

Análisis coste efectividad del tratamiento con albiglutida vs insulina glargina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España

*Lucia Ruiz¹, *Raul Morano¹, Richard Pollock², Barnaby Hunt², *Alan Martin³

¹ GlaxoSmithKline, Tres Cantos, Madrid, España, ² Ossian Health Economics and Communications, Basilea, Suiza ³ GlaxoSmithKline, Stockley park, UK

Poster Nº 47

AES 2015

Introducción

- El tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) suele iniciarse con fármacos orales en monoterapia y en combinación en función del control glucémico de los pacientes.
- Cuando no se alcanzan los objetivos de control glucémico con las alternativas de administración oral, se dispone de dos alternativas inyectables: los análogos del GLP-1 (glucagon like peptide-1) o la insulinización.
- Los fármacos GLP-1 ofrecen ventajas frente a la insulinización como un bajo riesgo de hipoglucemias y un mejor control del peso al mismo tiempo que ofrecen una eficacia mantenida en el tiempo
- Albiglutida, nuevo fármaco agonista del receptor GLP-1 de administración semanal, puede resultar una alternativa a la insulinización en pacientes que no hayan alcanzado el control glucémico con antidiabéticos orales.

Objetivos

- El objetivo del estudio es realizar un análisis de coste-efectividad de albiglutida frente a insulina glargina (IG)

Métodos

- Se realizó una adaptación, con datos epidemiológicos y económicos españoles, de un modelo ampliamente empleado y validado para la evaluación de los tratamientos de la diabetes mellitus: el modelo CORE (IMS) (1).
- En esta adaptación, el modelo simula la progresión de 100 cohortes de 1.000 pacientes en tratamiento durante 3 años con albiglutida vs IG evaluando resultados clínicos y económicos en un horizonte temporal de 50 años. El análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) y se aplicó una tasa de descuento del 3% a los costes así como a los resultados en salud.
- Los datos de eficacia se tomaron del ensayo clínico pivotal Harmony 4 (2) que comparaba albiglutida con insulina glargina en pacientes en tratamiento con metformina y/o sulfonilureas no controlados. En función de los datos de eficacia, se calcularon las tasas de incidencia de complicaciones y con estos datos se obtuvieron los datos de efectividad (años de vida ganados y años de vida ajustados por calidad, AVAC)
- El coste de cada intervención en función de la complicación surgida en el transcurso de la enfermedad se obtuvo de los grupos relacionados por diagnóstico publicados (3) y actualizados por el último dato de IPC disponible (INE).
- Para confirmar la robustez de los resultados se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico

