

FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
MINIDIAB[®] COMPRIMIDOS 5 mg
(Glipizida)

1. NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO MEDICINAL

Minidiab[®]

2. COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Minidiab[®] está disponible en comprimidos ranurados de 5 mg que contienen Glipizida como ingrediente activo.

3. FORMA FARMACEUTICA

Comprimidos Ranurados.

4. PARTICULARES CLÍNICAS

4.1 Indicaciones Terapéuticas

Glipizida está indicado adjunto a la dieta y al ejercicio para mejorar el control de la glicemia en adultos con diabetes mellitus tipo 2, cuando ha fracasado el manejo con dieta y ejercicio.

4.2 Posología y Método de Administración

Como con cualquier agente hipoglicemiante, la dosis se debe ajustar para cada caso individual.

La administración de glipizida por un período corto puede ser suficiente durante períodos transitorios de pérdida de control en pacientes usualmente bien controlados con dieta.

En general, glipizida debiera administrarse aproximadamente 30 minutos antes de una comida para obtener una mayor reducción en la hiperglicemia postprandial.

Dosis Inicial

La dosis inicial recomendada es 5 mg/día, administrada antes del desayuno o la comida de mediodía. Los pacientes geriátricos o aquellos con riesgo de hipoglicemia pueden comenzar con 2,5 mg. (Ver Uso en adultos mayores y Paciente de Alto Riesgo).

Ajuste de Dosis

Los ajustes de dosis comúnmente deben realizarse con aumentos de 2,5 mg o 5 mg, determinados por la respuesta de glucosa sanguínea. Debiera existir un lapso de al menos varios días entre los ajustes de dosis.

Mantenimiento

Algunos pacientes pueden ser controlados efectivamente con un régimen de una dosis al día. La dosis única máxima recomendada es de 15 mg. Si la respuesta no es suficiente, puede resultar efectivo dividir la dosis diaria. En general las dosis mayores que 15 mg deben ser divididas. En general las dosis diarias totales mayores de 15 mg deben ser divididas. Las dosis diarias totales mayores que 30 mg han sido administradas en forma segura dos veces al día, a pacientes en estudios de largo-plazo. Los pacientes pueden usualmente ser estabilizados con una dosis comprendida entre 2,5 mg y 30 mg diarios. La dosis diaria máxima recomendada es de 40 mg.

Uso en Niños

No se ha establecido la seguridad y efectividad en niños.

Uso en Adultos Mayores y Pacientes de Alto Riesgo.

Para disminuir el riesgo de hipoglicemia en pacientes de riesgo, incluidos los pacientes ancianos, debilitados, desnutridos o con ingesta calórica irregular y en pacientes con función renal o hepática deteriorada, las dosis iniciales y de mantención debieran ser conservadoras para evitar las reacciones de hipoglicemia (Ver Dosis Inicial y la Sección **4.4 - Advertencias y Precauciones Especiales para su Uso**).

Pacientes que Reciben Insulina

Como con otros hipoglicemiantes de la familia de las Sulfonilureas, muchos pacientes diabéticos tipo 2 estables que reciben insulina pueden cambiar al tratamiento con glipizida en forma segura. Cuando a los pacientes se les cambia de insulina a glipizida, deben seguirse las siguientes consideraciones generales:

Para pacientes cuyos requerimientos diarios de insulina son de 20 unidades o menos, se puede discontinuar la insulina y comenzar la terapia con glipizida en las dosis usuales. Se debe esperar varios días entre las etapas de ajuste.

Para pacientes cuyos requerimientos diarios de insulina son mayores a 20 unidades, se debe disminuir en un 50 % la dosis de insulina y comenzar la terapia con glipizida en las dosis usuales. Las reducciones subsiguientes en

las dosis de insulina deberán depender de la respuesta individual de cada paciente. Se debe esperar varios días entre las etapas de ajuste.

Durante el período de retiro de la insulina, el paciente se debe monitorear sus niveles de glucosa. Los pacientes deben ser instruidos para que contacten inmediatamente a su médico, si los resultados de las pruebas son anormales. En algunos casos, especialmente cuando el paciente ha estado recibiendo más de 40 unidades diarias de insulina, es aconsejable considerar la posibilidad de hospitalizarlo durante el período de transición.

