

▼ **Uptravi.**

comprimidos recubiertos
con película
selexipag

Guía para el ajuste de la dosis

Inicio del tratamiento con Uptravi

Por favor, lea el prospecto adjunto
antes de empezar el tratamiento.

Información sobre prevención de riesgos autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) Dic-16

Índice

¿Cómo tomar Uptravi?	4
¿Cómo aumentar la dosis?	6
¿Cuáles son las fases?	8
¿Cuándo debe disminuir la dosis?	10
Disminución de la dosis	12

Cambio a la dosis de mantenimiento	14
Si olvida tomar Uptravi.	16
Si interrumpe el tratamiento con Uptravi.	17
Diario para el ajuste de la dosis	18

¿Cómo tomar Uptravi?

Uptravi es un medicamento que se debe tomar **por la mañana y por la noche** para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar, también denominada HAP.

La dosis inicial de Uptravi es de 200 microgramos **por la mañana y por la noche**.

La primera toma de Uptravi se debe realizar por la noche.

Debe tomar cada dosis con un vaso de agua, preferentemente durante las comidas.

Hay 2 fases de tratamiento con Uptravi:

Ajuste de la dosis

Durante las primeras semanas, su médico necesitará su colaboración para hallar la dosis de Uptravi más adecuada para usted. Su médico puede aumentarle la dosis a partir de la dosis inicial. Su médico puede disminuirle la dosis. Este proceso se conoce como ajuste de la dosis, y permite a su cuerpo adaptarse gradualmente al medicamento.

Mantenimiento

Una vez su médico haya encontrado la dosis adecuada para usted, esta será la dosis que tomará de forma habitual. Esta se denomina dosis de mantenimiento.

¿Cómo aumentar la dosis?

El tratamiento empezará a una dosis de 200 microgramos por la mañana y por la noche, y después de hablarlo con su médico o enfermero aumentará la dosis hasta la siguiente fase.

La primera toma de la dosis aumentada se debe realizar por la noche. Cada fase de ajuste suele durar aproximadamente 1 semana. Puede tardar varias semanas en encontrar la dosis adecuada para usted.

El objetivo es alcanzar la dosis más adecuada para su tratamiento.

Esta dosis será su dosis de mantenimiento.

Cada paciente con HAP es distinto. **No todos los pacientes acabarán teniendo la misma dosis de mantenimiento.**

Algunos pacientes podrán tomar 200 microgramos por la mañana y por la noche como dosis de mantenimiento, mientras que otros alcanzarán la dosis máxima de 1.600 microgramos por la mañana y por la noche.

Otros pueden alcanzar una dosis de mantenimiento en algún punto entre ambas. Lo importante es alcanzar la dosis más adecuada para su propio tratamiento.



¿Cuáles son las fases?



Comprimido de
200 microgramos

Cada fase del ajuste de la dosis dura
aproximadamente 1 semana

DOSIS INICIAL



FASE 1

Mañana: Un comprimido de 200 microgramos
Noche: Un comprimido de 200 microgramos
(dosis diaria total: 400 microgramos)



FASE 2

Mañana: Dos comprimidos de 200 microgramos
Noche: Dos comprimidos de 200 microgramos
(dosis diaria total: 800 microgramos)



FASE 3

Mañana: Tres comprimidos de 200 microgramos
Noche: Tres comprimidos de 200 microgramos
(dosis diaria total: 1200 microgramos)



FASE 4

Mañana: Cuatro comprimidos de 200 microgramos
Noche: Cuatro comprimidos de 200 microgramos
(dosis diaria total: 1600 microgramos)

**DOSIS
MÁXIMA**

8 Comprimido de **800 microgramos**
(Utilícelos de la fase 5 a la 8 para reducir el número de comprimidos que se necesitan por toma.)