Resultados

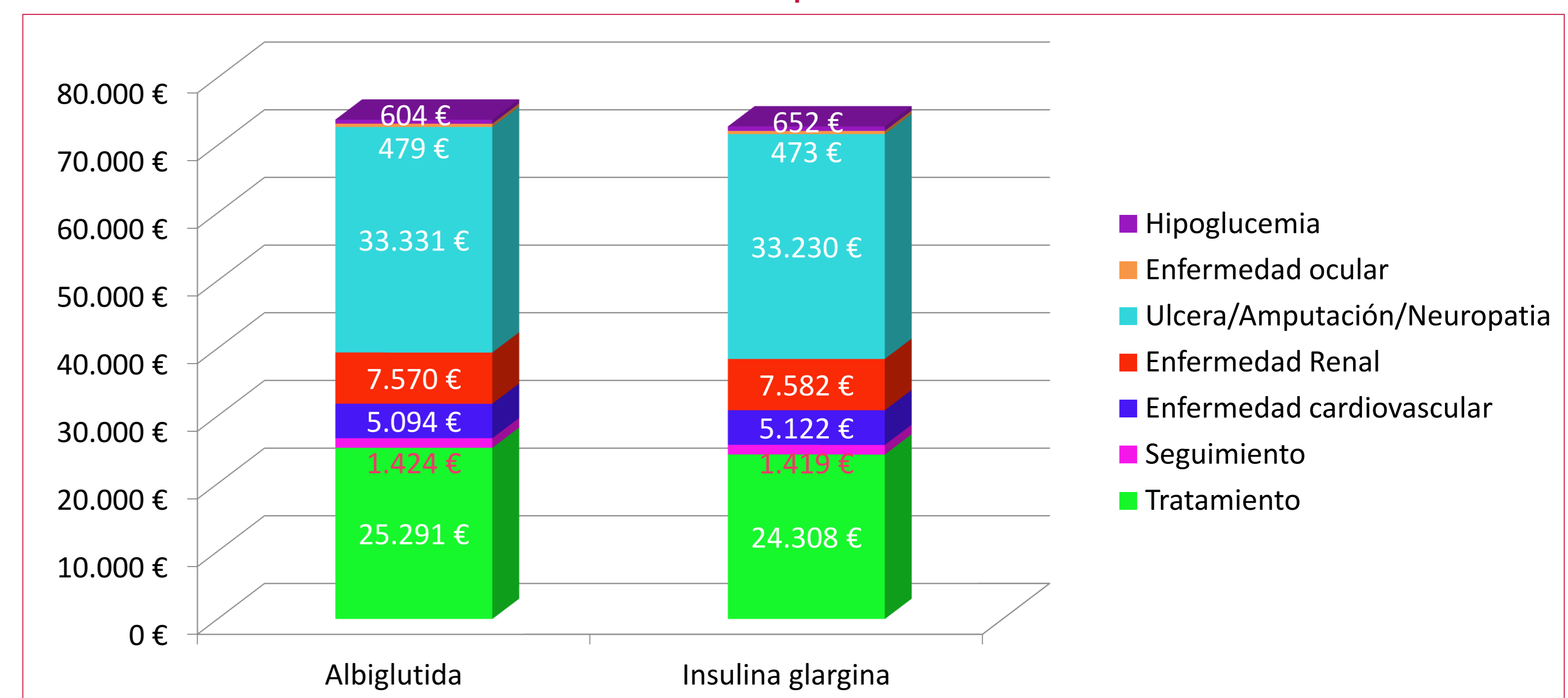
- En el caso base, la razón coste-efectividad incremental resulta en 17.686 € /AVAC.
- Albiglutida se asoció con un incremento de 0,057 AVAC por paciente y con un incremento en los costes directos de 1.006 € / paciente en comparación con IG (Tabla 1).

Tabla 1: Resultados de coste y efectividad del caso base

	Albiglutida	I. Glargina	Diferencia
Costes (€)			
Costes Totales	73.793	72.787	1.006
Efectividad (años)			
Años de vida	14,227	14,207	+0,020
Años de vida ajustados por calidad	9,428	9,371	+0,057
Ratio coste efectividad incremental			17.686€ /AVAC

