

# UN CAMBIO REAL ES POSIBLE<sup>1,2</sup>



EL PRIMER Y ÚNICO<sup>3</sup> BIOLÓGICO APROBADO PARA EL TRATAMIENTO DE

**DERMATITIS ATÓPICA (DA)**

en pacientes a partir de tan solo 6 meses<sup>1</sup>

**PRURIGO NODULAR (PN)**

en adultos<sup>1</sup>

**UNA DIANA,  
DOBLE ACCIÓN  
EN DA Y PN<sup>1</sup>**

Comparado con placebo, con DUPIXENT<sup>®</sup> significativamente más pacientes experimentaron:

- » ALIVIO DEL PRURITO DESPUÉS DE LA PRIMERA DOSIS<sup>4-11</sup>
- » ACLARAMIENTO SIGNIFICATIVO DE LA PIEL<sup>2,4</sup>
- » MEJORA SIGNIFICATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA<sup>2,6</sup>

**sanofi** | **REGENERON<sup>®</sup>**

**DUPIXENT<sup>®</sup>**  
(dupilumab)

Indicaciones

MoA

Eficacia

Seguridad

Posología

Resumen

Referencias

Contenido mínimo

# IMPACTANDO EN LA VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE TIPO 2

5 INDICACIONES<sup>1</sup>

2 INTERLEUCINAS: IL-4 E IL-13<sup>1</sup>

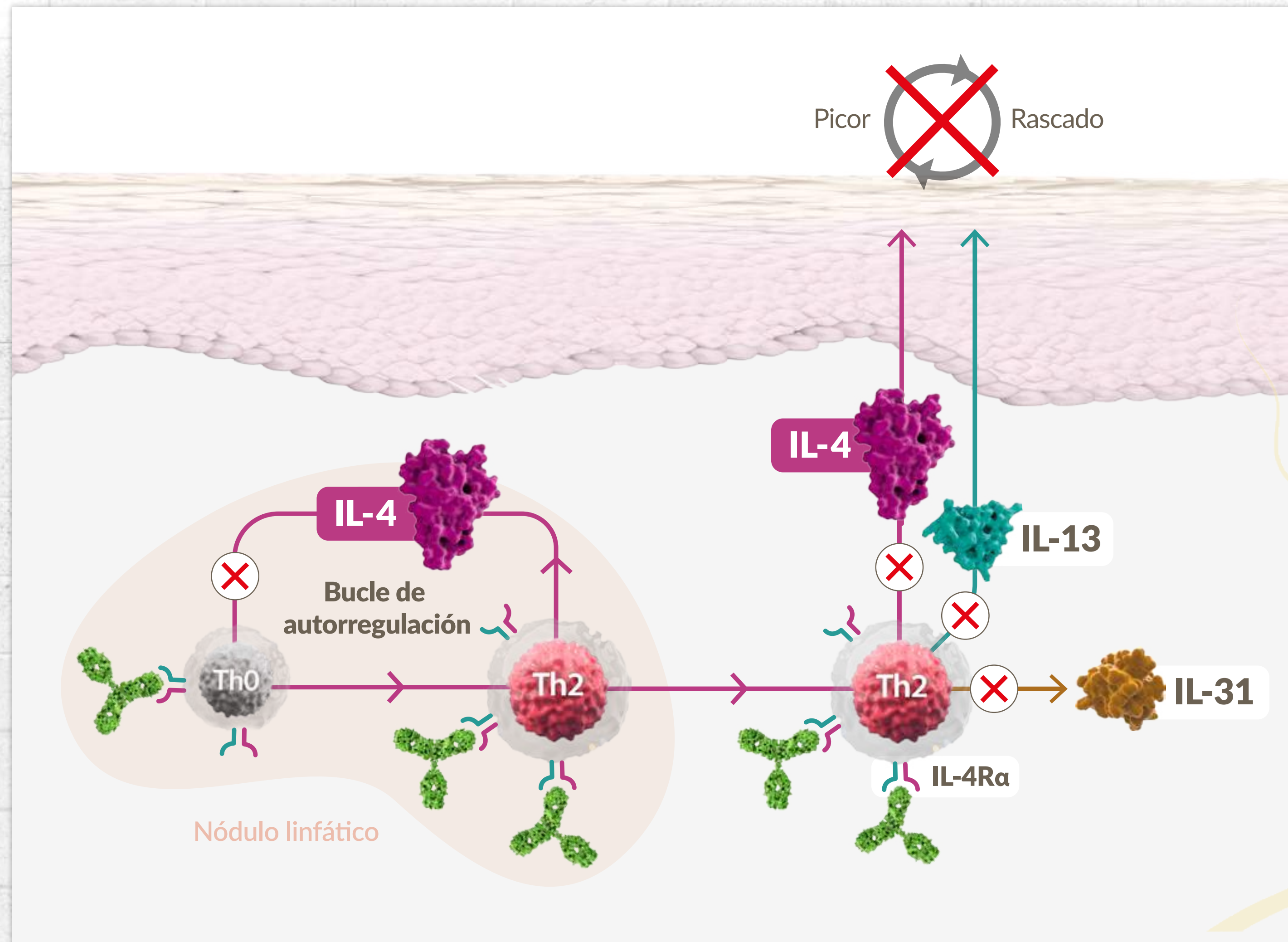
1 DUPIXENT<sup>®1</sup>



\*Simpson EL, et al. J Am Acad Dermatol. 2024 Feb 1:S0190-9622(24)00146-4. doi: 10.1016/j.jaad.2023.12.066. Online ahead of print.  
 DA: dermatitis atópica; EEO: esofagitis eosinofílica; IL: interleucina; PN: prurigo nodular; RSCcPN: rinosinusitis crónica con poliposis nasal.

