

# UPTRAVI®

comprimidos recubiertos con película  
selexipag

---

## Guía de ajuste de dosis para el paciente

### Inicio del tratamiento con selexipag

Por favor, lea esta guía conjuntamente con el prospecto, antes de iniciar el tratamiento. Puede consultar el prospecto del medicamento en el Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) a través del siguiente enlace: <https://cima.aemps.es/>

Informe a su médico si:

- Experimenta efectos adversos, ya que podría ser necesario cambiar su dosis de selexipag.
- Toma otros medicamentos ya que podría ser necesario administrar selexipag solo una vez al día.

**Información sobre prevención de riesgos acordada con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Septiembre-2021**

Disponible en la página web de la AEMPS [www.aemps.gob.es](http://www.aemps.gob.es)

## ÍNDICE

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

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

## ¿CÓMO TOMAR SELEXIPAG?

Selexipag es un medicamento que se debe tomar **por la mañana y por la noche**.

La dosis inicial de selexipag es de 200 microgramos y la primera toma se debe realizar por la noche.

Se debe tomar cada dosis con un vaso de agua y preferentemente durante las comidas.

## **El tratamiento con selexipag tiene 2 etapas:**

### **Ajuste de dosis**

La etapa de ajuste de dosis consta de varias fases que duran aproximadamente una semana (ver sección “¿Cuáles son las fases?”) y su colaboración con el médico es fundamental.

Durante las primeras semanas su médico irá aumentando o disminuyendo la dosis de selexipag, hasta encontrar la dosis que sea más adecuada para usted. Este proceso 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.

## ¿CÓMO AUMENTAR LA DOSIS?

El tratamiento se inicia con un comprimido de 200 microgramos por la mañana y otro por la noche (recuerde que la primera toma deberá realizarse por la noche). Cada semana, su médico evaluará con usted la tolerancia al medicamento, tras lo cual, su médico le podrá indicar que aumente la dosis hasta la siguiente fase. Siempre que haya un aumento de dosis, 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.

Tenga en cuenta que cada paciente es diferente, necesitará tiempos distintos para alcanzar la dosis de mantenimiento y esta **dosis de mantenimiento no será la misma en todos los pacientes.**

La dosis de mantenimiento puede oscilar entre 200 microgramos dos veces al día, hasta un máximo de 1.600 microgramos dos veces al día. Lo importante es alcanzar la dosis más adecuada para su propio tratamiento.

## ¿CUÁLES SON LAS FASES?

Cada fase del ajuste de dosis dura aproximadamente 1 semana

2 Comprimido de 200 microgramos

### DOSIS INICIAL

2

#### FASE 1

**Mañana:** Un comprimido de 200 microgramos

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

2 2

#### FASE 2

**Mañana:** Dos comprimidos de 200 microgramos

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

2 2 2

#### FASE 3

**Mañana:** Tres comprimidos de 200 microgramos

**Noche:** Tres comprimidos de 200 microgramos (dosis diaria total: 1.200 microgramos)

2 2 2 2

#### FASE 4

**Mañana:** Cuatro comprimidos de 200 microgramos

**Noche:** Cuatro comprimidos de 200 microgramos (dosis diaria total: 1.600 microgramos)





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



Comprimido de **200 microgramos**

**DOSIS MÁXIMA**



### 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: 2.000 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: 2.400 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: 2.800 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: 3.200 microgramos)

(Los comprimidos no son de tamaño real)



## ¿CUÁNDO SE DEBE DISMINUIR LA DOSIS?

Como todos los medicamentos, selexipag puede producir efectos adversos, aunque no todas las personas los sufran. Es posible que experimente estos efectos adversos a medida que aumenta la dosis de selexipag.

Los efectos adversos más frecuentes son:

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

Consulte el prospecto para mayor información.

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

Si no puede tolerar los efectos adversos incluso después de haberle puesto un tratamiento para disminuir los síntomas, puede que su médico le recomiende que disminuya la dosis.

**Si su médico 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. Este proceso de disminución de la dosis le ayudará a encontrar la dosis de mantenimiento adecuada para usted.