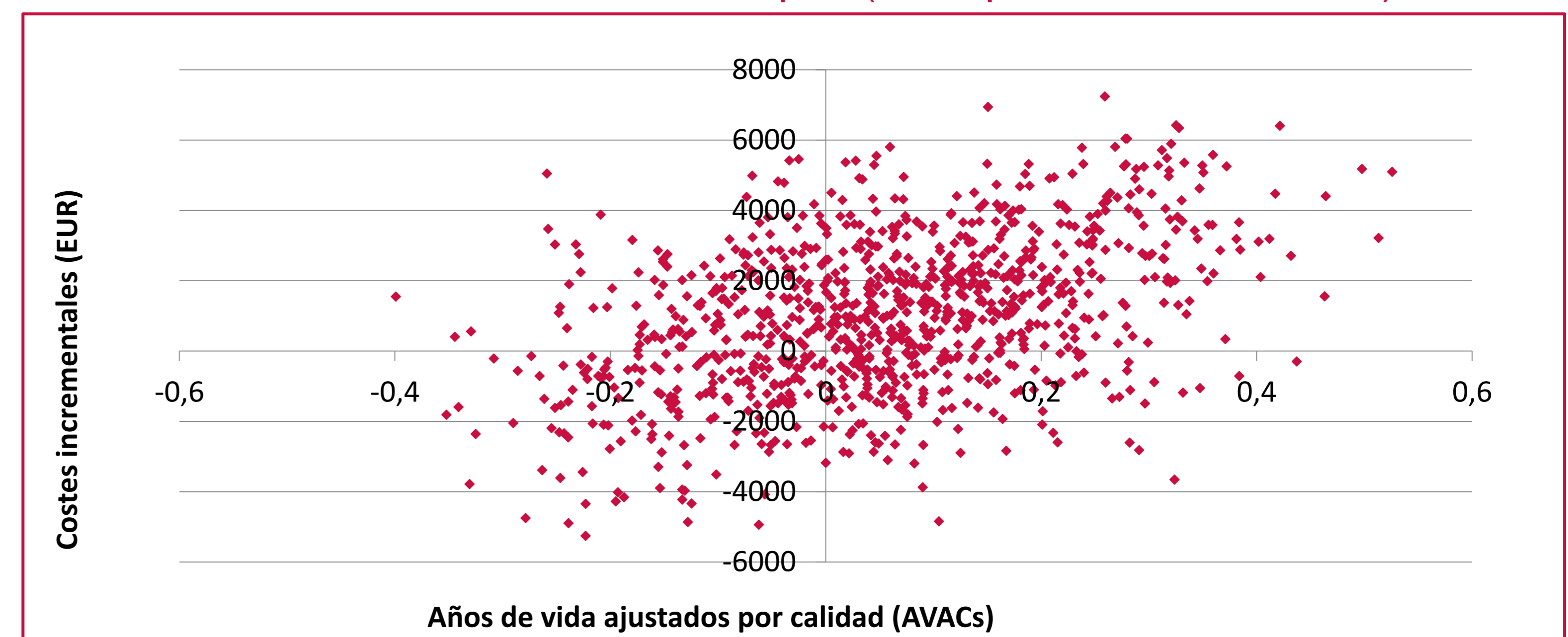
- El incremento del coste se debió al mayor coste farmacológico de albiglutida comparado con IG. El coste del tratamiento de las complicaciones asociadas a la diabetes fue similar en ambas ramas de tratamiento.
- El beneficio en costes provendría principalmente por un mayor porcentaje de eventos cardiovasculares en la rama IG.

Gráfico 1: Costes asociados a las complicaciones de la DM2



- Albiglutida resulta una alternativa coste efectiva cuando se modificaron las variables horizonte temporal (5, 10, 20 años), coste de complicaciones (+/- 10%) y tasa de descuento (0% - 6%)
- Al tener en cuenta el umbral de disponibilidad a pagar de 30.000€/AVAC, se puede considerar a albiglutida como una alternativa coste efectiva frente a IG en un 65,3% de los casos (Gráfico 2).

Gráfico 2: Resultados de CEA scatter plot (1000 pacientes simulados)



Conclusión

Iniciar tratamiento con albiglutida puede resultar una opción coste-efectiva en comparación con insulina glargina para el tratamiento del paciente diabético desde la perspectiva del SNS

Referencias

- Palmer AJ et al. The CORE Diabetes Model: Projecting long-term clinical outcomes, costs and cost-effectiveness of interventions in diabetes mellitus (types 1 and 2) to support clinical and reimbursement decision-making. Curr Med Res Opin. 2004;20
- Weissman P et al. HARMONY 4: randomised clinical trial comparing once-weekly albiglutide and insulin glargine in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin with or without sulfonylurea. Diabetologia 2014 Dec;57(12):2475-84
- Norma Ministerio APv27.0 datos 2010

Consumo de recursos y costes asociados al inicio del tratamiento con fármacos inyectables en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en España

Antoni Sicras¹, Ruth Navarro², *Lucia Ruiz³, *Raul Morano³

¹ Dirección de planificación, Badalona Serveis Assistencials SA, Badalona, Barcelona, España; ² Documentación médica, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Spain; ³ GlaxoSmithKline, Tres Cantos, Madrid, España

Poster Nº 46

AES 2015

Introducción

- La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades con mayor impacto socio-sanitario, no sólo por su alta prevalencia, sino también por las complicaciones agudas y crónicas que produce, por su elevada tasa de morbi-mortalidad y sus repercusiones en la calidad de vida, ocasionando un elevado consumo de los recursos sanitarios.
- Algunas estimaciones muestran que el coste sanitario anual de la diabetes sólo en España ascendió en 2013 a 5.809 millones de euros, lo que representa un 8,2% del gasto sanitario público español (1).
- A pesar de las numerosas publicaciones disponibles de la enfermedad, se dispone de pocos datos sobre la utilización de recursos y costes de los pacientes con DM2 que inician tratamiento farmacológico inyectable con insulina/GLP-1 (glucagon like peptide-1) en la práctica clínica.