Indicaciones	MoA	Eficacia	Seguridad	Posología	Resumen	Referencias	Contenido mínimo
--------------	-----	----------	-----------	-----------	---------	-------------	------------------

# DUPIXENT® BLOQUEA DIRECTAMENTE EL RECEPTOR IL-4R $\alpha$ IMPIDIENDO LA SEÑALIZACIÓN DE IL-4 E IL-13, E IMPACTANDO DE 4 MANERAS EN LA DA Y EN EL PN<sup>12-17</sup>



## 4 RAZONES PARA PENSAR EN IL-4

### 1 REDUCE LA INFLAMACIÓN DE TIPO 2<sup>18</sup>

» IL-4 es el modulador clave de la respuesta Th2 que inicia y perpetúa la inflamación subyacente en la DA y el PN<sup>12</sup>

### 2 AYUDA AL ACLARAMIENTO DE LA PIEL<sup>17</sup>

» Mejora la función barrera de la piel<sup>17</sup>  
 » Reduce la hiperplasia epidérmica en la piel con DA y PN<sup>2,19</sup>  
 » Disminuye el riesgo de infección de la piel<sup>17</sup>

### 3 AYUDA A ALIVIAR EL PICOR

» Ayuda a romper el ciclo de picor-rascado<sup>20-26</sup>  
 » Puede reducir la neurosensibilización a mediadores pruritogénicos,<sup>12-18</sup> como IL-31<sup>18</sup>

### 4 MODIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

» El mecanismo dual de DUPIXENT® permite el control de las enfermedades inflamatorias de la piel y la mejora de las comorbilidades atópicas<sup>27-36</sup>



**ÚNICA TERAPIA SISTÉMICA QUE PERMITE LA INHIBICIÓN DUAL DE IL-4 E IL-13<sup>13-17</sup>**

DA: dermatitis atópica; IL: interleucina; PN: prurigo nodular.

Indicaciones

MoA

Eficacia

Seguridad

Posología

Resumen

Referencias

Contenido mínimo

RÁPIDO ACLARAMIENTO, CONTROL SOSTENIDO DE LOS SÍNTOMAS Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA<sup>2,11</sup>

## ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE UN PACIENTE CON PN?

**PRURITO**



**ACLARAMIENTO DE LOS NÓDULOS**



**DOLOR EN LA PIEL**



**CALIDAD DE VIDA**



PN: prurigo nodular.

Indicaciones

MoA

**Eficacia**

Seguridad

Posología

Resumen

Referencias

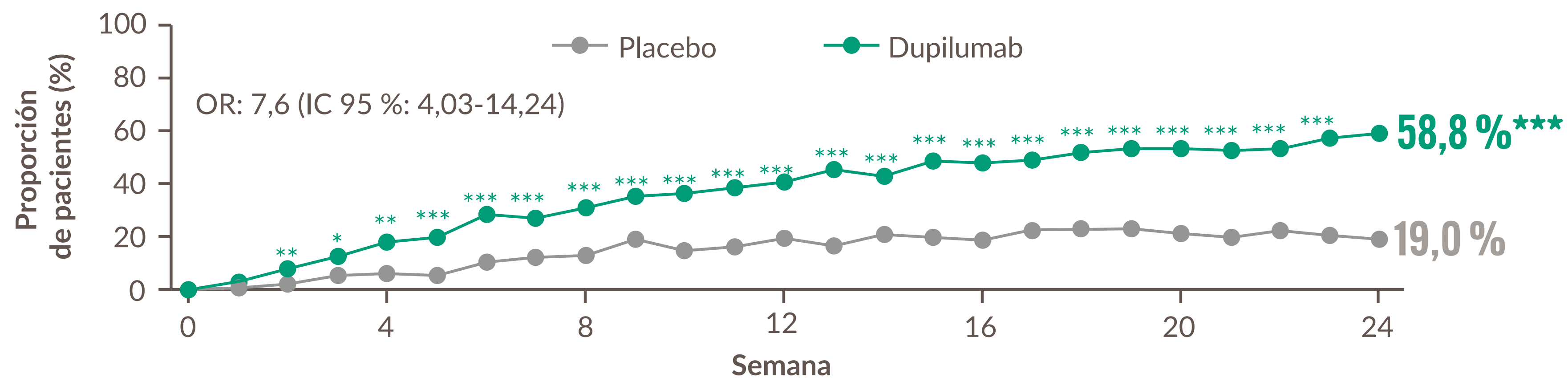
Contenido mínimo

# MÁS PACIENTES TRATADOS CON DUPIXENT® LOGRARON UNA MEJORA SIGNIFICATIVA EN PRURITO VS. PLACEBO<sup>11</sup>

**+18**  
AÑOS

Datos agrupados de PRIME y PRIME2

## Proporción de pacientes con mejora ≥4 puntos en NRS de prurito



**~3x**  
MÁS PACIENTES  
MEJORARON  
( $p < 0,001$ )

Figura de Kwatra SG, et al. 2023.<sup>11</sup>

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . OR a la semana 24.