## DISMINUCIÓN DE DOSIS

Cada fase del ajuste de dosis dura aproximadamente 1 semana

 Comprimido de 200 microgramos

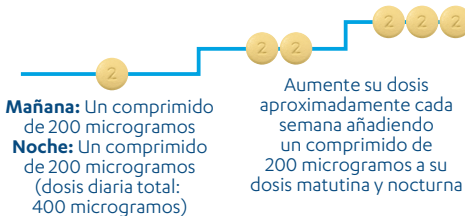
INICIO

AUMENTAR

FASE 1

FASE 2

FASE 3



## AUMENTAR

## DISMINUIR

## DOSIS DE MANTENIMIENTO

FASE 4

FASE 5

FASE 6

REGRESE  
A LA FASE 5


LA MISMA DOSIS,  
UN SOLO COMPRIMIDO

El objetivo es alcanzar  
la dosis más alta con  
efectos adversos  
que pueda tolerar

**Disminuya  
la dosis si no  
puede tolerar  
los efectos  
adversos**

Empiece a tomar la  
presentación de  
un solo comprimido  
de la dosis más alta  
que tolera

 Comprimido de  
**200 microgramos**

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

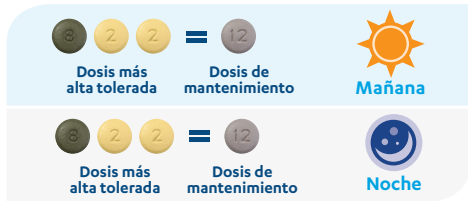
## CAMBIO A LA DOSIS DE MANTENIMIENTO

La dosis más alta que pueda tolerar durante la fase de ajuste de dosis, se convertirá en su **dosis de mantenimiento** (la dosis que deberá tomar de forma habitual).

En este momento, su médico le recetará **un único comprimido con los microgramos por toma equivalente** a 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 dosis fue de 1.200 microgramos una vez por la mañana y otra por la noche:



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

## SI OLVIDA TOMAR SELEXIPAG

En caso de olvidar una dosis ¿qué debe hacer?:

- Si quedan **más de 6 horas** para la siguiente dosis, debe tomar el medicamento tan pronto como se acuerde y, a continuación, debe seguir con el horario habitual.
- Si quedan **6 horas o menos** para la siguiente dosis, no tome la dosis olvidada y continúe tomando el medicamento en el horario habitual.

**No tome una dosis doble para compensar la dosis olvidada.**



## SI INTERRUMPE EL TRATAMIENTO CON SELEXIPAG

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

Su médico puede decidir volver a empezar el tratamiento a una dosis inferior, para aumentarla gradualmente hasta alcanzar de nuevo su dosis de mantenimiento.

## DIARIO PARA EL AJUSTE DE 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 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 le indique lo contrario.

Si las fases de ajuste de dosis duran más de una semana, dispone de páginas adicionales en su diario para poder 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 de forma regular**

Anote las indicaciones de su médico o enfermero: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono y correo electrónico del médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono del farmacéutico: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SEMANA

1

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 enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos



20 La primera vez que tome selexipag deberá ser por la noche

(Los comprimidos no son de tamaño real)

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA



200  
microgramos



NOCHE



200  
microgramos



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

(Los comprimidos no son de tamaño real)

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA



200  
microgramos



NOCHE



200  
microgramos



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

(Los comprimidos no son de tamaño real)

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos



**24** 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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA



200  
microgramos



NOCHE



200  
microgramos



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

(Los comprimidos no son de tamaño real)

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA



200  
microgramos



NOCHE



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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA



200  
microgramos



NOCHE



200  
microgramos



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

(Los comprimidos no son de tamaño real)

## DIARIO PARA EL AJUSTE DE DOSIS

Utilice las siguientes páginas del diario si su médico 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.



Comprimido de **200 microgramos**



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

## **Recuerde comunicarse con su médico o enfermero 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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos

●

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos

(Los comprimidos no son de tamaño real)

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos

●

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos

(Los comprimidos no son de tamaño real)

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos

●

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos

(Los comprimidos no son de tamaño real)

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos

●

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.** Hable con mi médico o enfermero el DD/MM/AA

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:

Fecha:



MAÑANA

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos



NOCHE

2

200  
microgramos

●

800  
microgramos

(Los comprimidos no son de tamaño real)

## NOTAS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **NOTIFICACIÓN DE LAS SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS**

Si experimenta cualquier tipo de efecto adverso, consulte a su médico o farmacéutico, incluso si se trata de posibles efectos adversos que no aparecen en el prospecto. También puede comunicarlos directamente a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano:  
<https://www.notificaRAM.es>

---