Pacientes que Reciben Otros Agentes Hipoglicemiantes Orales

Al igual que con otros hipoglicemiantes de la familia de las sulfonilureas, no se requiere un período de transición al cambiar a la glipizida. Cuando el cambio es desde sulfonilureas de vida media larga (ej. clorpropamida) a glipizida, los pacientes deben ser mantenidos bajo observación (1-2 semanas) para detectar hipoglicemia, debido a la posibilidad de la superposición de los efectos de las drogas.

Uso Combinado

Cuando se adicionan otros agentes que reducen la glucosa sanguínea a la glipizida para establecer una terapia de combinación, el agente debe ser iniciado en la dosis recomendada más baja y los pacientes deben ser mantenidos bajo observación para detectar hipoglicemia. Para mayor información, refiérase a la información del producto provista para el otro agente oral.

Cuando se adiciona glipizida a otros agentes que disminuyen la glucosa sanguínea, se puede comenzar con 5 mg de glipizida. En aquellos pacientes que sean más sensibles a las drogas hipoglicemiantes, se debe comenzar con una dosis menor. El ajuste se debe efectuar en base a un juicio clínico.

4.3 Contraindicaciones

La glipizida está contraindicada en pacientes con:

1. Hipersensibilidad a la glipizida o a algún excipiente de los comprimidos.
2. En la diabetes mellitus Tipo I, cetoacidosis diabética, coma diabético.
3. Insuficiencia renal o hepática severa.
4. Embarazo y lactancia

4.4 Advertencias y Precauciones Especiales para su Uso

Deficiencia de la glucosa 6-fosfato deshidrogenasa (G6PD)

Como la glipizida pertenece a la clase farmacológica de las sulfonilureas, debe tenerse cuidado en pacientes con deficiencia de G6PD. El tratamiento de

pacientes con deficiencia de G6PD con sulfonilureas puede causar anemia hemolítica y debe considerarse un fármaco que no sea sulfonilurea

Hipoglicemia

Todas las sulfonilureas, incluyendo la glipizida, tienen la capacidad de producir hipoglicemia severa, que puede resultar en coma y puede requerir hospitalización. Los pacientes que experimenten hipoglicemia severa, deben ser manejados con una terapia de glucosa apropiada y monitoreados durante 24 a 48 horas como mínimo.

La insuficiencia renal o hepática puede afectar la disposición de la glipizida, y puede también disminuir la capacidad gluconeogénica, ambos eventos aumentan el riesgo de reacciones hipoglicémicas serias. Los pacientes ancianos, debilitados o desnutridos y aquellos con insuficiencia adrenal o pituitaria, son particularmente susceptibles a la acción hipoglicemiantes de las drogas que disminuyen la glucosa. Puede ser difícil reconocer una hipoglicemia en pacientes ancianos y en pacientes que estén en tratamiento con drogas bloqueadoras beta-adrenérgicas. Hay mayor probabilidad de una reacción hipoglicémica cuando la ingesta calórica es deficiente, después de ejercicios severos o prolongados, con ingesta alcohólica, o cuando se utiliza más de una droga hipoglicemiantes.

Pérdida del Control de la Glucosa Sanguínea

Cuando un paciente que está estabilizado con un régimen antidiabético, es expuesto a situaciones de estrés tales como fiebre, trauma, infección o cirugía, puede ocurrir la pérdida del control. En tales situaciones puede ser necesario discontinuar la glipizida y administrar insulina.

La efectividad de cualquier droga hipoglicemiantes oral, incluyendo la glipizida, para disminuir la glucosa sanguínea hasta el nivel deseado, disminuye en muchos pacientes después de transcurrido cierto tiempo. Esto puede deberse al progreso de la severidad de la diabetes o a una disminución de la respuesta a la droga. Este fenómeno se conoce como falla secundaria, para diferenciarla de la falla primaria donde la droga es inefectiva en un paciente individual, cuando la recibe por primera vez. Debiera evaluarse el ajuste adecuado de la dosis y la adherencia a la dieta antes de clasificar a un paciente como una falla secundaria.

Pruebas de Laboratorio

La glucosa sanguínea debe ser monitoreada periódicamente. Se debe determinar la hemoglobina glicosilada y establecer las metas para el cuidado actual.

Enfermedad Renal y Hepática

La farmacocinética y/o farmacodinamia de la glipizida se pueden ver afectadas en pacientes con función renal o hepática deteriorada. Si llegara a ocurrir hipoglicemia en esos pacientes, podría prolongarse y se debe efectuar una atención adecuada.

