

# Experiencias con decitabina oral

## CASO CLÍNICO 01

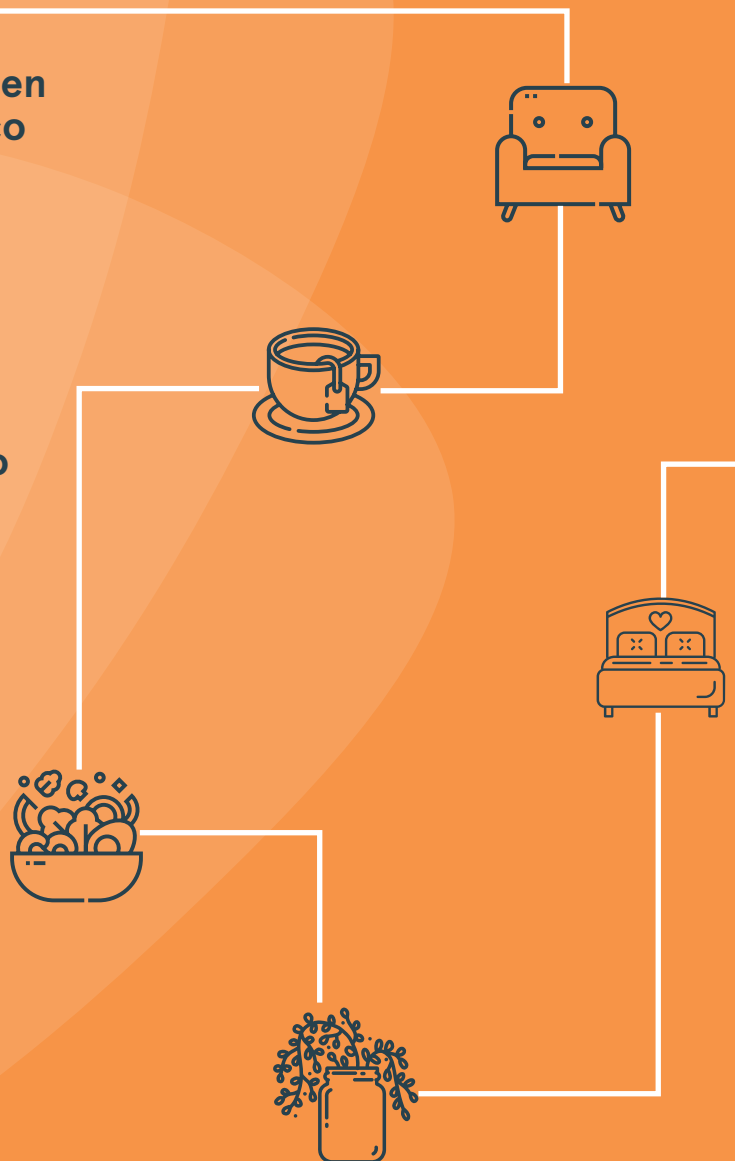
Leucemia mieloblástica aguda en el anciano: un enfoque holístico y centrado en el paciente

Dra. Irene Sánchez Vadillo

## CASO CLÍNICO 02

LMA en paciente anciano con insuficiencia renal: tratamiento con decitabina oral

Dra. Antonia Cladera Serra



**¿Quieres acceder  
a más recursos?**  
@nosquedamosencasa



Otsuka y los autores©  
Edita: Esmon Publicidad, S.A.  
Balmes 209, 3o 2a. 08006 Barcelona  
esmon@esmon.es  
DL B 20982-2025  
ISSN 3081-9598 (Internet)

Ninguna parte de esta obra, incluido el diseño de la cubierta, puede reproducirse, almacenarse o transmitirse de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin la previa autorización escrita por parte del titular del copyright.