MEJORA EN PRURITO SOSTENIDA HASTA LAS 24 SEMANAS, CON ~3X MÁS PACIENTES LOGRANDO UNA MEJORA VS. PLACEBO<sup>11</sup>

Ver diseño de los estudios

IC: intervalo de confianza; NRS: escala de calificación numérica; OR: odds ratio.

Indicaciones

MoA

**Eficacia**

Seguridad

Posología

Resumen

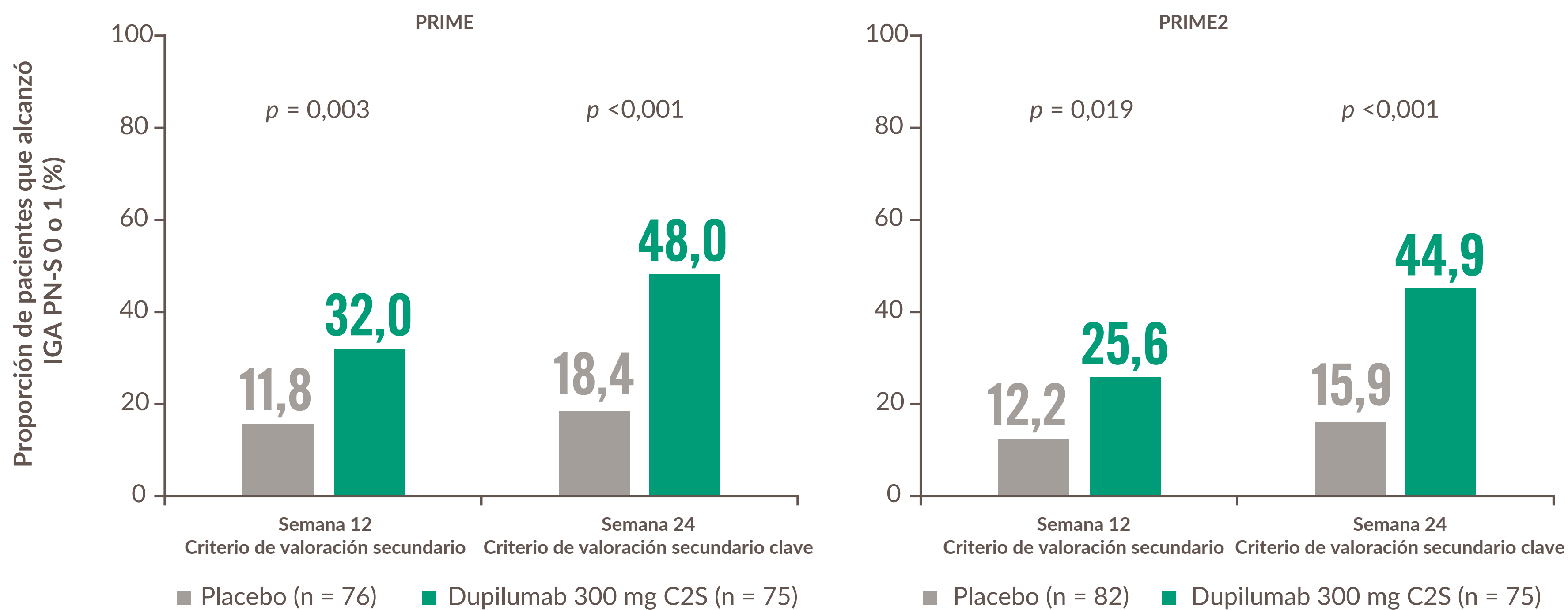
Referencias

Contenido mínimo

# DUPIXENT® MOSTRÓ MEJORAS CLÍNICA Y ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LAS LESIONES CUTÁNEAS VS. PLACEBO A 24 SEMANAS<sup>2</sup>

**+18**  
AÑOS

## Proporción de pacientes con IGA PN-S 0 o 1



**>2,5x**

MÁS PACIENTES  
MEJORARON  
(*p* < 0,001)

Figura de Yosipovitch G, et al. 2023.<sup>2</sup>

Ver diseño de los estudios

C2S: cada 2 semanas; IGA PN-S: evaluación global del investigador para la valoración del prurigo nodular.

