



TÍTOL DOCUMENT:	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA
TIPUS DOCUMENT:	PROTOCOL MÈDIC
CODI DOCUMENT: GIN-PM-087	Pàgina núm. 1 de 16

QUA-IM-004. Rev.08

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

Periodicitat de revisió: cada 5 anys

Responsable revisió: Cap de servei

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	14/01/2009	Edició	MS. Vicen Melús	D. Medica	
02	16/05/2023	Revisió	Maidar Ripero	Cap Servei	01/02/2024

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Direcció Mèdica
Direcció Clínica Ginecologia i Obstetrícia
Intranet

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

1. DEFINICIÓ

El término de amenorrea hace referencia a la ausencia de menstruación completada la pubertad o a la interrupción de un patrón menstrual previamente establecido. La amenorrea se considera patológica fuera de los periodos en que la ausencia de menstruación es fisiológica (prepuberal, embarazo o menopausia). Cuando a los 16 años no se han producido nunca menstruaciones, independientemente del grado de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o cuando la falta de menstruación se acompaña de ausencia de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a la edad de 14 años, hablamos de amenorrea primaria. Cuando se ha interrumpido la actividad menstrual durante un periodo de 6 meses o durante el periodo equivalente a tres ciclos menstruales en una mujer con actividad menstrual previa, hablamos de amenorrea secundaria. La amenorrea secundaria es más frecuente (prevalencia 1-3%) que la amenorrea primaria (prevalencia 0,3%).

2. CLASIFICACION**2.1.CLASIFICACION CLINICA**

- Amenorrea Fisiológica: Prepuberal, gestación y lactancia, menopausia
- Amenorrea Patológica:
 - Amenorrea primaria
 - Amenorrea secundaria

2.2.CLASIFICACION ENDOCRINOLOGICA

- Según niveles de gonadotropinas:
 - Hipogonadotropas
 - Eugonodotropas
 - Hipergonodotropas
- Según niveles de prolactina:
 - Normoprolactinemicas
 - Hperprolactinemicas

2.3.CLASIFICACION TOPOGRAFICA

- Origen Hipotalámico:
 - Orgánico:
 - Tumoral

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

- Síndrome Kallman
 - Funcional: Cronopatia (Retraso puberal), Nutricional (delgadez), Anorexia nerviosa, Pérdida de peso, Obesidad, Psíquica (Pseudociesis), Stress, Ejercicio físico
- Origen Hipofisario:
 - Organico: Prolactinoma, Otros tumores, Sd de la silla turca vacía, Sd de Sheehan, Traumatismo, Iatrogénica (Radioterapia, Quimioterapia)
 - Funcional: Insuficiencia Hipofisaria total, Déficit aislado de Gonadotropinas, Hiperprolactinemia.
- Origen Gonadal:
 - Disgenesia gonadal
 - Fallo ovárico prematuro
 - Ovarios refractarios
 - Tumores ováricos
 - Yatrogenia
 - Síndrome de Ovario Poliquístico
- Origen Uterino:
 - Anomalías congénitas
 - Síndrome Asherman
- Origen periférico (Vaginal):
 - Síndrome Rokitansky, Malformación aislada, Síndrome de Morris
- Criptomenorrea: Falsa amenorrea o menstruación oculta
- Disendocrina:
 - Alteraciones Tiroideas
 - Alteraciones Adrenales

2.4 CLASIFICACION DE LA OMS

- GRUPO I: Fallo Hipotálamo-Hipofisario sin tumor
- GRUPO II: Disfunción Hipotálamo-Hipofisaria
- GRUPO III: Fallo Ovárico
- GRUPO IV: Alteraciones congénitas y adquiridas del tracto genital
- GRUPO V: Hiperprolactinemia tumoral
- GRUPO VI: Hiperprolactinemia funcional
- GRUPO VII: Tumores Hipotálamo-Hipofisarios no hiperprolactinémicos