# Índice

## CASO CLÍNICO 01

### Leucemia mieloblástica aguda en el anciano: un enfoque holístico y centrado en el paciente

**Dra. Irene Sánchez Vadillo**

*Servicio de Hematología y Hemoterapia.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

*p. 04*

## CASO CLÍNICO 02

### LMA en paciente anciano con insuficiencia renal: tratamiento con decitabina oral

**Dra. Antonia Cladera Serra**

*Servicio de Hematología.  
Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.*

*p. 08*

## Abreviaturas

**ABVD:** actividades básicas de la vida diaria

**AHM:** agente hipometilante

**AMO:** aspirado de médula ósea

**AZA:** azacitidina

**CdV:** calidad de vida

**DM:** diabetes *mellitus*

**ECOG:** Eastern Cooperative Oncology Group

**EG:** estado general

**EGIL:** European Group for the Immunological Classification of Leukemias

**ELN:** European LeukemiaNet

**EPO:** eritropoyetina

**GAH:** Geriatric Assessment in Hematology

**Hb:** hemoglobina

**HTA:** hipertensión arterial

**ICC:** International Consensus Classification

**IFT:** inmunofenotipo

**IV:** intravenosa

**LDH:** lactato deshidrogenasa

**LMA:** leucemia mieloide aguda

**OD:** orientación diagnóstica

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**QI:** quimioterapia intensiva

**RC:** remisión completa

**RP:** respuesta parcial

**SC:** subcutánea

**SP:** sangre periférica

**VEN:** venetoclax

**VCM:** volumen corpuscular medio

## CASO CLÍNICO 01

# Leucemia mieloblástica aguda en el anciano: un enfoque holístico y centrado en el paciente

**Dra. Irene Sánchez Vadillo**

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Palabras clave:** decitabina oral, preferencias del paciente, régimen ambulatorio, manejo holístico.

### INTRODUCCIÓN

- Varón de 82 años.
- Independiente para las ABVD. Camina con ayuda de bastón y no presenta deterioro cognitivo. ECOG de 2.
- Reside en una **zona rural** con su mujer con **enfermedad de Alzheimer moderada**. Dos hijas cuidadoras con trabajos activos y un hijo con discapacidad.
- Acude a consultas externas de Hematología por anemia, trombopenia y blastos en SP, detectadas durante un control realizado por astenia y petequias.

### ANTECEDENTES PERSONALES

- Cáncer de próstata tratado con prostatectomía radical.
- DM tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales.
- HTA en tratamiento con dos fármacos antihipertensivos.
- Dislipemia en tratamiento con estatinas.
- Cardiopatía isquémica. Seguimiento por Cardiología.
- Gonartrosis bilateral. Tratamiento crónico con analgésicos.

### RESUMEN

- Diagnóstico de LMA.
- Su **situación personal, socioeconómica y la preferencia del paciente** se consideraron cruciales a la hora de abordar un plan de tratamiento.
- **Tras 4 ciclos mostró una RP** con buena tolerabilidad, reducción de dependencia transfusional y mantenimiento de su CdV y autonomía en domicilio.
- Este caso subraya la **importancia de un manejo holístico** del paciente anciano con LMA.

### DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN

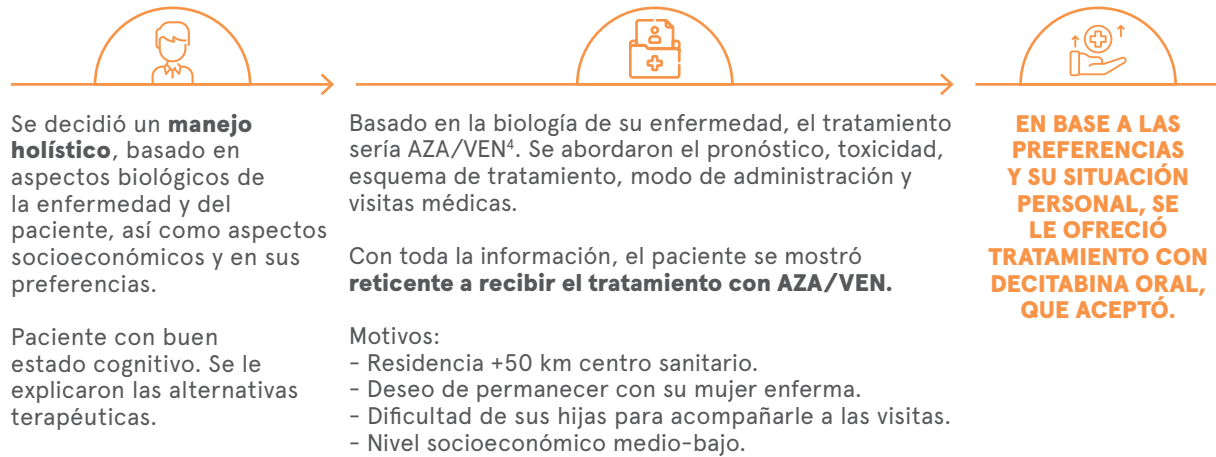
- **Analítica de SP en el diagnóstico:** Hb 8,8 g/dL, VCM 84,4 fL, plaquetas 18.000/ $\mu$ L, leucocitos 460/ $\mu$ L (neutrófilos: 50). **Blastos 20%**. Bioquímica sin alteraciones salvo LDH de 600 UI/L.
- **AMO** para diagnóstico hematológico:
  - **Citología:** Muestra morfológicamente compatible con LMA con diferenciación monocítica (blastos 70%) e intensa displasia morfológica.
  - **Citometría:** Muestra compatible con LMA subgrupo I de la clasificación de la EGIL.
  - **Cariotipo:** 46,XY,add(9)(q34)[21]/46,XY[18].
  - **Biología molecular (PCR):** FLT3, NPM1, CEBPa, IDH1 e IDH2, TP53, RUNX1-RUNX1, CBF-MYH11 negativos.
  - **Biología molecular (NGS):** Presencia de mutaciones patogénicas en ASXL1, BCOR, EZH2 y RUNX1.



**ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:**  
LMA CON ALTERACIONES MOLECULARES RELACIONADAS CON LA DISPLASIA (ICC 2022 Y OMS 2022<sup>1,2</sup>). SE CLASIFICÓ COMO UNA LMA DE BAJO RIESGO (ELN 2024) PARA PACIENTES NO CANDIDATOS A QI<sup>3</sup>.



## PLAN DE TRATAMIENTO



## EVOLUCIÓN DEL CASO

- 1 Primer ciclo.** Decitabina oral en su domicilio, con **buena tolerabilidad digestiva**. Al diagnóstico, presentaba dependencia transfusional, requiriendo dos concentrados de hematíes y un *pool* de plaquetas semanales. En el día +13 precisó ingreso hospitalario por una neutropenia febril sin hallazgos microbiológicos. Evolución favorable con antibioterapia empírica IV. Alta al sexto día de ingreso.
- 2 Segundo y tercer ciclo.** Sin incidencias con administración 100% ambulatoria. Soporte transfusional ocasional en el Hospital de Día de Hematología, logrando espaciar progresivamente las transfusiones.
- 3** Tras el tercer ciclo, adquirió independencia transfusional de plaquetas (cifras superiores a 50.000) y redujo la necesidad de concentrados de hematíes a cada 2-3 semanas.
- 4 Cuarto ciclo.** La única incidencia fue un ingreso en Urgencias de 24 horas por fiebre de foco urinario, que se manejó en domicilio con antibioterapia oral. Durante el ciclo, visitó el hospital una vez cada 10-15 días; el resto del tiempo se mantuvo en su casa, llevando una vida muy similar a la previa al diagnóstico.