Información a los Pacientes

El riesgo de hipoglicemia, sus síntomas y tratamiento y las condiciones que predisponen a su desarrollo se deben explicar a los pacientes y a los miembros responsables de su familia. También debiera explicarse la falla primaria y secundaria.

4.5 Interacciones con Otros Productos Medicinales y Otras Formas de Interacción

Es probable que los siguientes productos aumenten el efecto hipoglicemiante

Antifúngicos

Miconazol: Aumento del efecto hipoglicemiante, resultando posiblemente en síntomas de hipoglicemia e incluso coma.

Fluconazol: Se han producido reportes de hipoglicemia después de la coadministración de glipizida y fluconazol, posiblemente como resultado de un aumento en la vida media de la glipizida.

Voriconazol

Aunque no está estudiado, el voriconazol puede aumentar los niveles plasmáticos de las sulfonilureas, (ejemplo, tolbutamida, glipizida, y gliburida) y por lo tanto causar hipoglicemia. El monitoreo cuidadoso de la glucosa en la sangre se recomienda durante la coadministración.

Agentes antiinflamatorios no-esteroides (por ejemplo, fenilbutazona) (AINEs)

Aumento del efecto hipoglicemiante de las sulfonilureas (desplazamiento de las sulfonilureas unidas a las proteínas plasmáticas y/o disminución de la eliminación de las sulfonilureas).

Salicilatos (ácido acetilsalicílico)

Aumento del efecto hipoglicemiante por dosis altas de ácido acetilsalicílico (acción hipoglicemiante del ácido acetilsalicílico).

Alcohol

Aumento de la reacción hipoglicemiante, pudiendo llegar a un coma hipoglicémico.

Bloqueadores-beta

Todos los bloqueadores-beta pueden enmascarar algunos de los síntomas de la hipoglicemia, ej. Palpitaciones, taquicardia. La mayoría de los bloqueadores-beta no-cardioselectivos aumentan la incidencia y la severidad de la hipoglicemia.

Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina

El uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, puede llevar a un efecto hipoglicemiante aumentado en pacientes diabéticos tratados con sulfonilureas, incluyendo glipizida. Por lo tanto, podría ser necesaria una disminución de la dosis de glipizida.

Antagonistas de los Receptores H₂

El uso de antagonistas de los Receptores H₂ puede potenciar el efecto hipoglicemiante de las sulfonilureas, incluyendo la glipizida.

En general, la acción hipoglicemiante de las sulfonilureas se puede ver potenciada también por los inhibidores de la monoamino-oxidasa, quinolonas² y por drogas con un alto grado de unión a las proteínas plasmáticas, tales como las sulfonamidas, el cloranfenicol, el probenecid y las cumarinas.

Cuando tales drogas son administradas a (o retiradas a) un paciente que esté recibiendo glipizida, el paciente debe ser mantenido bajo observación para detectar hipoglicemia (o pérdida de su control).

Los estudios *in vitro* con proteínas séricas humanas, han indicado que la glipizida se enlaza en forma diferente a la tolbutamida y que no interactúa con salicilato o dicumarol. Sin embargo, se debe tener precaución en la extrapolación de dichos hallazgos a la situación clínica y en el uso de la glipizida con esas drogas.

Los siguientes productos pueden llevar a hiperglicemia:

Fenotiazinas (por ejemplo, clorpromazina) en dosis altas (>100 mg / día de fenotiazinas)

Aumento de la glucosa sanguínea (disminución de la liberación de insulina).

Corticosteroides

Aumento de la glucosa sanguínea.

Simpaticomiméticos (ej. ritodrina, salbutamol, terbutalina)

Aumento de la glucosa sanguínea por estimulación del adrenoreceptor beta-2.

Otras drogas que pueden producir hiperglicemia y llevan a la pérdida del control, incluyen las tiazidas y otros diuréticos, productos tiroideos, estrógenos, progestágenos, anticonceptivos orales, fenitoína, ácido nicotínico, drogas bloqueadoras de los canales de calcio e isoniazida.

Cuando esas drogas son administradas a (o retiradas a) un paciente que esté recibiendo glipizida, el paciente debe ser mantenido bajo observación para detectar hipoglicemia (o pérdida del control).