Indicaciones

MoA

**Eficacia**

Seguridad

Posología

Resumen

Referencias

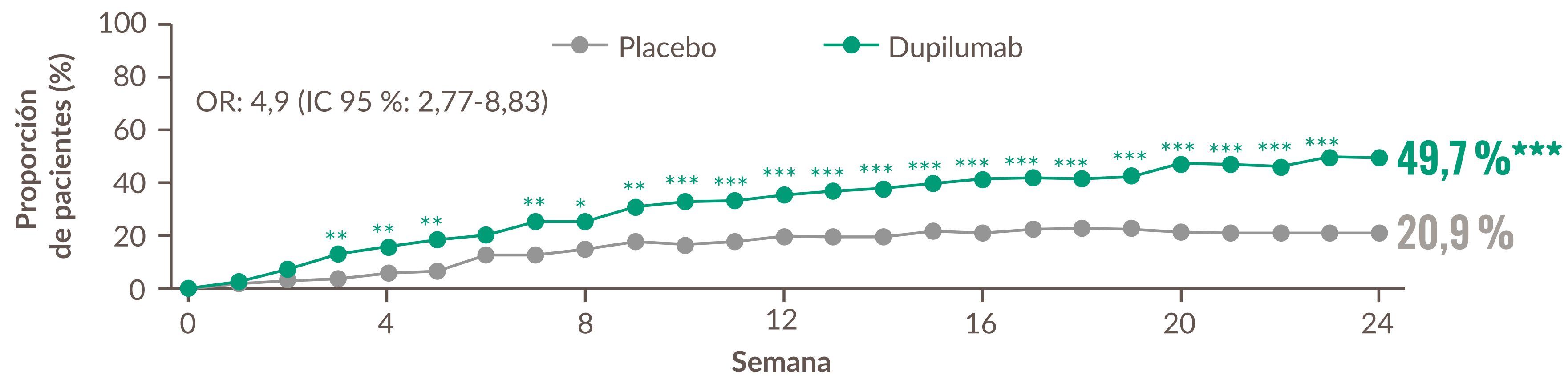
Contenido mínimo

# MÁS PACIENTES TRATADOS CON DUPIXENT® LOGRARON UNA MEJORA SIGNIFICATIVA EN DOLOR EN LA PIEL VS. PLACEBO<sup>11</sup>

Datos agrupados de PRIME y PRIME2

**+18**  
AÑOS

## Proporción de pacientes con mejora $\geq 4$ puntos en NRS del dolor en la piel



**>2x**  
MÁS PACIENTES  
MEJORARON  
( $p < 0,001$ )<sup>11</sup>

Figura de Kwatra SG, et al. 2023.<sup>11</sup>

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . OR a la semana 24.

Ver diseño de los estudios

IC: intervalo de confianza; NRS: escala de calificación numérica; OR: odds ratio.

Indicaciones

MoA

**Eficacia**

Seguridad

Posología

Resumen

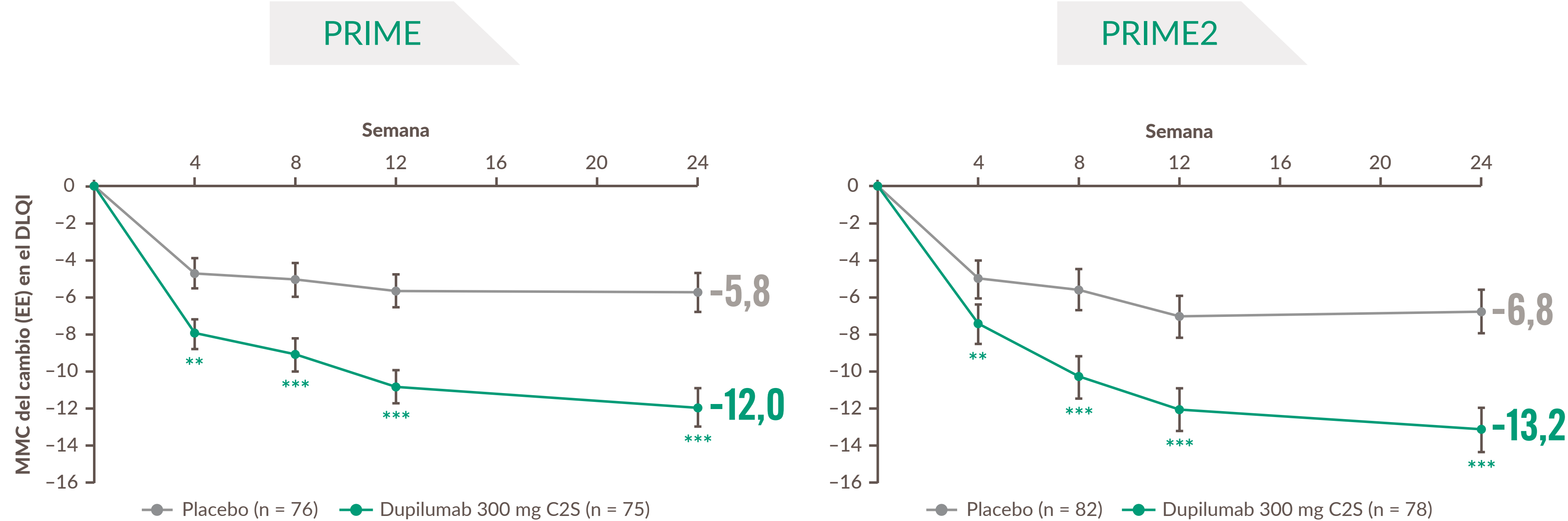
Referencias

Contenido mínimo

# CON DUPIXENT<sup>®</sup>, LOS PACIENTES EXPERIMENTARON UNA MEJORA SIGNIFICATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA\*<sup>2</sup>

## Cambio en el DLQI desde el inicio hasta la semana 24

**+18**  
AÑOS



**2x**  
MÁS MEJORA  
( $p < 0,001$ )<sup>2</sup>

Figura de Yosipovitch G, et al. 2023.<sup>2</sup>

\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .



Con DUPIXENT<sup>®</sup>, los pacientes experimentaron una **mejora significativa<sup>†</sup> en el DLQI a partir de la semana 4** y alcanzaron al final del tratamiento puntuaciones medias en el **umbral entre el impacto "pequeño" y "moderado" del PN en su vida**, mientras **con placebo el gran impacto del PN en la calidad de vida al inicio se mantuvo** hasta la semana 24<sup>2</sup>

Calidad del sueño

Ver diseño de los estudios

\*Puntuaciones basales medias del DLQI (0-30): 17,8 (DE 7,1) en el grupo de DUPIXENT<sup>®</sup> y 15,7 (DE 7,3) en el grupo de placebo (estudio PRIME) y 18,2 (DE 6,5) en el grupo de DUPIXENT<sup>®</sup> y 18,2 (DE 7,0) en el grupo de placebo (estudio PRIME 2). <sup>†</sup>No controlada por multiplicidad. C2S: cada 2 semanas; DE: desviación estándar; DLQI: índice de calidad de vida en dermatología; EE: error estándar; MMC: media de mínimos cuadrados; PN: prurigo nodular.

Indicaciones

MoA

**Eficacia**

Seguridad

Posología

Resumen

Referencias

Contenido mínimo





## CON DUPIXENT<sup>®</sup>, MEJORA SIGNIFICATIVA EN LA CALIDAD DEL SUEÑO

» Mejora significativa en la calidad del sueño a partir de la semana 2 y sostenida hasta las 24 semanas con DUPIXENT<sup>®</sup> vs. placebo<sup>11</sup>

**+18**  
AÑOS

Datos agrupados de PRIME y PRIME2

Proporción de pacientes con mejora  $\geq 2$  puntos en NRS de la calidad del sueño a la semana 24<sup>11</sup>

**42,5%**

vs.

**23,4%**

**DUPIXENT<sup>®</sup> 300 mg C2S**  
**(n = 153)**

**Placebo**  
**(n = 158)**

OR: 2,9 (IC 95 %: 1,71-4,90)  
 $p < 0,001$



# EL PERFIL DE SEGURIDAD DE DUPIXENT® EN PACIENTES CON PN FUE CONSISTENTE CON EL CONOCIDO EN OTRAS INDICACIONES<sup>2</sup>

**+18**  
AÑOS

## Perfil de seguridad de DUPIXENT® en PN hasta la semana 24<sup>2</sup>

EAET	PRIME	PRIME2
Menor tasa de <b>EA graves</b> vs. placebo*	<b>4,0%</b> DUPIXENT® vs. <b>6,7%</b> Placebo	<b>2,6%</b> DUPIXENT® vs. <b>1,2%</b> Placebo
Menor tasa de <b>discontinuación debida a EA</b> vs. placebo**	<b>0%</b> DUPIXENT® vs. <b>2,7%</b> Placebo	<b>0%</b> DUPIXENT® vs. <b>1,2%</b> Placebo
Menores tasas de <b>infecciones cutáneas no causadas por herpes</b> vs. placebo <sup>†</sup>	<b>2,7%</b> DUPIXENT® vs. <b>9,3%</b> Placebo	<b>5,2%</b> DUPIXENT® vs. <b>6,1%</b> Placebo
<b>Conjuntivitis<sup>‡</sup></b>	<b>2,7%</b> DUPIXENT® vs. <b>2,7%</b> Placebo	<b>3,9%</b> DUPIXENT® vs. <b>0%</b> Placebo

Ver tabla completa 

Ver diseño de los estudios 

Consultar la ficha técnica de DUPIXENT® para información adicional sobre el perfil de seguridad.

\*Considerados no relacionados con la intervención del estudio, excepto 2 eventos de sepsis y mesenteritis, experimentados por un paciente tratado con placebo en el estudio PRIME. \*\*En el estudio PRIME, un evento de enfermedad de Hodgkin y uno de neurodermatitis (TP MedDRA), considerados no relacionados con el fármaco del estudio. En el estudio PRIME2, un evento de urticaria <sup>†</sup>Los EAET de infecciones cutáneas (excluidas las infecciones herpéticas) se identificaron en base a una revisión médica enmascarada de todos los EAET notificados identificados como posibles infecciones cutáneas mediante CMQ3006. Esta búsqueda incluyó TP bajo los términos agrupados de nivel alto infecciones de piel y tejido subcutáneo, todos los TP bajo términos agrupados de nivel alto infecciones de estructuras cutáneas e de tejidos blandos, todos los TP de infección de heridas y TP chalazión, orzuelo y papiloma cutáneo. <sup>‡</sup>Conjuntivitis (término estricto) incluye los TP conjuntivitis, conjuntivitis bacteriana, conjuntivitis vírica, conjuntivitis adenovírica, conjuntivitis alérgica y queratoconjuntivitis atópica.

EA: eventos adversos; EAET: eventos adversos emergentes con el tratamiento; MedDRA: diccionario médico para actividades reguladoras; PN: prurigo nodular; TP: término preferente.