3. ESTRATEGIA DIAGNOSTICA:**3.1 DESCARTAR AMENORREA FISIOLÓGICA**

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

3.2 ANAMNESIS

- Historia menstrual: Menarquia, Patrón menstrual previo, Forma de inicio de amenorrea
- Historia reproductiva: Embarazos y posibles complicaciones obstétricas,
- Utilización de métodos anticonceptivos, Legrados previos
- Historia ginecológica: Desarrollo puberal, Patología ginecológica previa, Cirugía ginecológica
- Historia Médico-Quirúrgica: Endocrinopatías, Patología grave (pasada o actual)
- Tratamientos oncológicos previos, Hábitos tóxicos, Cambios ponderales recientes,
- Tratamientos que puedan inducir amenorrea
- Evolución del Perfil Psicológico: Situaciones de Stress, Trastornos de la alimentación
- Antecedentes familiares: Disfunciones menstruales, Endocrinopatías, Anomalías congénitas, Enfermedades Autoinmunes

3.3 EXPLORACION FISICA Y GINECOLOGICA

Encaminada a detectar anomalías anatómicas y del desarrollo

EXPLORACION FISICA:

- Peso, talla, IMC
- Estigmas sindrómicos
- Signos sugestivos de endocrinopatías
- Distribución del vello corporal y de la grasa
- Presencia o ausencia de galactorrea y de anomalías de la glándula tiroidea

EXPLORACION GINECOLOGICA:

- Conocer la integridad del canal genital
- Grado de tufismo vaginal
- Características del moco cervical
- Presencia o ausencia de útero y de masas anexiales

3.4 DETERMINACIONES HORMONALES**DETERMINACION DE PROLACTINA**

Esta justificada por la elevada frecuencia de asociación entre amenorrea e hiperprolactinemia (1/3 de las mujeres con amenorrea presentan hiperprolactinemia).

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

Si se detecta hiperprolactinemia (>20 pg/ml), debemos descartar como causas más frecuentes las iatrogénicas (fármacos (ver anexo 2)) y las reflejas (herpes zoster, cicatrices, quemaduras de la pared torácica). Excluidas estas causas mediante

anamnesis y exploración física, el siguiente paso es determinar niveles de TSH, GH y Cortisol :

- Niveles de TSH elevados, hemos de pensar en hipotiroidismo como causa de amenorrea e hiperprolactinemia secundaria.
- Niveles altos de GH, sugieren la presencia de adenoma acidófilo productor de PRL y GH
- Cortisol elevado orienta hacia un tumor productor de ACTH

Si los niveles de prolactina son >100 ng/ml son habitualmente patognomónicos de PROLACTINOMA. El diagnóstico debe confirmarse siempre con estudio radiológico de la silla turca, preferiblemente con RNM.

También debemos descartar otras causas de hiperprolactinemia más raras (Sd de

la silla turca vacía, tumores pineales, compresión del sistema portal hipofisario, lesiones vasculares postencefalíticas, aneurismas de la carótida)

Descartadas todas las causas anteriores se etiqueta la hiperprolactinemia como idiopática.

NIVELES FSH ELEVADOS:

Estamos frente a un fallo ovárico primario (Niveles de Estradiol < 30 ng/ml)

Si la amenorrea es primaria, estaremos delante de una disgenesia gonadal

Si la amenorrea es secundaria, el diagnóstico más probable es un fallo ovárico Prematuro.

Ante el diagnóstico de sospecha de una disgenesia gonadal, se debe solicitar un cariotipo para descartar la presencia de un Síndrome de Turner (45 XO) o alguna de

sus variantes, un Síndrome de Swyer (46 XY) o un mosaico. La presencia de un cromosoma Y, lo que implica un elevado riesgo de malignización de las gónades, haciendo recomendable su exéresis quirúrgica.

El diagnóstico de fallo ovárico prematuro se verá reforzado si en la historia de la paciente hay antecedentes de cirugía uteroanexial, o si ha sido sometida a tratamientos radioterápicos o quimioterápicos o sufre cualquier enfermedad autoinmune asociada a fallo ovárico prematuro. Si no es así, debe completarse el

estudio con un cariotipo.