4.6 Fertilidad, Embarazo y Lactancia

Uso durante el Embarazo

En estudios reproductivos en ratas se encontró que la glipizida es débilmente fetotóxica. No se encontraron efectos teratogénicos en los estudios en ratas y conejos.

La glipizida no debe ser usada durante el embarazo.

Como la información disponible sugiere que los niveles de glucosa anormalmente altos durante el embarazo están asociados con una alta incidencia de anomalías congénitas, muchos expertos recomiendan que se use insulina durante el embarazo para mantener los niveles de glucosa sanguínea lo más cercanamente posible a la normalidad.

En neonatos nacidos de madres que estaban recibiendo una sulfonilurea en el momento del parto, se reportó hipoglicemia severa prolongada (4-10 días). Si se usa la glipizida durante el embarazo, debe ser discontinuada por lo menos 1 mes antes de la fecha prevista para el parto e instituir otras terapias para mantener los niveles de glucosa lo más cercanamente posible a la normalidad.

Uso durante la lactancia

Glipizida está contraindicada en la lactancia

Aunque no se sabe si la glipizida es excretada en la leche humana, se sabe que algunas sulfonilureas son excretadas en la leche humana. Debido al potencial para hipoglicemia que existe en lactantes, se debe tomar la decisión de discontinuar la lactancia o discontinuar la droga, considerando la importancia de la droga para la madre. Si se discontinúa la droga y la dieta sola es inadecuada para controlar la glucosa en la sangre, la terapia con insulina debe ser considerada.

4.7 Efectos sobre la Capacidad para Conducir y usar Maquinaria

No se ha estudiado el efecto de la glipizida sobre la capacidad para conducir vehículos u operar maquinarias, sin embargo, no existe evidencia alguna que sugiera que la glipizida pueda afectar esas capacidades. Los pacientes deben estar pendientes de los síntomas de hipoglicemia y ser cuidadosos cuando manejen o usen maquinarias.

4.8 Efectos Indeseables

Los efectos adversos más comunes están descritos en la Tabla 1.

Tabla 1 de Reacciones Adversas ¹						
Clase de Sistema de Órganos	Muy común ≥ 1/10	Común ≥ 1/100 a < 1/10	No común ≥ 1/1000 a < 1/100	Raro ≥ 1/10000 a < 1/1000	Muy Raro < 1/10000	No se conoce (No se puede estimar a partir de los datos disponibles)
Trastornos de la sangre y del sistema linfático						Agranulocitosis Leucopenia Trombocitopenia Anemia Hemolítica Pancitopenia
Trastornos del metabolismo y nutrición		Hipoglicemia				Hiponatremia
Trastornos psiquiátricos						Estado confusional*
Trastornos del sistema nervioso			Mareos* Somnolencia* Temblor*			Dolor de cabeza*
Trastornos oculares			Visión borrosa*			Diplopía* Discapacidad visual* Agudeza visual disminuida*
Trastornos		Náuseas**	Vómitos			Constipación**

Tabla 1 de Reacciones Adversas ¹						
Clase de Sistema de Órganos	Muy común ≥ 1/10	Común ≥ 1/100 a < 1/10	No común ≥ 1/1000 a < 1/100	Raro ≥ 1/10000 a < 1/1000	Muy Raro < 1/10000	No se conoce (No se puede estimar a partir de los datos disponibles)
gastrointestinales		Diarrea** Dolor abdominal Gastralgia**				
Trastornos hepatobiliares			Ictericia colestásica†			Función hepática anormal Hepatitis
Trastornos de la piel y tejido subcutáneo			Eczema‡			Dermatitis alérgica‡ Eritema‡ Reacciones morbiliforme‡ Reacciones maculopapular‡ Urticaria‡ Prurito‡ Reacción de fotosensibilidad ‡
Trastornos congénitos y hereditarios						Porfiria no aguda
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración						Malestar*
Investigaciones						Aumento del aspartato aminotransferasa§ Aumento de la lactato deshidrogenasa en sangre§ Aumento de la fosfatasa alcalina en sangre§ Aumento de la urea en sangre§