2 Comprimido de **200 microgramos**

FASE 5

Mañana: Un comprimido de 800 microgramos y uno de 200 microgramos
Noche: Un comprimido de 800 microgramos y uno de 200 microgramos
(dosis diaria total: 2000 microgramos)

FASE 6

Mañana: Un comprimido de 800 microgramos y dos de 200 microgramos
Noche: Un comprimido de 800 microgramos y dos de 200 microgramos
(dosis diaria total: 2400 microgramos)

FASE 7

Mañana: Un comprimido de 800 microgramos y tres de 200 microgramos
Noche: Un comprimido de 800 microgramos y tres de 200 microgramos
(dosis diaria total: 2800 microgramos)

FASE 8

Mañana: Un comprimido de 800 microgramos y cuatro de 200 microgramos
Noche: Un comprimido de 800 microgramos y cuatro de 200 microgramos
(dosis diaria total: 3200 microgramos)

(Los comprimidos no son de tamaño real.)



¿Cuándo debe disminuir la dosis?

Como con todos los medicamentos, puede experimentar efectos adversos a medida que aumenta la dosis de Uptravi.

Consulte a su médico o enfermero si presenta efectos adversos. Hay tratamientos disponibles para ayudarle a aliviarlos.

Los efectos adversos más frecuentes (pueden afectar a más de 1 de cada 10 personas) que puede experimentar mientras toma Uptravi son:

- Dolor de cabeza • Diarrea • Náuseas • Vómitos • Dolor mandibular • Dolor muscular • Dolor en las extremidades inferiores • Dolor articular • Enrojecimiento facial

Consulte el prospecto para obtener la lista completa de los efectos adversos e información adicional.

Si no puede tolerar los efectos adversos incluso después de que su médico o enfermero los haya intentado tratar, puede que le recomiende que disminuya la dosis.

Si su médico o enfermero le indica que disminuya la dosis, tome un comprimido de 200 microgramos menos por la mañana y otro menos por la noche.

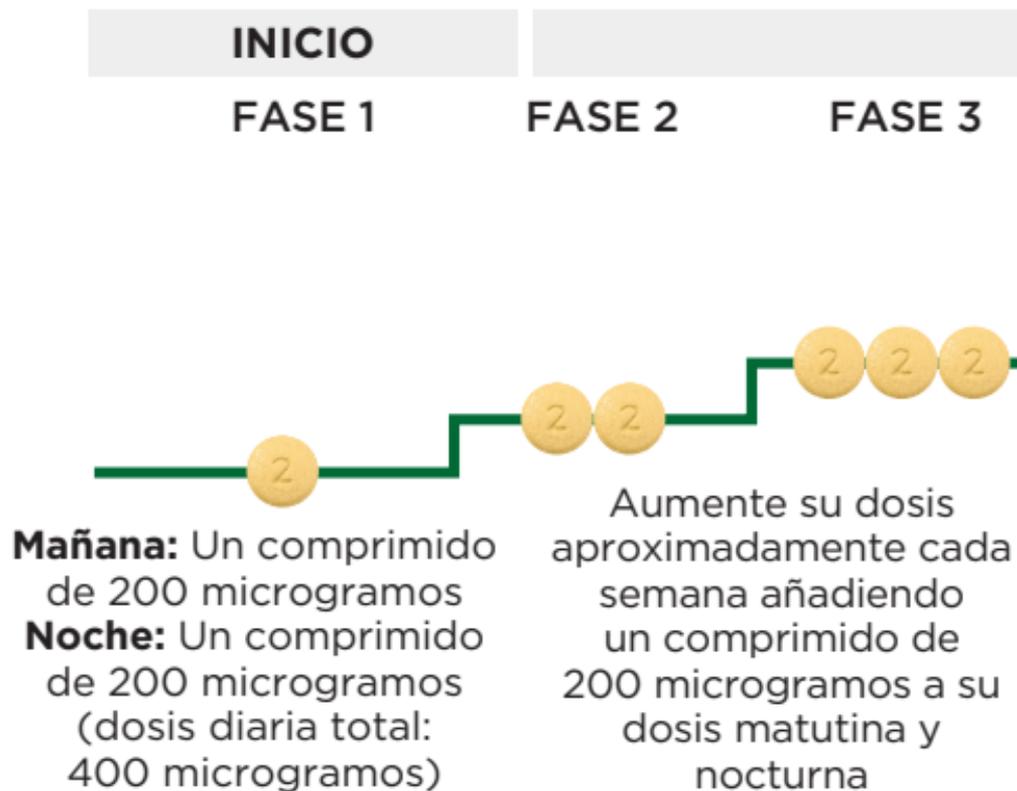
Únicamente debe disminuir la dosis tras consultar con su médico o enfermero. Este proceso de disminución de la dosis le ayudará a encontrar la dosis adecuada para usted, también denominada dosis de mantenimiento.