NIVELES DE FSH Y LH BAJOS:

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

Orientan la causa de amenorrea a un origen hipotalámico, con la mayor frecuencia, o hipofisario. La amenorrea se debe al estado de hipoestrónismo secundario a la falta de estímulo ovárico.

La mayoría de casos serán disfuncionales y no orgánicos.

Para diferenciar el origen hipofisario o hipotalámico hemos de realizar un Test de

GnRH

(Ver ANEXO 1)

Respuesta positiva: Origen Hipotalámico

Respuesta negativa: Origen Hipofisario

NIVELES DE FSH Y LH NORMALES:

Hay dos posibilidades:

- Amenorrea de causa uterovaginal:
- Anovulación por disfunción del eje hipotálamohipofisariogonadal (Sd de Ovarios Poliquísticos)

Para distinguir ambas posibilidades podemos recurrir a la Prueba de los Gestágenos

(Ver ANEXO 1)

Prueba positiva: Refuerza el diagnóstico de Disfuncion Ovulatoria

Prueba negativa: Nos orienta hacia patología uterovaginal.

La causa más frecuente de amenorrea 2ª por patología uterovaginal es el Síndrome de Asherman, en cuyo caso encontraremos casi siempre el antecedente de un legrado

excesivamente agresivo o de una endometritis. El diagnóstico se debe confirmar por

Histeroscopia.

En caso de amenorrea 1ª, los datos de la exploración física son orientadores:

- Si no se ha observado el cervix uterino y el vello pubiano y axilar es escaso, probablemente se trata de un Sd de Morris (síndrome de insensibilidad a los andrógenos). Confirmar mediante Cariotipo 46 XY y niveles de testosterona elevados.

- Si no se ha observado el cervix pero el vello axilar y púbico es normal: Diagnóstico

de Sd de Rokitansky ó una criptomenorrea (Himen íntegro, septo vaginal transversal o agenesia de cervix). Se debe realizar exploración genital más profunda y estudio ecográfico de la pelvis para precisar el diagnóstico.

	CODI DOCUMENT: GIN-PM-087	Revisió: 02 Pàgina nº 7 de 16 Data última revisió: 01/02/2024
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA		

QUA-IM-004. Rev.08

Cuando las patologías obstructivas son diagnosticadas antes de la menarquia, con frecuencia son motivo de urgencia por la hematometra que se forma proximalmente a la obstrucción.

3. TRATAMIENTO

3.1 FALLO HIPOTALAMO-HIPOFISARIO SIN TUMOR (GRUPO I OMS)

3.1.1 Amenorrea Postpildora:

- Esperar evolución espontánea durante 6 meses. En el 90% de los casos se produce la normalización. Si persiste, realizar tratamiento de inducción de la ovulación con Clomifeno.

3.1.2 Amenorrea Hipotalámica:

- Anorexia Nerviosa:
 - Información a la paciente
 - Dieta hipercalórica (2600 cal/día) hasta recuperar peso
 - Consulta psiquiátrica
 - Cambio de ambiente
 - Si desea fecundidad: Inducción de la ovulación
- Anorexia de stress físico-psíquico: Ejercicio intenso, stress laboral o emocional, adelgazamiento:
 - Tratamiento específico según la etiología
 - Si no hay respuesta : No desea gestación: Tratamiento sustitutivo hormonal (Anexo 2)
 - Desea gestación: Inducción ovulación con gonadotropinas

3.1.3 Amenorrea Central Idiopática:

- No desea gestación: Tratamiento sustitutivo hormonal (estrógeno-progestágeno). Descanso cada 1-2 años y reevaluación periódica.
- Desea gestación: Inducción de ovulación (Clomifeno, Gonadotropinas, GnRH)

3.1.4 Cuadros Excepcionales

- Sd de Kallman:
 - No desea gestación: Tratamiento sustitutivo hormonal
 - Desea gestación: inducción de la ovulación
- Hipofisitis Autoinmune y Sd de Seehan:
 - Multidisciplinar: tratamiento de Hipotiroidismo e Insuficiencia suprarrenal si existe

