recursos limitados. Asimismo, sería relevante que estas investigaciones incorporen desenlaces clínicos significativos para las pacientes, como el impacto de los controles, las cascadas diagnósticas derivadas y las tasas de embarazos no deseados.

Recibido el 16/07/2025, aceptado el 09/02/2026 y publicado el 13/02/2026



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de uso de inteligencia artificial

Se utilizó ChatGPT (GPT-5, OpenAI, 2025) como apoyo en la edición del texto, verificación de citas y búsqueda de fuentes. La responsabilidad final del contenido recae exclusivamente en su autora.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. La autora declaró no poseer conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo evaluado por pares externos.

Referencias

1. de Kroon CD, van Houwelingen JC, Trimbos JB, Jansen FW. The value of transvaginal ultrasound to monitor the position of an intrauterine device after insertion. A technology assessment study. Hum Reprod [Internet]. 2003 [Citado 15 ene 2026];18(11):2323-7. DOI: <https://doi.org/10.1093/humrep/deg433> PMID: [14585882](#)
2. Argentina, Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Métodos Anticonceptivos: guía práctica para profesionales de la salud [Internet]. 2023. Available from: https://ossyr.org.ar/wp-content/uploads/2023_Guia-anticoncepcion.pdf
3. Nowitzki KM, Hoimes ML, Chen B, et al. Ultrasonography of intrauterine devices. Ultrasonography [Internet]. 2015 [Citado 15 ene 2026];34(3):183-94. DOI: <https://doi.org/10.14366/usg.15010> PMID: [25985959](#)
4. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group. Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Obstet Gynecol [Internet]. 2017 [Citado 15 ene 2026];130(5):e251-e269. DOI: <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002400> PMID: [29064972](#)
5. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). Intrauterine Contraception (March 2023). BMJ Sex Reprod Health [Internet]. 2023 [Citado 15 ene 2026];49(Suppl 1). Available from: https://srh.bmj.com/content/49/Suppl_1
6. Contraception Guideline Development Group. Contraception (C-Gyn 3). RANZCOG Women's Health Committee [Internet]. 2024 [Citado 15 ene 2026] Available from: <https://ranzcof.org.au/news/document/contraception-clinical-guideline-c-gyn-3/>
7. Evans AT, Szlachetka K, Thornburg LL. Ultrasound Assessment of the Intrauterine Device. Obstet Gynecol Clin North Am [Internet]. 2019 [Citado 15 ene 2026];46(4):661-681. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.07.005> PMID: [31677748](#)
8. Panlilio-Vitriolo RRM, Kamensa NAD. Sonographic features and clinical correlates of correctly positioned and malpositioned intrauterine device in women examined at a tertiary hospital: A five year review. PJOG [Internet]. 2020 [Citado 15 ene 2026];44(5):20-8. Available from: <https://pjog.org/download.php?id=216>
9. Arribas L, Bonsergent S, Bozza, L, et al. Consenso AMaDA sobre Anticoncepción Intrauterina. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción [Internet]. 2023 [Citado 15 ene 2026]. Available from: <https://www.amada.org.ar/index.php/profesionales/publicaciones-de-interes/582>
10. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7- Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2016 [Citado 15 ene 2026];38(2):182-222. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2015.12.002> PMID: [27032746](#)
11. Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, Zapata LB, Snyder EM, Hatfield-Timajchy K, Kortsmit K, Cohen MA, Whiteman MK; Contributors. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2024 [Citado 15 ene 2026];73(3):1-77. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7303a1> PMID: [39106301](#)
12. Luchetti G, Romero M. Encuesta regional sobre determinantes de la oferta e inserción del dispositivo intrauterino entre proveedores de salud. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2017 [Citado 15 ene 2026];8(30):8-12. Available from: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/141>
13. Ciapponi A. QUADAS-2: instrumento para la evaluación de la calidad de estudios de precisión diagnóstica. Evid Actual Práct Ambul [Internet]. 2015 [Citado 15 ene 2026];18(1). DOI: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v18i1.6341>

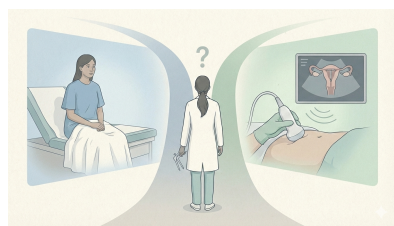


Imagen de portada: Ilustración generada por IA (Modelo: Gemini) que representa las opciones diagnósticas para la colocación adecuada del dispositivo intrauterino. La imagen ha sido diseñada para una publicación científica y no debe interpretarse como una representación de personas reales.