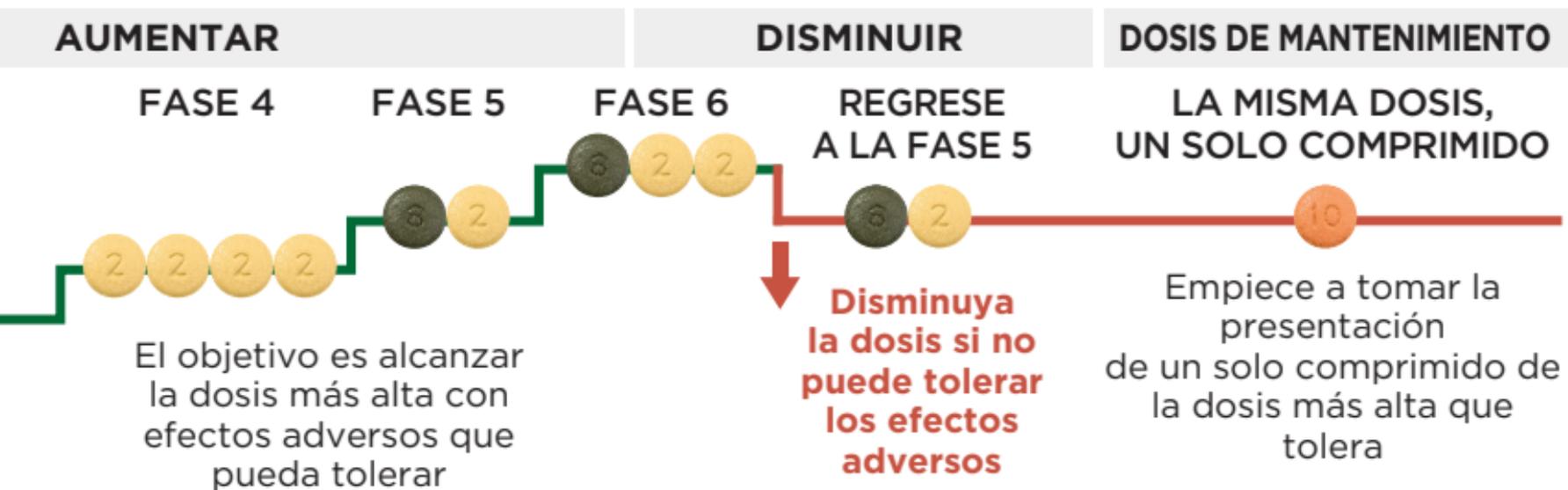
Disminución de la dosis

Cada fase del ajuste de la dosis dura aproximadamente 1 semana

2 Comprimido de **200 microgramos**

(Los comprimidos no son de tamaño real.)





2 Comprimido de **200 microgramos**

8 Comprimido de **800 microgramos**
(Utilícelos de la fase 5 a la 8 para reducir el número de comprimidos que se necesitan por toma.)

Cambio a la dosis de mantenimiento

La dosis más alta que pueda tolerar durante la fase de ajuste de la dosis se convertirá en su **dosis de mantenimiento**. Su dosis de mantenimiento es la dosis que debe seguir tomando de forma habitual. Su médico o enfermero le recetará **un único comprimido con la potencia equivalente** para su dosis de mantenimiento.

Esto le permite tomar un único comprimido por la mañana y otro por la noche, en lugar de varios comprimidos para cada dosis.

Por ejemplo, si su dosis más alta tolerada durante la fase de ajuste de la dosis fue de 1.200 microgramos una vez por la mañana y otra por la noche:



Con el tiempo, su médico o enfermero puede ajustar su dosis de mantenimiento si fuera necesario.

Si olvida tomar Uptravi

Si olvida tomar una dosis, tómela tan pronto como se acuerde, y a continuación siga tomando los comprimidos en el horario habitual. En caso de que se acuerde en las 6 horas previas a la hora en que debería tomar la siguiente dosis, debe dejar de tomar la dosis olvidada y continuar tomando el medicamento en el horario habitual.