Indicaciones

MoA

Eficacia

**Seguridad**

Posología

Resumen

Referencias

Contenido mínimo



## DISEÑO DE LOS ESTUDIOS PRIME Y PRIME2<sup>2</sup>

- » **PRIME** fue un ensayo aleatorizado, de fase 3, doble ciego y controlado con placebo que evaluó la eficacia y seguridad de DUPIXENT<sup>®</sup> en 151 adultos con PN inadecuadamente controlado con terapias tópicas o para quienes esas terapias no eran aconsejables. Durante el periodo de tratamiento de 24 semanas, los participantes recibieron aleatoriamente DUPIXENT<sup>®</sup> o placebo C2S con o sin tratamientos tópicos (si los participantes usaban TCS en dosis bajas o medias o inhibidores tópicos de la calcineurina seguían con el tratamiento). El criterio principal de valoración fue la proporción de pacientes con mejora clínicamente significativa en el prurito a las 24 semanas, medida por una reducción  $\geq 4$  puntos en WI-NRS (0-10). Un criterio de valoración secundario clave fue la proporción de pacientes con piel clara o casi clara a las 24 semanas, medida por una puntuación de 0 o 1 en la escala IGA PN-S (0-4).<sup>2</sup>
- » **PRIME2** fue un ensayo aleatorizado, de fase 3, doble ciego y controlado con placebo que evaluó la eficacia y seguridad de DUPIXENT<sup>®</sup> en 160 adultos con PN inadecuadamente controlado con terapias tópicas o para quienes esas terapias no eran aconsejables. Durante el periodo de tratamiento de 24 semanas, los participantes recibieron aleatoriamente DUPIXENT<sup>®</sup> o placebo C2S con o sin tratamientos tópicos (si los participantes usaban TCS en dosis bajas o medias o inhibidores tópicos de la calcineurina seguían con el tratamiento). El criterio principal de valoración fue la proporción de pacientes con mejora clínicamente significativa en el prurito a las 12 semanas, medida por una reducción  $\geq 4$  puntos en el WI-NRS (0-10). Los criterios de valoración secundarios clave incluyeron la proporción de pacientes con mejora clínicamente significativa en el prurito a las 24 semanas y la proporción de participantes con piel clara o casi clara a las 24 semanas, medida por una puntuación de 0 o 1 en la escala IGA PN-S (0-4).<sup>2</sup>



## RESULTADOS DE SEGURIDAD<sup>2</sup>

+18  
AÑOS

EAET, n (%)	PRIME		PRIME2	
	Placebo (n = 75)	Dupilumab (n = 75)	Placebo (n = 82)	Dupilumab (n = 77)
Pacientes con ≥1 EAET	42 (56,0)	49 (65,3)	38 (46,3)	42 (54,5)
Pacientes con cualquier EA grave <sup>a</sup>	5 (6,7)	3 (4,0)	1 (1,2)	2 (2,6)
Pacientes con cualquier EAET severo	6 (8,0)	5 (6,7)	2 (2,4)	2 (2,6)
Muertes	0	0	0	0
Pacientes con EAET que condujo a la discontinuación del tratamiento <sup>b</sup>	2 (2,7)	0	1 (1,2)	0
EAET informados en ≥5 % de los pacientes en cualquier grupo de tratamiento (TP MedRA), n (%)				
Nasofaringitis	3 (4,0)	4 (5,3)	0	2 (2,6)
Dolor de cabeza	4 (5,3)	4 (5,3)	5 (6,1)	4 (5,2)
COVID-19	4 (5,3)	0	1 (1,2)	1 (1,3)
Neurodermatitis	6 (8,0)	1 (1,3)	3 (3,7)	2 (2,6)
EAET por grupo de interés, n (%)				
Infecciones víricas herpéticas (TNA) <sup>c</sup>	0	0	0	4 (5,2)
Infecciones cutáneas (excluyendo infecciones herpéticas) <sup>d</sup>	7 (9,3)	2 (2,7)	5 (6,1)	4 (5,2)
Conjuntivitis (término estricto) <sup>e</sup>	2 (2,7)	2 (2,7)	0	3 (3,9)
Infecciones por coronavirus (TNA) <sup>f</sup>	4 (5,3)	1 (1,3)	3 (3,7)	1 (1,3)
COVID-19	4 (5,3)	0	1 (1,2)	1 (1,3)
COVID-19 asintomática	0	0	2 (2,4)	
Neumonía por COVID-19	0	1 (1,3)	0	0

Se incluyó en el análisis a todos los pacientes del conjunto de análisis de seguridad, que incluía la totalidad de los pacientes aleatorizados que recibieron ≥1 dosis de dupilumab o placebo. Los pacientes se enumeran de acuerdo con el fármaco del estudio recibido, que puede diferir del grupo aleatorizado. Se presentan los resultados para las 24 semanas de tratamiento.

<sup>a</sup>Considerados no relacionados con la intervención del estudio, excepto 2 eventos de sepsis y mesenteritis, experimentados por un paciente tratado con placebo en el estudio PRIME.

<sup>b</sup>En el estudio PRIME, un evento de enfermedad de Hodgkin y una neurodermatitis (TP), considerados no relacionados con el fármaco del estudio. En el estudio PRIME2, un evento de urticaria.

<sup>c</sup>Las infecciones virales por herpes (TNA) incluyen herpes oral, herpes zóster, herpes zóster oftálmico y herpes simple genital. Ninguno de estos EAET fue grave, y todos los pacientes se recuperaron con tratamiento correctivo mientras continuaban con dupilumab.

<sup>d</sup>Los EAET de infecciones cutáneas (excluidas las infecciones herpéticas) se identificaron en base a una revisión médica enmascarada de todos los EAET notificados identificados como posibles infecciones cutáneas mediante CMQ30067. Esta búsqueda incluyó TP de MedDRA bajo los términos agrupados de nivel alto infecciones de piel y tejido subcutáneo, todos los TP de MedDRA bajo términos agrupados de nivel alto infecciones de estructuras cutáneas e de tejidos blandos, todos los TP de MedDRA de infección de heridas y TP chalazión, orzuelo y papiloma cutáneo.