Objetivos

- El objeto del estudio fue evaluar el uso de los recursos y costes sanitarios de los pacientes con DM2 que inician tratamiento bien con insulina o bien con GLP-1 en un ámbito poblacional español.

Métodos

- Se realizó un estudio observacional, multicéntrico, de carácter retrospectivo, a partir de la revisión de la historia clínica informatizada de pacientes seguidos en régimen ambulatorio y hospitalario pertenecientes a seis centros de atención primaria y al Hospital Municipal de Badalona al que están adscritos.
- Los criterios de inclusión fueron los siguientes:
 - ✓ edad ≥ 20 años,
 - ✓ iniciar el tratamiento farmacológico con insulina o GLP-1 durante los años 2.010 y 2.012
 - ✓ haber sido diagnosticados de DM2 un mínimo de 12 meses antes del inicio del estudio
 - ✓ estar en el programa de prescripciones crónicas para la obtención de recetas (con registro constatado de la dosis diaria, el intervalo de tiempo de recogida del medicamento y la duración de cada tratamiento administrado),
 - ✓ que se pudiera garantizar el seguimiento regular de los pacientes.
- Fueron excluidos los sujetos trasladados a otros centros, los fallecidos, los desplazados y los que fueron pérdidas durante el periodo de seguimiento. También fueron excluidos los pacientes en tratamiento con insulina y GLP-1 (simultáneamente).
- El uso de los recursos y los costes se compararon entre los dos grupos de pacientes: a) en tratamiento con insulina (todas), y b) en tratamiento con GLP-1 (exenatida diaria y liraglutida).
- El seguimiento de los pacientes fue de 12 meses.
- Se consideraron los costes sanitarios directos relacionados con la actividad asistencial (visitas médicas, días de hospitalización, urgencias, solicitudes diagnósticas o terapéuticas, medicación) expresados en coste medio por paciente (coste/unitario).