No tome una dosis doble para compensar la dosis olvidada.

Si interrumpe el tratamiento con Uptravi

No deje de tomar Uptravi, salvo que su médico o enfermero se lo indique. Si, por alguna razón, deja de tomar Uptravi durante más de 3 días consecutivos (si ha olvidado 6 dosis seguidas o más), **contacte con su médico o enfermero inmediatamente, ya que puede tener que ajustar la dosis para evitar los efectos adversos.**

Su médico o enfermero puede decidir volver a empezar el tratamiento a una dosis inferior, para incrementarla gradualmente hasta alcanzar su dosis de mantenimiento previa.

Diario para el ajuste de la dosis

Lea detenidamente las instrucciones contenidas en el prospecto.

Las siguientes páginas del diario le ayudarán a mantener un registro del número de comprimidos que debe tomar por la mañana y por la noche durante el ajuste de la dosis.

Utilícelas para anotar el número de comprimidos que toma por la mañana y por la noche.

Cada fase suele durar aproximadamente 1 semana, salvo que su médico o enfermero le indique lo contrario.

Si las fases de ajuste de la dosis duran más de una semana, dispone de páginas adicionales en su diario para registrarlo.

- 2 Utilice las páginas 20 a 27 para registrar las primeras semanas de tratamiento, cuando recibe únicamente comprimidos de 200 microgramos (fases 1-4).
- 2 8 Si le han recetado comprimidos tanto de 200 como de 800 microgramos, utilice las páginas 30 a 37. (fases 5-8)

Recuerde comunicarse con su médico o enfermero especialista en HAP de forma regular.

Anote las indicaciones de su médico o enfermero: _____

Teléfono y correo electrónico del médico: _____

Teléfono del farmacéutico: _____

Notas: _____

Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por la mañana y por la noche. | 20

Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos



Noche

2

200
microgramos



La primera vez que tome Uptravi deberá ser por la noche

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

Noche

2

200
microgramos

La primera vez que tome una dosis aumentada de Uptravi deberá ser por la noche

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

Noche

2

200
microgramos

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

Noche

2

200
microgramos

Pase a la página 28 si su médico le receta los comprimidos de 800 microgramos

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

Noche

2

200
microgramos

Pase a la página 28 si su médico le receta los comprimidos de 800 microgramos

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

Noche

2

200
microgramos

Pase a la página 28 si su médico le receta los comprimidos de 800 microgramos

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

Noche

2

200
microgramos

Pase a la página 28 si su médico le receta los comprimidos de 800 microgramos

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

Noche

2

200
microgramos

Pase a la página 28 si su médico le receta los comprimidos de 800 microgramos

2

Comprimido de **200 microgramos**

8

Comprimido de **800 microgramos**

(Utilícelos de la fase 5 a la 8 para reducir el número de comprimidos que se necesitan por toma.)

Utilice las siguientes páginas del diario si su médico o enfermero le receta comprimidos de 800 microgramos además de los comprimidos de 200 microgramos.

En las páginas del diario, compruebe que ha tomado **un** comprimido de 800 microgramos cada día por la mañana y por la noche junto con el número de comprimidos de 200 microgramos que se le ha recetado.

Recuerde comunicarse con su médico o enfermero especialista en HAP de forma regular.

Anote las indicaciones de su médico o enfermero: _____

Teléfono y correo electrónico del médico: _____

Teléfono del farmacéutico: _____

Notas: _____

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1



Noche

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1



Noche

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1



Noche

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1



Noche

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1



Noche

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1



Noche

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1



Noche

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1

Nº DE
SEMANA

#

Anote el número de la semana del tratamiento en la esquina superior izquierda.
Escriba cada día en las casillas de abajo la cantidad de comprimidos que toma por
la mañana y por la noche. Hablé con mi médico o enfermera el DD/MM/AA.

Fecha: _____



Mañana

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1



Noche

2

200
microgramos

8

800
microgramos

#

#

#

#

#

#

#

1

1

1

1

1

1

1

Notas



© 2016 Actelion Pharmaceuticals Ltd. 08800021