<sup>e</sup>Conjuntivitis (término estricto) incluye los TP de MedDRA conjuntivitis, conjuntivitis bacteriana, conjuntivitis vírica, conjuntivitis adenovírica, conjuntivitis alérgica y queratoconjuntivitis atópica.

<sup>f</sup>Las infecciones por coronavirus (TNA) incluyen los TP de MedDRA COVID-19, COVID-19 asintomática y neumonía por COVID-19.

Extraída de Yosipovitch G, *et al.* 2023.<sup>2</sup>

**EA:** eventos adversos; **EAET:** eventos adversos emergentes con el tratamiento; **MedDRA:** diccionario médico para actividades reguladoras; **TNA:** término de nivel alto; **TP:** término preferente.

# DUPIXENT®: INICIA CON FACILIDAD, CONTINÚA CON CONFIANZA



**ADULTOS**  
(>18 AÑOS)<sup>1</sup>



DÍA 1	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS POSTERIORES
300 mg + 300 mg <sup>1</sup>	<b>C2S<sup>1</sup></b>	300 mg <sup>1</sup>

<sup>a</sup>Demostrado hasta 3 años en el estudio de extensión abierta. <sup>b</sup>Basado en las recomendaciones del Comité de Evaluación de Riesgos de Farmacovigilancia. <sup>c</sup>DUPIXENT® no es un inmunosupresor. <sup>d</sup>El 86,8 % de los pacientes adultos con DA tratados con DUPIXENT® estaba extremadamente/muy/algo satisfecho con su tratamiento para la DA a los 30-36 meses frente al 17,7 % antes de comenzar.<sup>40</sup>  
C2S: cada 2 semanas; DA: dermatitis atópica.

Indicaciones

MoA

Eficacia

Seguridad

**Posología**

Resumen

Referencias

Contenido mínimo



## CUANDO EL TRATAMIENTO TÓPICO NO ES SUFICIENTE

**+6**  
MESES

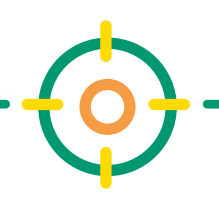
**DA<sup>1</sup>**

Picor | Apariencia de la piel | Calidad de vida

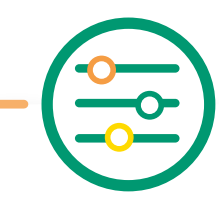
**PN<sup>1</sup>**

Picor | Apariencia de la piel | Calidad de vida

**+18**  
AÑOS



• **Doble inhibición** de la IL-4 e IL-13, dirigida a la inflamación para normalizar la estructura y función de la piel<sup>13-17</sup>



• **Mejora rápida del prurito** después de la primera dosis y sostenida en signos, síntomas y calidad de vida en pacientes ≥6 meses con DA<sup>4-10,42</sup>



• **Perfil de seguridad establecido a largo plazo** hasta 5 años en adultos con DA moderada-grave<sup>\*39</sup>



• **Adherencia a los 3 años** en casi el 80 % de los pacientes en un estudio de vida real en adultos<sup>41</sup>



**DUPIXENT® ES LA OPCIÓN SISTÉMICA DE PRIMERA LÍNEA PARA LOGRAR UN CAMBIO DURADERO EN PACIENTES CON DA Y PN<sup>1,2,4,42-44</sup>**

\*LIBERTY AD OLE (NCT01949311): estudio fase III, en curso, de extensión abierta que evalúa la seguridad y la eficacia a largo plazo de dupilumab en adultos con DA de moderada a grave que han participado previamente en ensayos clínicos con dupilumab (estudios parentales) incluidos los del grupo de placebo. Los pacientes fueron tratados inicialmente con 300 mg cada semana, pero se pasó a 300 mg C2S en 2019 para alinearse con el régimen de dosis aprobado en ficha técnica. Se permitieron los tratamientos concomitantes para la DA, incluidos los TCS y los inhibidores tópicos de la calcineurina.<sup>38</sup>  
C2S: cada 2 semanas; DA: dermatitis atópica; IL: interleucina; PN: prurigo nodular; TCS: corticosteroides tópicos.



Indicaciones	MoA	Eficacia	Seguridad	Posología	<b>Resumen</b>	Referencias	Contenido mínimo
--------------	-----	----------	-----------	-----------	----------------	-------------	------------------