Resultados

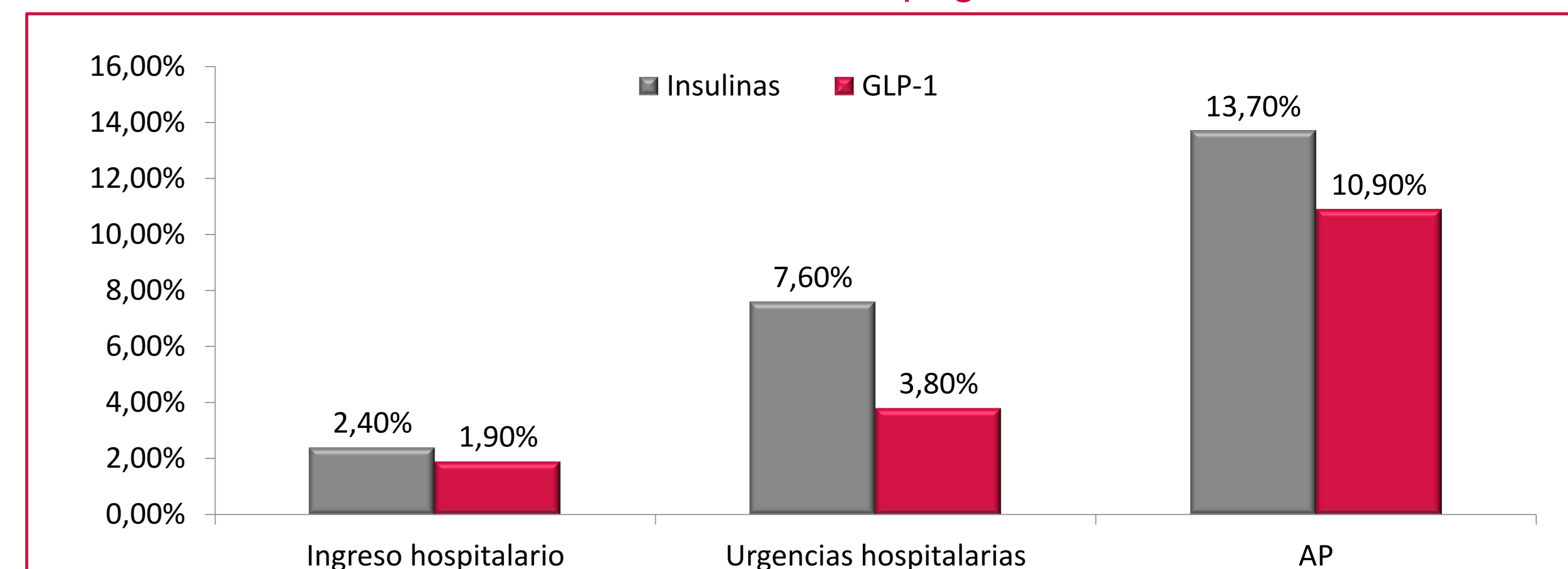
- Se analizaron 1.301 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión/exclusión y pudieron seguirse durante el período de estudio.
- De los 1.301 sujetos que iniciaron tratamiento, la edad media fue de 67,6 años, 51,6% varones y 48,4% mujeres. 935 (71,9%) fueron tratados con insulina, y 366 (28,1%) con GLP-1. De los pacientes que iniciaron tratamiento con insulina, el 29,9% fue con NPH, el 61,1% con análogos de acción prolongada (glargina o detemir) y el 9,0% con otras combinaciones; mientras que con GLP-1 el 54,4% fue con exenatida diaria y el 45,6% con liraglutida.
- El consumo de recursos sanitarios dentro de cada grupo se detalla en la Tabla 1 a continuación:

Tabla 1: Consumo de recursos sanitarios

Grupos de estudio	Insulina	GLP-1	Total	P
Número de pacientes, %	N=935 (71,9%)	N=366 (28,1%)	N=1.301 (100%)	
Uso de recursos: Valores expresados en media (desviación estándar)				
Visitas médicas, atención primaria	11,0 (15,3)	8,0 (11,0)	10,2 (14,3)	<0,001
Pruebas de laboratorio	6,3 (4,1)	4,8 (4,6)	5,9 (4,3)	<0,001
Radiología convencional	2,1 (2,3)	2,2 (2,5)	2,1 (2,3)	0,491
Pruebas complementarias	1,2 (1,6)	0,9 (1,3)	1,1 (1,5)	0,001
Días de Hospitalización	0,7 (3,2)	0,3 (1,9)	0,6 (2,9)	0,030
Visitas médicas, hospitalarias	1,8 (2,5)	1,0 (3,1)	1,6 (2,7)	<0,001
Urgencias, hospitalarias	1,6 (2,2)	0,8 (1,4)	1,4 (2,0)	<0,001