**TRAS 4 CICLOS DE TRATAMIENTO:**  
 HB 8,6 G/DL, VCM 85,9 FL, PLAQUETAS 120.000/ML, LEUCOCITOS 1.000/ML (N 720), **NO SE DETECTARON BLASTOS EN SP. SE REALIZÓ UN AMO DE REEVALUACIÓN Y LOS RESULTADOS CONFIRMAN RP SEGÚN LOS CRITERIOS DE LA ELN 2022<sup>5</sup>.**



**5 6** Dado el beneficio clínico, se administraron el **quinto y sexto ciclo**, ambos sin incidencias ni ingresos, con necesidad ocasional de hematíes (cada 2-3 semanas), **sin soporte plaquetar y con buen EG y CdV**. El paciente presenta **RC en SP, sin citopenias**. Dado el hemograma normal, se ha decidido juntamente con el paciente y su familia no realizar AMO y continuar el tratamiento mientras persista el beneficio clínico.

## CONCLUSIÓN



- La LMA del paciente anciano en una enfermedad devastadora, cuyo pronóstico vital es corto<sup>3,4,5,6</sup>. En muchos casos sigue considerándose una enfermedad con una necesidad médica no cubierta.
- Si bien la combinación AZA/VEN es, a día de hoy, el tratamiento estándar para muchos de los pacientes unfit para la QI<sup>3,4</sup>, no está exento de complicaciones y requiere de múltiples visitas hospitalarias<sup>4</sup>.
- La elección del tratamiento en la LMA del anciano debe tener un enfoque holístico, basado no solo en aspectos biológicos de la propia enfermedad, sino también en el nivel socioeconómico, la disponibilidad de un cuidador, el deseo de permanecer el máximo tiempo en domicilio, el EG y, sobre todo, las preferencias del paciente.
- La decitabina oral es una alternativa segura, fácil de manejar, ambulatoria y equivalente a otros hipometilantes parenterales<sup>6,7</sup> en monoterapia.

## Cronograma del caso

### Diciembre 2024

Varón de 82 años. Remitido a consultas externas de hematología para estudio de pancitopenia.

Antecedentes de prostactectomía radical por neoplasia, DM tipo 2, HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica y gonartrosis bilateral.

· **Hemograma:** Hb 8,8 g/dL, VCM 84,4 fL, plaquetas 18.000/ $\mu$ L, leucocitos 460/ $\mu$ L (neutrófilos: 50). **Blastos en SP: 20%.**

· **AMO.** LMA con diferenciación monocítica (70% de blastos) e intensa displasia morfológica.

**OD. LMA con alteraciones moleculares relacionadas con la displasia (ICC 2022 y OMS 2022<sup>1,2</sup>).**

Reticente a recibir el tratamiento con AZA/ VEN (deseo de permanecer en su casa con su mujer y dificultad para realizar visitas hospitalarias).

En base a las preferencias y situación personal del paciente, se propone **tratamiento con decitabina oral** durante 5 días en ciclos cada 28 días, que el paciente acepta.

### Enero – Abril 2025

Primer ciclo

Segundo ciclo

Tercer ciclo

Cuarto ciclo

Neutropenia febril sin hallazgos microbiológicos.

Independencia transfusional de plaquetas. Se reduce la necesidad de concentrados de hemáties.

### Mayo 2025

Quinto ciclo

No se detectan blastos en SP. Hb 8,6 g/dL, plaquetas 120.000/ $\mu$ L, leucocitos 1.000/ $\mu$ L (N 720). **AMO: confirma RP según ELN 2022<sup>5</sup>.**

### Junio – Agosto 2025

Sexto ciclo

Séptimo ciclo

Octavo ciclo

### Septiembre 2025

**Actualidad:** Ha recibido 8 ciclos de decitabina oral con buen EG y CdV.

**El paciente presenta RC en SP, sin citopenias.** Dado el hemograma normal, se ha decidido juntamente con el paciente y su familia no realizar AMO y **continuar el tratamiento mientras persista el beneficio clínico.**



# Razones para elegir

## INAQOVI<sup>®</sup>

(decitabina y cedazuridina)  
35 mg/100 mg comprimidos



INAQOVI es un **AHM oral de dosis fija**<sup>1</sup>: no es necesaria una **dosificación ajustada al peso**



INAQOVI se puede **tomar en casa**<sup>1</sup>, reduciendo así la **dependencia en hospitales**<sup>2</sup>