Tabla 1 de Reacciones Adversas ¹						
Clase de Sistema de Órganos	Muy común ≥ 1/10	Común ≥ 1/100 a < 1/10	No común ≥ 1/1000 a < 1/100	Raro ≥ 1/10000 a < 1/1000	Muy Raro < 1/10000	No se conoce (No se puede estimar a partir de los datos disponibles)
						Aumento de la creatinina en sangre§
<p>*Generalmente transitorio y no requiere discontinuación de la terapia; sin embargo, pueden ser también síntomas de hipoglicemia.</p> <p>**Parecen estar relacionados a la dosis y generalmente desaparecen cuando la dosis se divide o reduce.</p> <p>†Se debe discontinuar el tratamiento si se produce ictericia colestásica.</p> <p>‡Frecuentemente desaparecen con la terapia continuada. Sin embargo, si persisten, la droga debe ser discontinuada</p> <p>§La relación de estas anormalidades con glipizida es incierta y rara vez se han visto asociadas con síntomas clínicos.</p>						

Se han reportado anemia aplásica y reacciones tipo disulfiram con el uso de otras sulfonilureas.

4.9 Sobredosis

Las sobredosis de sulfonilureas, incluyendo la glipizida, pueden producir hipoglicemia. Los síntomas leves de la hipoglicemia, sin pérdida de conciencia o hallazgos neurológicos, deben ser tratados activamente con glucosa oral y con ajustes de las dosis y/o los patrones alimenticios. Se debe mantener un monitoreo riguroso, hasta que el médico se asegure de que el paciente esté fuera de peligro. Las reacciones hipoglicémicas severas con coma, convulsión u otras deficiencias neurológicas ocurren con poca frecuencia, pero constituyen emergencias médicas que requieren hospitalización inmediata. Si se diagnostica o se sospecha un coma hipoglicémico, el paciente deber recibir una inyección intravenosa rápida de solución concentrada (50%) de glucosa. El tratamiento se debe continuar con perfusión continua de una solución de glucosa más diluida (10%), administrada con una velocidad tal, que la glicemia se mantenga en un nivel superior a 100 mg/dL (5,55 mmol/L). Los pacientes deben ser monitoreados de cerca por un mínimo de 24-48 horas y luego, dependiendo del estado del paciente en ese momento, el médico decidirá si se requiere un monitoreo adicional. El clearance plasmático de la glipizida puede estar aumentado en personas con enfermedad hepática. Como la glipizida se une extensamente a las proteínas plasmáticas, es improbable que la diálisis sea beneficiosa.

5. PROPIEDADES FARMACOLOGICAS

5.1 Propiedades Farmacodinámicas

La glipizida es una droga que disminuye la glucosa sanguínea, de la familia de las sulfonilureas.

Su modo de acción primario es la estimulación de la secreción de insulina por las células beta de los islotes pancreáticos. La estimulación de la secreción de insulina por la glipizida en respuesta a una comida, es de gran importancia. Los niveles de insulina en ayuno no se encuentran elevados, aún durante la administración de la glipizida a largo-plazo, pero la respuesta posprandial de insulina continúa siendo aumentada hasta durante por lo menos 6 meses de tratamiento. La respuesta insulínica a una comida, ocurre dentro de los 30 minutos siguientes a la administración de una dosis oral de glipizida en pacientes diabéticos, pero los niveles elevados de insulina no persisten más allá del tiempo del reto alimenticio. También está en aumento la evidencia de que los efectos extrapancreáticos, que involucran la potenciación de la acción de la insulina, constituyen un componente significativo de la actividad de la glipizida.

Después de la administración de una sola dosis de glipizida, el control del nivel del azúcar sanguíneo persiste por más de 24 horas, aunque para ese momento los niveles plasmáticos hayan declinado a una pequeña fracción de los niveles peak (Ver Sección 5.2 - **Propiedades Farmacocinéticas**).

Algunos pacientes fallan a la respuesta inicial, o pierden gradualmente su capacidad de respuesta, a las sulfonilureas, incluyendo la glipizida. Como alternativa, la glipizida podría ser efectiva en algunos pacientes que no han respondido o han dejado de responder a otras sulfonilureas.

Otros Efectos: Un estudio demostró que la terapia con glipizida es efectiva para controlar los niveles de glucosa, sin producir efectos adversos sobre el perfil de lipoproteínas plasmáticas en pacientes tratados por diabetes mellitus Tipo 2. Esos cambios estaban bien correlacionados con la disminución lograda de los niveles de glucosa.