## REFERENCIAS

1. Ficha técnica de DUPIXENT® (dupilumab).
2. Yosipovitch G, *et al.* Nat Med. 2023;29(5):1180-1190.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS – CIMA [en línea]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Último acceso: abril 2024.
4. Blauvelt A, *et al.* Lancet. 2017;389(10086):2287-2303.
5. Canonica GW, *et al.* Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(6):1515-1526.
6. Cork MJ, *et al.* J Dermatolog Treat. 2020;31(6):606-614.
7. Thaçi D, *et al.* J Dermatol Sci. 2019;94(2):266-275.
8. Simpson E, *et al.* JAMA Dermatol. 2020;156(1):44-56.
9. Paller A, *et al.* J Am Acad Dermatol. 2020;83(5):1282-1293.
10. Paller AS, *et al.* Adv Ther. 2024;41(3):1046-1061.
11. Kwatra SG, *et al.* Póster presentado en: 81st Annual Meeting of the American Academy of Dermatology (AAD 2023); 17-21 de marzo, 2023. Nueva Orleans, LA. EE. UU.
12. Haddad E-B, *et al.* Dermatol Ther (Heidelb). 2022;12(7):1501-1533.
13. Silva-Filho JL, *et al.* Biophys Rev. 2014;6(1):111-118.
14. Bieber T. Nat Rev Drug Discov. 2022;21(1):21-40.
15. Punnonen J, *et al.* J Allergy Clin Immunol. 1997;100(6pt1):792-801.
16. Romagnani S. J Allergy Clin Immunol. 2004;113(3):395-400.
17. Weidinger S, *et al.* Nat Rev Dis Primers. 2018;4(1):1.

## REFERENCIAS

18. Beck L, *et al.* JID Innovations. 2022;2(5):100-131.
19. Guttman-Yassky E, *et al.* J Allergy Clin Immunol. 2019;143(1):155-172.
20. Stott B, *et al.* J Allergy Clin Immunol. 2013;132(2):446-454.
21. Oetjen LK, *et al.* Cell. 2017;171(1):217-228.
22. Miake S, *et al.* Int J Mol Sci. 2019;20(16):4053.
23. Edukulla R, *et al.* J Biol Chem. 2015;290(21):13510-13520.
24. Nguyen JK, *et al.* Arch Dermatol Res. 2020;312(2):81-92.
25. Serezani APM, *et al.* J Allergy Clin Immunol. 2017;139(1):142-151.
26. Silverberg JI, Kantor R. Dermatol Clin. 2017;35(3):327-334.
27. Williams KA, *et al.* J Am Acad Dermatol. 2020;83(6):1567-1575.
28. Furue M. J Clin Med. 2020;9(11):3741.
29. Paller AS, *et al.* J Allergy Clin Immunol. 2017;140:633-643.
30. Le Floc'h A, *et al.* Allergy. 2020;75:1188-1204.
31. Wang F, *et al.* Cell. 2021;184:422-440.e17.
32. Platts-Mills TA. Am J Respir Crit Care Med. 2001;164:S1-S5.
33. Gandhi NA, *et al.* Nat Rev Drug Discov. 2016;15:35-50.
34. Neri I, *et al.* J Asthma Allergy. 2023;16:383-396.
35. Paller AS, *et al.* J Am Acad Dermatol. 2022;86:758-765.

Indicaciones

MoA

Eficacia

Seguridad

Posología

Resumen

**Referencias**

Contenido mínimo



## REFERENCIAS

36. Yang CY, *et al.* J Clin Med. 2022;11:6209.
37. Blauvelt A, *et al.* Lancet 2017;389(10086):2287-2303.[suppl.].
38. Beck L, *et al.* Am J Clin Dermatol. 2022;23(3):393-408.
39. Bissonette R, *et al.* Póster 51573 presentado en: 82nd Annual Meeting of the American Academy of Dermatology (AAD 2024); 8-12 de marzo, 2024. San Diego, CA, EE. UU.
40. Kimball AB, *et al.* Dermatol Ther (Heidelb). 2023;13(9):2107-2120.
41. Spekhorst LS, *et al.* JAMA Dermatol. 2022;158(9):1048-1056.
42. Paller AS, *et al.* Póster presentado en: 31st Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV); 11-14 de octubre, 2023. Berlín, Alemania.
43. Cork MJ, *et al.* Dermatol Ther (Heidelb). 2023;13(11):2697-2719.
44. Blauvelt A, *et al.* Am J Clin Dermatol. 2022;23(3):365-383.

## PRESENTACIÓN, PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:

- » DUPIXENT® 300 mg solución inyectable en jeringa precargada – 2 jeringas precargadas de 2 ml con protector de aguja (CN 718735.6).
- » DUPIXENT® 300 mg solución inyectable en pluma precargada – 2 plumas precargadas de 2 ml (CN 758028.7).
- » DUPIXENT® 200 mg solución inyectable en jeringa precargada – 2 jeringas precargadas de 1,14 ml (CN 727309.7).
- » DUPIXENT® 200 mg solución inyectable en pluma precargada – 2 plumas precargadas de 1,14 ml (CN 758027.0).
- » **PVP notificado:** 1.267,45 €, **PVP IVA notificado:** 1.318,15 €. Medicamento sujeto a prescripción médica. Diagnóstico hospitalario. Financiado por el SNS. Dispensación hospitalaria sin cupón precinto. Puede acceder a información detallada y actualizada sobre este medicamento escaneando con su teléfono móvil (*smartphone*) el código QR.

## CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA ANTES DE PRESCRIBIR ESTE MEDICAMENTO:



DUPIXENT® 200 mg jeringa



DUPIXENT® 200 mg pluma



DUPIXENT® 300 mg jeringa



DUPIXENT® 300 mg pluma

DUPIXENT® está financiado en España de acuerdo con los criterios establecidos por el SNS.

SNS: sistema nacional de salud.

Indicaciones

MoA

Eficacia

Seguridad

Posología

Resumen

Referencias

**Contenido mínimo**