INAQOVI ha demostrado una **exposición sistémica equivalente** a la decitabina IV<sup>1,3</sup>



La decitabina IV ha demostrado una **eficacia equivalente** a la azacitidina<sup>4,5</sup>



INAQOVI tiene un **perfil de seguridad tolerable y conocido**, similar al de la decitabina IV<sup>1,6</sup>



El tratamiento oral puede **reducir la carga del sistema sanitario**<sup>7</sup>



INAQOVI puede mejorar significativamente la **comodidad y la calidad de vida** de los pacientes<sup>8</sup>

1. Ficha técnica INAQOVI. Marzo 2025. 2. Di Constanzo A, et al. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2025;17:171-187. 3. Geissler K, et al. Oral decitabine/cedazuridine versus intravenous decitabine for acute myeloid leukaemia: A randomised, crossover, registration, pharmacokinetics study. *Br J Haematol.* 2024;00:1-12. 4. Zeidan AM et al. Prospective comparison of outcomes with azacitidine and decitabine in patients with AML ineligible for intensive chemotherapy. *Blood.* 2022;140(3):285-289. 5. Ma J, et al. Comparison Between Decitabine and Azacitidine for Patients With Acute Myeloid Leukemia and Higher-Risk Myelodysplastic Syndrome: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology.* 2021;12:701690. 6. Dacogen 50 mg powder for concentrate for solution for infusion. Summary of Product Characteristics. February 2022. 7. Oakley C et al. Safe practice and nursing care of patients receiving oral anti-cancer medicines: a position statement from UKONS. *Ecancermedicalscience.* 2010;4:177. 8. Boulligny IM, et al. *Br J Haematol.* 2024;205(5):1674-1676.

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

## CASO CLÍNICO 02

# LMA en paciente anciano con insuficiencia renal: tratamiento con decitabina oral

**Dra. Antonia Cladera Serra**

Servicio de Hematología. Hospital Universitario Son Llàtzer.  
Palma de Mallorca.

**Palabras clave:** leucemia mieloide aguda, anciano, decitabina/cedazuridina oral.

### INTRODUCCIÓN

- Varón de 84 años. Acude a urgencias por disnea y fatiga de 2 semanas de evolución.
- Estado cognitivo conservado.
- Autónomo para las ABVD. ECOG 0-1. Escalas: GAH 7-8, G8 de 15.
- Casado, vive con su esposa y tiene un hijo.

### ANTECEDENTES PERSONALES

- HTA.
- Hiperuricemia.
- Cáncer de próstata tratado con una prostatectomía radical y radioterapia local en 2009. Alta en 2024.
- Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg/24 h, mirabegrón 50 mg/24 h, febuxostat 80 mg/24 h, nebivolol 5 mg/24 h, losartán/hidroclorotiazida 100/25 mg/24 h, torasemida 10 mg/24 h, pentoxifilina 400 mg/12 h.

### RESUMEN

- Diagnóstico compatible con una LMA *de novo*.
- Con el objetivo de **preservar la CdV del paciente** y evitar tener que acudir diariamente al hospital se inicia tratamiento con **decitabina oral**.

### DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN

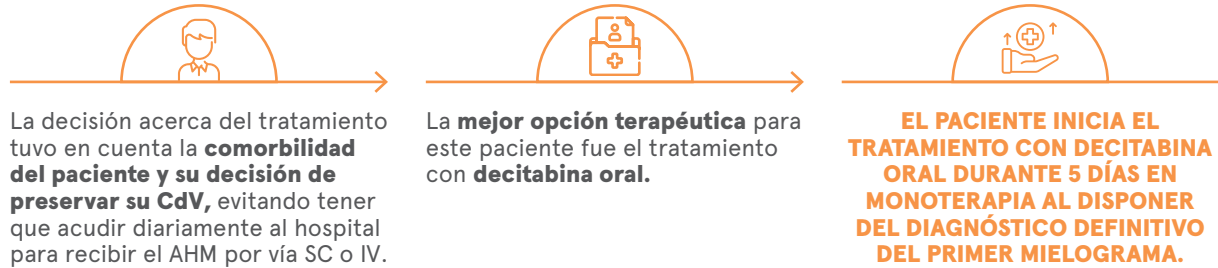
- **Hemograma inicial:** 6,74x10<sup>9</sup>/L leucocitos (3,02x10<sup>9</sup>/L neutrófilos), Hb 8,23 g/dL, VCM 108 fl y 256x10<sup>9</sup>/L plaquetas. Reticulocitos 1,53%, 24,7x10<sup>9</sup>/L.
- **Frotis de SP:** Anisocitosis con macrocitosis. Aislados pleocariocitos. No se observan células inmaduras. Anisotrombia con distrombia moderada.
- IFT con elevación de CD34+ circulantes (30 células/μL).
- **Mielograma:** 11% de blastos con expresión asincrónica de marcadores de maduración (CD300+, CD14-) y un 9% de mieloblastos CD34-, DR+ débil, CD 117+, CD13+ y CD33+, sugiriendo una LMA con NPM1 mutado. La serie eritroide representaba sólo el 3% de la celularidad.
- **Citogenética:** 46XY.
- **Análisis molecular:** No se remitió muestra.



**ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:**  
COMPATIBLE CON UNA LMA DE NOVO, PUESTO QUE LA RADIOTERAPIA RECIBIDA NO FUE DE CAMPO EXTENSO. NO FUE POSIBLE REALIZAR EL DIAGNÓSTICO DE LA LMA SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS AL NO HABER REMITIDO MATERIAL PARA EL ESTUDIO MOLECULAR.



## PLAN DE TRATAMIENTO



## EVOLUCIÓN DEL CASO

- Primer ciclo:** decitabina oral durante 5 días en monoterapia. Se inició profilaxis antibiótica y antifúngica con levofloxacino y fluconazol, y se ajustó el tratamiento hipotensor dejando solo 5 mg de torasemida por sospecha de insuficiencia renal prerrenal. Día +8 del ciclo, se inició tratamiento con EPO a dosis de 60.000 UI/semana. Con transfusión de concentrados de hematíes si la Hb <8 g/dL.
  - Segundo ciclo** de decitabina oral. Buena tolerabilidad. Se sustituyó ondansetrón por metoclopramida debido a estreñimiento. La función renal se había ya normalizado (prerrenal), pero se mantuvo todavía la EPO.
- Tras los dos primeros ciclos** se repitió el mielograma objetivándose una buena respuesta, con **reducción del número de blastos del 20% al 6%**.
- 3 4** El paciente continuó el tercer y cuarto ciclo sin incidencias ni ingresos.
  - 5 Quinto ciclo.** Se pospuso 2 semanas por estar el paciente neutropénico en el día +15 (leucocitos  $1,04 \times 10^9/L$ , neutrófilos  $0,25 \times 10^9/L$ , Hb 10,50 g/dL, plaquetas  $1.083 \times 10^9/L$ ), precisando pegfilgrastim. A partir del 5º ciclo se suspendió la EPO, se redujo la dosis de decitabina a 4 días y se añadió pegfilgrastim en el día +9. A partir de dicho ciclo, se normalizó el hemograma por completo.

## DISCUSIÓN DEL CASO

LA EPO RECIBIDA DURANTE LOS PRIMEROS CICLOS FUE POR LA INSUFICIENCIA RENAL, PERO SIEMPRE FUERA DE LA SEMANA DE TRATAMIENTO<sup>1</sup>, SIENDO UNA OPCIÓN SEGURA PARA DISMINUIR LAS TRANSFUSIONES<sup>2</sup>.

DURANTE LOS PRIMEROS CICLOS DE TRATAMIENTO, **EL PACIENTE ACUDÍA SOLO UN DÍA A LA SEMANA** POR SI PRECISABA TRANSFUSIÓN, PERO A PARTIR DEL 5º CICLO YA SÓLO ACUDIRÍA **UNA VEZ AL MES**.