En un estudio controlado con placebo de dosis baja de glipizida en diabéticos químicos durante 3 años, se usó el espesor de la membrana basal capilar como un índice de la vasculopatía diabética. El grupo glipizida tuvo una disminución significativa del espesor de la membrana, mientras que el grupo control mostró un aumento significativo. En un estudio cruzado controlado con placebo en voluntarios normales, la glipizida no tuvo actividad antidiurética y, de hecho, más bien hubo un ligero aumento del clearance de agua libre.

5.2 Propiedades Farmacocinéticas

La absorción gastrointestinal de la glipizida en el humano es uniforme, rápida y esencialmente completa. Las concentraciones plasmáticas pico se producen de 1 a 3 horas después de la administración de una dosis oral única. La vida

media de eliminación, tanto intravenosa como oral, está en el rango de 2 a 4 horas en sujetos normales. Los patrones metabólicos y de excreción son similares para las dos vías de administración, indicativo de que el metabolismo de primer paso no es significativo. La glipizida no se acumula en el plasma con la administración oral repetida. La absorción total y la disposición de una dosis oral, no fueron afectadas por la ingestión conjunta con los alimentos en voluntarios normales, pero si se vio demorada en alrededor de 40 minutos. Por esta razón, la glipizida fue más efectiva al administrarla 30 minutos antes, más que conjuntamente con una comida a pacientes diabéticos. La unión a proteínas se estudió en el suero de voluntarios que recibieron glipizida oral o intravenosa y se encontró en 98 a 99% una hora después para cada una de las vías de administración. El volumen aparente de distribución de la glipizida fue de 11 L después de la administración intravenosa, indicativo de localización en el compartimiento del líquido extracelular. En ratones no se detectó radiográficamente a la glipizida o sus metabolitos en el cerebro o en la médula espinal de hembras o machos, ni tampoco en los fetos de hembras preñadas. Sin embargo, en otro estudio se detectaron pequeñas cantidades de radioactividad en fetos de ratas que recibieron la droga marcada.

El metabolismo de la glipizida es extenso y ocurre principalmente en el hígado. Los metabolitos principales son inactivos productos de su hidroxilación y los conjugados polares y son excretados principalmente en la orina. Menos del 10% de la glipizida intacta se encuentra en la orina.

5.3 Información sobre Seguridad en Estudios Pre-Clínicos

Los estudios de toxicidad aguda no mostraron susceptibilidad específica. La toxicidad oral aguda de la glipizida fue extremadamente baja en todas las especies estudiadas (DL_{50} mayor que 4 g/Kg). Las pruebas de toxicidad crónica en ratas y perros, con dosis de hasta 8,0 mg/Kg, no mostraron ninguna evidencia de efectos tóxicos.

Un estudio de 20 meses en ratas y un estudio de 18 meses en ratones con dosis de hasta 75 veces la dosis humana máxima, no revelaron evidencias de carcinogenicidad relacionada con la droga. Las pruebas bacterianas y de mutagenicidad *in vivo*, fueron uniformemente negativas. Los estudios en ratas de ambos sexos con dosis de hasta 75 veces la dosis máxima en humanos, no mostraron efectos sobre la fertilidad.

6. PARTICULARIDADES FARMACEUTICAS

6.1 Lista de Excipientes

Lactosa monohidratada, Almidón de maíz, Celulosa microcristalina, Acido

esteárico, Estearato de magnesio, c.s

6.2 Incompatibilidades

Ninguna conocida.

6.3 Período de Vida de Almacenamiento

24 meses

6.4 Precauciones Especiales para su Almacenamiento

Almacenar a no más de 30 °C.

6.5 Naturaleza y Contenido de los Recipientes

Estuche de cartulina impreso, con comprimidos en blister de PVC/aluminio.

6.6 Precauciones especiales para su Uso y Manipulación

No existen instrucciones especiales para su uso y manipulación.

Documento Referencia utilizado para la actualización CDS Versión 7.0

Para mayor información, se puede contactar con:

Pfizer Chile S.A.

Depto. Médico.

Cerro el Plomo 5680, Torre 6, Piso 16, Las Condes, Santiago.

Fono: 2-22412035

7. REFERENCIAS

1. Clinical Overview, Glipizida, ADR frequency assignment, September 2012
2. February 2016_Glipizide 2.5 Clinical Overview for CDS Updates