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

- Tratamiento sustitutivo hormonal
- Si deseo gestacional (casos seleccionados): Inducción de ovulación con Gonadotropinas
- Sd Laurence-M-B y Sd Prader-L-W:
 - Tratamiento multidisciplinar
 - Tratamiento sustitutivo hormonal

3.2 FALLO HIPOTALAMO-HIPOFISARIO CON TUMOR (SIN HIPERPROLACTINEMIA). (GRUPO VII OMS)

Consulta endocrinológica especializada y tratamiento específico (Cirugía, radioterapia)

Si tras tratamiento específico persiste:

- Tratamiento sustitutivo hormonal
- Si desea gestación: Inducción de la ovulación

3.3 HIPERPROLACTINEMIA**3.3.1 FUNCIONAL:**

- No deseo gestacional:
 - Dopaminérgicos: CABERGOLINA (1ª elección)
 - Recomendación de anticoncepción no hormonal
 - En algunas pacientes, seleccionadas observación con control seriado sin tratamiento
 - Determinación de PRL / 6 meses
 - RNM / 2 años
 - Información sobre las consecuencias a largo plazo del hipoestronismo
- Deseo gestacional:
 - Dopaminérgicos: Cabergolina, Bromocriptina
 - Bomba Pulsátil de GnRH, Gonadotropinas

3.3.2 TUMORAL:

- No deseo gestacional:
 - Dopaminérgicos: CABERGOLINA Si prolactinoma con signos de benignidad
 - Si respuesta significativa (volumen tumoral y niveles de PRL):
 - Anticoncepción no hormonal
 - Tratamiento quirúrgico:
 - Microadenoma refractario a tratamiento medico
 - Cirugía siempre primera opción en macroadenoma con extensión suprasellar

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

- Deseo gestacional:
 - Confirmar diagnóstico de prolactinoma no agresivo, sin crecimiento suprasellar
 - Tratamiento médico:
 - Respuesta reductora significativa – Permitir gestación
 - No respuesta significativa – Tratamiento quirúrgico +/- Tratamiento médico posterior
 - Seguimiento en gestación:
 - Suspender dopaminérgico
 - Seguimiento clínico +/- radiológico (RNM)
 - No contraindicada lactancia
 - Tras puerperio: Seguimiento clínico, analítico y radiológico

3.4. DISFUNCION HIPOTALAMO-HIPOFISARIA: ANOVULACION (SOP)

- Dieta: Pérdida de peso en obesas (800-1500 cal/d)
- Control hirsutismo y alteración menstrual:
- Anticonceptivos orales combinados:
 - Dosis estrogénicas bajas
 - Gestágeno antiandrogénico (ciproterona, dienogest)
- Cirugía:
 - Destrucción parcial con láser o coagulación (“drilling” ovárico)
- Si asocia Hiperinsulinemia: Ejercicio, Dieta, Metformina
 - HiperPRL: Cabergolina, Bromocriptina
 - Hiperfuncionalismo suprarrenal: Cortisona, Prednisona
- Si/cuando desee gestación: Inducción de ovulación con clomifeno, gonadotropinas

3.5. FALLO OVARICO (GRUPO III OMS) Amenorrea Hipergonadotropa**3.5.1 OVARIOS CON DOTACION FOLICULAR NORMAL**

- Síndrome del Ovario Resistente:
 - No desea gestación:
 - Tratamiento sustitutivo hormonal
 - Anticonceptivo oral de baja dosis
 - Desea gestación: Gonadotropinas exógenas a dosis elevadas, bajo supresión hipofisaria con Análogos de la GnRH
- Adenoma Hipofisario productor de gonadotropinas:
 - Tratamiento quirúrgico
- Producción ectópica de Gonadotropinas:
 - Tratamiento etiológico específico

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

- Déficit de 17-hidroxilasa
 - Tratamiento de los diferentes déficits hormonales
 - Tratamiento antihipertensivo