El paciente ha recibido ya **11 ciclos de tratamiento**, el último con hemograma normal ( $7,32 \times 10^9/L$  leucocitos,  $5,05 \times 10^9/L$  neutrófilos, Hb 12,8 g/dL y  $293 \times 10^9/L$  plaquetas), pudiendo prescindir del pegfilgrastim y llevando una **vida completamente normal, practicando sus actividades de ocio habituales**, como ir a pescar y caminar.

## CONCLUSIÓN



- Antes de iniciar el tratamiento hay que **valorar las comorbilidades, las preferencias del paciente** y elegir un tratamiento que pueda ser efectivo sin menoscabar su CdV.
- La aparición de **decitabina oral** ha permitido conseguir **resultados similares a la decitabina IV** e incluso

una persistencia más prolongada que con la formulación IV<sup>3,4</sup>.

- En pacientes ancianos el tratamiento con decitabina/cedazuridina oral supone un **tratamiento efectivo para tratar la LMA y una comodidad para el paciente, evitando así desplazamientos al hospital**<sup>4</sup>.

## Cronograma del caso

### Octubre 2024

Varón de 84 años. Acude a urgencias por disnea y fatiga de 2 semanas de evolución.

Antecedentes de HTA, hiperuricemia y cáncer de próstata tratado con una prostatectomía radical y radioterapia local en 2009. Autónomo ABVD. ECOG 0-1. GAH 7-8. G8 de 15.

Leucocitos  $6,74 \times 10^9/L$  ( $3,02 \times 10^9/L$  neutrófilos), Hb 8,23 g/dL, VCM 108 fl y  $256 \times 10^9/L$  plaquetas. Reticulocitos 1,53%,  $24,7 \times 10^9/L$ . Urea 124 mg/dL, creatinina 2,03 mg/dL, FG 29 mL/min.

### Noviembre 2024

Se prioriza la **CdV del paciente**, evitando tener que acudir diariamente al hospital. Plan: ciclos de decitabina oral cada 4 semanas.

**AMO.** 11% de blastos. 9% de mieloblastos. Sugiere una LMA con NPM1 mutado. La serie eritroide representaba solo el 3% de la celularidad.

### Noviembre 2024

Primer ciclo de decitabina/cedazuridina

Profilaxis antibiótica y antifúngica, retirada de hipotensores (IR prerenal) e inicio de EPO.

### Diciembre 2024 - Febrero 2025

Segundo ciclo  
Tercer ciclo  
Cuarto ciclo

Función renal normalizada. Cambio de ondansetrón por metoclopramida.

### Marzo 2025

Quinto ciclo

**AMO.** Reducción de blastos del **20% al 6%**.

Neutropenia (se pospone el ciclo 2 semanas). Se reduce la dosis de decitabina a 4 días al mes.

A partir del 5º ciclo, **el paciente acude 1 vez al mes al hospital.**

### Abril - Octubre 2025

**Actualidad:** Ha recibido **11 ciclos de decitabina oral** con normalización del hemograma a partir del quinto ciclo.

Hemograma normal (Hb 12,8 g/dL,  $7,32 \times 10^9/L$  leucocitos y  $293 \times 10^9/L$  plaquetas).

**Vida normal que le permite caminar y pescar.**



## Bibliografía

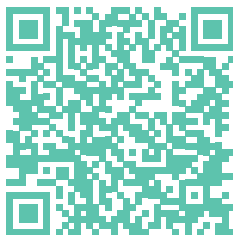
### CASO CLÍNICO 01:

