

**TÍTULO:** Implicaciones del uso de la mediana o la media en la duración de tratamiento oncológico cuando se estima el coste del tratamiento para cáncer de próstata resistente a castración.

**AUTORES:** Ferrario MG<sup>1</sup>, Paz S<sup>1</sup>, Lizán L<sup>1</sup>, Mendivil J<sup>2</sup>, Vieta A<sup>2</sup>

**ORGANIZACIÓN U ORGANIZACIONES DE LOS AUTORES:** <sup>1</sup> Outcomes'10, Castellón, <sup>2</sup> Bayer Hispania, Barcelona

**NOMBRE DEL AUTOR PARA LA CORRESPONDENCIA Y SU DIRECCIÓN DE E-MAIL:** M<sup>a</sup> Giovanna Ferrario, [mferrario@outcomes10.com](mailto:mferrario@outcomes10.com)

**ANTECEDENTES / OBJETIVOS:** A nivel mundial, el cáncer de próstata ocupa el tercer lugar en incidencia y el sexto en cuanto a mortalidad por cáncer en los hombres. En España, es la neoplasia sólida más frecuente en los hombres, con una incidencia del 21,7%, de los cuales un 4% progresa a estadio diseminado. La respuesta inicial con terapia de privación androgénica es mayoritariamente universal, pero la progresión hacia el cáncer de próstata metastásico refractario a castración (CPRCm), hace necesario un mayor arsenal terapéutico para hacer frente a los casos más graves. Frente al incremento de terapias disponibles, las evaluaciones económicas son consideradas de crucial importancia para fundamentar la toma de decisiones en políticas sanitarias y la gestión de la innovación. A pesar de las recomendaciones metodológicas actuales, las evaluaciones económicas se basan a menudo en la información disponible en los ensayos clínicos, reemplazando las estimaciones de eficacia y costes basadas en valores medios con las medianas. El objetivo del presente estudio es estimar las implicaciones de usar la mediana frente a la media del número de ciclos de tratamiento administrado para CPRCm en el cálculo de los costes de las nuevas terapias oncológicas.

**MÉTODOS:** La media, mediana, mínimos y máximos del número de los ciclos administrados de los compuestos comercializados en España para el tratamiento del CPRCm (docetaxel, cabazitaxel, abiraterona acetato, enzalutamida, y dicloruro de radio-223) fueron extraídos de ensayos clínicos e European public assessment reports (EPAR). Cuando los valores medios no estaban publicados, se estimaron partiendo de mediana, mínimos y máximos (Hozo et al., 2005). El coste de un tratamiento completo con cada medicamento fue estimado entonces aplicando un coste por ciclo hipotético igual para todos los tratamientos (100€/ciclo), sobre la media y mediana del número de ciclos administrados, respectivamente. Finalmente, se calculó la diferencia porcentual entre el coste del tratamiento calculado en base a la mediana y el calculado en base a la media.

**RESULTADOS:** La mediana y media (mínimo-máximo) del número de ciclos administrados por paciente fueron: 9,5 vs. 7,8 (1-11), 6,0 vs. 6,3 (3-10), 13,8 vs. 15,7 (0,3-34,9), 7,4 vs. 10,15 (0,2-25,6), 8,3 vs. 8,5 (0,0-23,2), and 6,0 vs. 5,1 (1-6) para docetaxel, cabazitaxel, abiraterona acetato pre- y post-docetaxel, enzalutamida, y dicloruro de radio-223, respectivamente. El coste estimado en base a la media fue un 18,42% y 15,00% más bajo para docetaxel y radio-223, respectivamente, comparado con el coste calculado en base a la mediana. En cambio, el coste basado en la media fue más alto para enzalutamida (2,41%), cabazitaxel (4,17%) y abiraterona acetato pre- y post-docetaxel (13,77% y 37,61%).

**CONCLUSIONES:** Este análisis demuestra como el uso de la mediana del número de ciclos de tratamiento administrados para el cálculo del coste por tratamiento completo para CPRCm determina un impacto relevante en el coste del tratamiento para el Sistema Nacional de Salud, sobre todo en aquellas terapias caracterizadas por una amplia variabilidad en el número de ciclos administrados. Al contrario, tratamientos que tienen un número máximo de ciclos administrados bien definido, como radio-223, se asocian a una estimación más fiable del coste del tratamiento.