3.5.2 OVARIOS CON AGOTAMIENTO FOLICULAR PREMATURO

- Con alteración del cariotipo: Síndrome de Turner (XO), Mosaicismos (XX-XO , XX-XY), Síndrome de Swyer (Disgenesia gonadal XY)
 - Tratamiento sustitutivo hormonal
 - Tratamiento de malformaciones asociadas
 - Si el cromosoma Y está presente: Gonadectomía bilateral por el riesgo de malignización gonadal (disgerminoma)
 - Si la edad >30 años el riesgo de Ca gonadal es menor: Puede realizarse laparoscopia-biopsia y seguimiento
 - Si desea gestación: FIV-TE con donación de ovocitos
- Sin alteración del cariotipo:
 - Agenesia-Disgenesia Gonadal XX:
 - Tratamiento sustitutivo hormonal
 - Si desea gestación: FIV-TE con donación de ovocitos
 - Menopausia Precoz: (Descartar Sd Schmidt)
 - No desea gestación: Trto sustitutivo hormonal
 - Desea gestación:
 - Gonadotropinas a dosis elevadas tras supresión hipofisaria con Análogos de la GnRH
 - FIV-TE con donación de ovocitos

3.6. ALTERACIONES CONGENITAS Y ADQUIRIDAS DEL TRACTO GENITAL:

- 3.6.1. IMPERFORACION DE HIMEN
 - Tratamiento quirúrgico: Apertura en cruz
- 3.6.2. Síndrome de ROKITANSKY (46XX. Falta desarrollo de estructuras mullerianas)
 - Tratamiento quirúrgico: Neovagina
- 3.6.3. Síndrome de insensibilidad a los andrógenos (46XY, Gónadas masculinas)
 - Forma completa
 - Forma parcial
 - Gonadectomía tras la pubertad
 - Terapia hormonal sustitutiva y cirugía plástica de reconstrucción- modificación genital (decisión responsable del paciente).
- 3.6.4. Síndrome de Asherman

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

- Histeroscopia seguida de tratamiento estrogénico e inserción de DIU.

4. ANNEXOS**ANEXO 1: TEST DIAGNOSTICOS****1. TEST DE LA GnRH (Test de reserva hipofisaria):**

Administrar 50-100 microgramos de GnRH sintética por vía IV inyección rápida. Se obtiene respuesta máxima a los 15-30' para LH y ligeramente más tardía para FSH.

Determinaciones de valores plasmáticos de FSH y LH basal y a los 30 minutos

Test Positivo: FSH pico >50% de la basal
LH pico >100% de la basal

Supone integridad de la célula gonadotropa (hipofisaria): Fallo hipotalámico

Test Negativo:

Hay que repetir la prueba tras impregnación con GnRH pulsátil (20 microgramos cada 2 horas subcutánea, durante 1 semana) ó con estrógenos (Valerianato de Estradiol 2mg/d durante 10-15 días).

Test de GnRH : Si sigue siendo negativo: Fallo Hipofisario

2. TEST DE CLOMIFENO (Test de reserva hipotalámica):

Administración de Clomifeno oral (100 mg/ d /5 días).

Determinaciones plasmáticas :

FSH, LH y estradiol basal, día 5 y día 20.

Estradiol y progesterona día 20

Se valora la capacidad de respuesta conjunta hipotálamo-hipofisaria

Test Positivo: Valores de LH y FSH alcanzados el día 5º son como mínimo el doble de los iniciales. La respuesta será óptima si además se registra respuesta ovárica con ascenso del estradiol y progesterona >4ng/ml seguido de menstruación.

Supone integridad funcional junto con un posible fallo en el mecanismo de feed back

Test negativo: No respuesta hipofisaria

Supone un origen hipotalámico o hipofisario de la amenorrea e implica realizar

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

otras pruebas hormonales

3. TEST DE GESTAGENOS

Valorar el nivel de estrógeno endógeno y la permeabilidad del tracto genital

Administración de gestágeno (durante 5 días) : Acetato de Medroxiprogesterona 10mg/d, Medroprogesterona 10mg/d, deshigesterona 20mg/d, Linestrenol 10mg/d, Progesterona natural micronizada 300 /d

Tras 2-7 días postratamiento:

Test Positivo: Menstruación

Supone vías de excreción funcionales y endometrio reactivo.