1. Khoury JD, Solary E, Abla O, Akkari Y, Alaggio R, Apperley JF, *et al.* The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Myeloid and Histiocytic/Dendritic Neoplasms. *Leukemia*. 2022;36(7):1703-1719.
2. Arber DA, Orazi A, Hasserjian RP, Borowitz MJ, Calvo KR, Kvasnicka HM, *et al.* International Consensus Classification of Myeloid Neoplasms and Acute Leukemias: integrating morphologic, clinical, and genomic data. *Blood*. 2022;140(11):1200-1228.
3. Döhner H, DiNardo CD, Appelbaum FR, Craddock C, Dombret H, Ebert BL, *et al.* Genetic risk classification for adults with AML receiving less-intensive therapies: the 2024 ELN recommendations. *Blood*. 2024;144(21):2169-2173.
4. DiNardo CD, Jonas BA, Pullarkat V, Thirman MJ, Garcia JS, Wei AH, *et al.* Azacitidine and Venetoclax in Previously Untreated Acute Myeloid Leukemia. *N Engl J Med*. 2020;383(7):617-629.
5. Döhner H, Wei AH, Appelbaum FR, Craddock C, DiNardo CD, Dombret H, *et al.* Diagnosis and management of AML in adults: 2022 recommendations from an international expert panel on behalf of the ELN. *Blood*. 2022;140(12):1345-1377.
6. Zeidan AM, Fenaux P, Gobbi M, Mayer J, Roboz GJ, Krauter J, *et al.* Prospective comparison of outcomes with azacitidine and decitabine in patients with AML ineligible for intensive chemotherapy. *Blood*. 2022;140(3):285-289.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica de Inaqovi [Internet]. Madrid: AEMPS; 2025 [consultado 30 jun 2025]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1231756001/FT\\_1231756001.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1231756001/FT_1231756001.html)

### CASO CLÍNICO 02:

1. Pham TD, Ma W, Miller D, Kazakova L, Benchimol S. Erythropoietin inhibits chemotherapy-induced cell death and promotes a senescence-like state in leukemia cells. *Cell Death Dis*. 2019;10(1):22.
2. Michallet M, Goldet K, Morisset S, Sobh M, Chelghoum Y, Thomas X, *et al.* Erythropoietin use in patients with AML or undergoing allogeneic HSCT significantly improves quality of life and reduces red blood cells and platelets transfusions without any survival effect. *Blood*. 2010;116(21):3810.
3. Bouligny IM, DiNardo CD. Oral decitabine-cedazuridine in acute myeloid leukaemia. *Br J Haematol*. 2024;205(5):1674-1676.
4. Geissler K, Koristek Z, Del Castillo TB, Novák J, Rodríguez-Macías G, Metzelder SK, *et al.* Oral decitabine/cedazuridine versus intravenous decitabine for acute myeloid leukaemia: A randomised, crossover, registration, pharmacokinetics study. *Br J Haematol*. 2024;205(5):1734-1745.

**Accede a la ficha técnica de Inaqovi▼**



11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN: Medicamento sujeto a prescripción médica. Diagnóstico hospitalario. Dispensación hospitalaria sin cupón precinto. 12. CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. 13. PRESENTACIÓN(ES) Y PRECIO: Inaqovi 35 mg/100 mg comprimidos recubiertos con película, 5 comprimidos. Precio Notificado: 4.022€.

▼Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

Para crear recuerdos

**INAQOVI** ▼

(decitabina y cedazuridina)  
35 mg/100 mg comprimidos

AHM ahora  
disponible  
en una  
formulación  
oral<sup>1</sup>



# Los recuerdos mejor crearlos en casa



**Accede a la ficha  
técnica de Inaqovi ▼**

<https://cima.aemps.es/cima/publico/detalle.html?registro=1231756001>

11. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN: Medicamento sujeto a prescripción médica. Diagnóstico hospitalario. Dispensación hospitalaria sin cupón precinto. 12. CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. 13. PRESENTACIÓN(ES) Y PRECIO: Inaqovi 35 mg/100 mg comprimidos recubiertos con película, 5 comprimidos. Precio Notificado: 4.022€.

Fecha de elaboración: Noviembre 2025

1. Ficha técnica INAQOVI.

AHM= agente hipometilante.

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.



Otsuka