ANEXO 2 : FARMACOS QUE PUEDEN CAUSAR AMENORREA

- Fármacos causantes de hiperprolactinemia:
 - Antipsicóticos: fenotiazidas, haloperidol, clozapina, pimozida
 - Antidepresivos: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO
 - Antihipertensivos: antagonistas del calcio, metildopa, reserpina
- Drogas con actividad hipoestrogénica
 - Digital, flavonoides, anticonceptivos orales, marihuana y derivados
- Fármacos con toxicidad ovárica
 - Citotóxicos alquilantes: busulfan, clorambucil, platino

ANEXO 3 : TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO

Tratamiento siempre individualizado, teniendo en cuenta síntomas, estado general, patología asociada

ESTROGENOS

- Via oral: Estrógenos conjugados equinos (0.625 mg/día), Estradiol (E2) micronizado (1-2mg/día), Valerato de estradiol (1-2 mg/día)
- Via transdérmica: Evitan el metabolismo del primer paso hepático. liberación de estradiol es constante. Administración 2 veces / semana
- Via percutánea: Estradiol suspendido en un gel hidroalcohólico con absorción cutánea en aplicación diaria
- Implantes: Inserción subcutánea de pellets de 25-50 mg de estradiol (cada 6 meses)
- Via tópica vaginal: Complemento de estrógenos sistémicos en forma de cremas, pesarios, tabletas y anillos vaginales

GESTAGENOS

Las mujeres con útero, deben recibir el gestágeno bien de forma cíclica (10-14

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

días/mes) o continua para evitar la hiperplasia/neoplasia endometrial. Los progestágenos varían desde más potentes, como noretisterona a más débiles como dydrogesterona, la drospirenona o la progesterona natural. La liberación intrauterina de levonorgestrel permite la administración sistémica de estrógenos solos, evitando los potenciales efectos adversos de los gestágenos orales.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

Baja dosis estrogénica

SEGUIMIENTO

- Mediciones de la densidad mineral ósea con periodicidad no inferior a 2 años para identificar las pacientes con osteoporosis y/o sin respuesta al tratamiento estrogénico, que pueden requerir otras medidas farmacológicas como fármacos antiresortivos (bifosfonatos, denosumab) o de acción dual (ranelato de estroncio)
- Protocolos que incluyen: analítica general con perfil lipídico, citología, ecografía, mamografía según edad de la paciente
- El tratamiento con estrógenos se continua habitualmente hasta los 50 años, edad de la menopausia natural, si no hay contraindicación. Según respuesta, tolerancia y deseo de la paciente puede prolongarse entre los 5-7 años después de la edad esperada para la menopausia natural, pero utilizando dosis más bajas.

RECOMENDACIONES:

Incrementar la actividad física, tomar el sol moderadamente, hacer una dieta adecuada, disminuir la ingesta de grasas animales, incrementar la ingesta de lacteos. Evitar los hábitos tóxicos con el consumo excesivo de café, colas y alcohol. Evitar tabaquismo. Suplementos de calcio y vitamina D

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

ANEXO 4 : ALGORITMOS DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO**DIAGNOSTICO DE AMENORREA****DIAGNÓSTICO DE LA AMENORREA: ESQUEMA DE VISITAS**

PRIMERA VISITA	Anamnesis y exploración
	T. Embarazo, FSH, LH, E2, PRL, TSH (requerimientos mínimos)
	Ecografía
	Test. Gestágenos (opcional)
SEGUNDA VISITA	Primera orientación diagnóstica
	Estudios complementarios (requerimientos opcionales)
TERCERA VISITA	Diagnóstico final
	Plan terapéutico: con o sin deseo genésico

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA AMENORREA

QUA-IM-004. Rev.08

CENTRALES.**Hiperprolactinemia: DIAGNÓSTICO.**