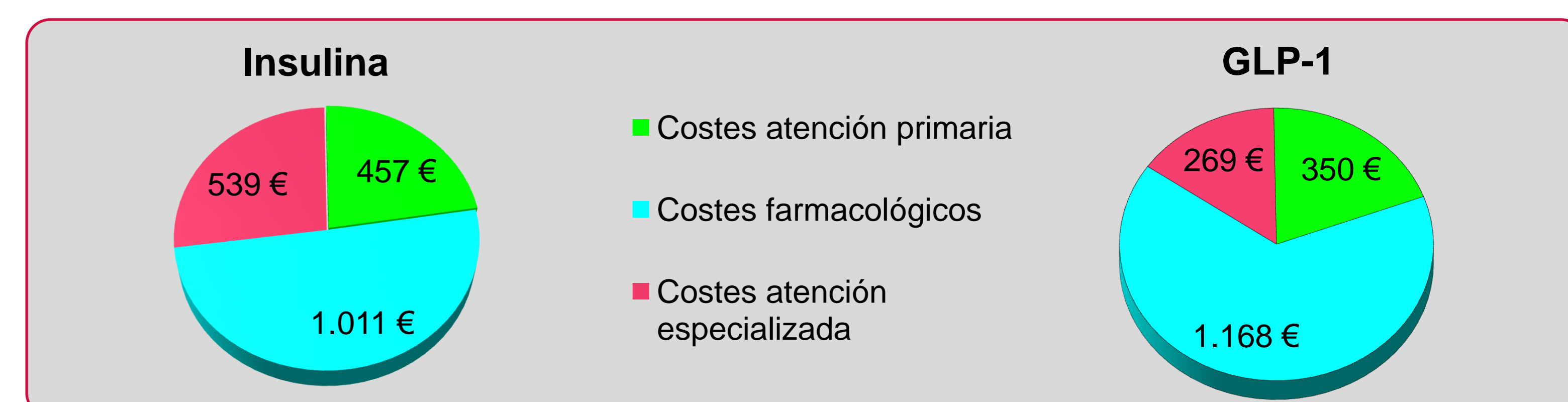
- En comparación con insulina, los pacientes tratados con GLP-1 tuvieron menos consultas de primaria, de especializada, hospitalizaciones y visitas a urgencias
- El porcentaje de pacientes que sufrió algún episodio de hipoglucemia fue mayor en el grupo de insulina (18,7% vs 13,4%), lo que se relacionó con un mayor consumo de recursos, especialmente en los pacientes que requirieron visita a urgencias (7,6% vs 3,8%) (gráfico 1).

Gráfico 1: Consumo de recursos debido a hipoglucemias



- El coste sanitario medio anual por paciente resultó menor en los tratados con GLP-1 respecto a los tratados con insulinas (1,787€ vs 2,007€) (Gráfico 2)

Gráfico 2: Costes sanitarios directos asociados al tratamiento inyectable de DM2



Conclusión

- Cuando se requiere un tratamiento inyectable, iniciar con un fármaco GLP-1 resulta un 11% menos costoso para el SNS que la insulinización del paciente DM2.
- Se requieren estudios adicionales para confirmar las posibles causas de estas diferencias.

Referencias:
1) Crespo C et al. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimerin Diabetes). Av Diabetol. 2013;29(6):182---189

Adherence and persistence in patients initiating treatment with injectable therapies for Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) in Spain

Antoni Sicras¹, Ruth Navarro², Lucia Ruiz³, Raul Morano³

¹ Dirección de planificación, Badalona Serveis Assistencials SA, Badalona, Barcelona, Spain; ² Documentación médica, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, Spain; ³ GlaxoSmithKline, Tres Cantos, Madrid, Spain

Poster number: PDB82

ISPOR 18th Annual European congress

Introduction

- Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) is a disease with high socio-economic impact, not only due to its prevalence but also because of acute and chronic complications it causes, for the high consumption of healthcare resources and repercussions on patients' quality of life.
- Available treatment options for T2DM vary from oral daily treatments to injectable medicines with weekly administration.
- T2DM patients often do not follow prescribed therapies. This constitutes non-adherence or non-persistence. Studies indicate that poor adherence and low persistence to treatment could lead in not achieving recommended glycemic goals in T2DM patients. (1)
- There is lack of evidence about adherence and persistence in patients initiating injectable treatment with insulin or GLP-1 AR (glucagon like peptide-1 receptor agonist) in real clinical practice in Spain.

Objectives

The aim of this study was to assess the adherence and persistence of patients who initiate treatment with insulin or with GLP-1 RA in Spain.

Methods

- An observational, retrospective study was carried out based on an electronic database of medical records of patients attending 6 Primary Care centers and the reference hospital for this healthcare area. Adherence and persistence data were analyzed.
- Inclusion criteria were as follow:
 - Patients aged ≥ 20 years,
 - Initiating pharmacological treatment with insulin or GLP-1 RA during 2010-2012
 - Diagnosed of T2DM at least 12 months before initiating the study medication
 - Being part of the long-term prescription program to obtain prescriptions with a confirmed record of the daily dosage, the time interval and duration of each treatment administered
 - Participating in follow-up for a period of 1 year after treatment initiation
- Patients were excluded if:
 - transferred to other healthcare area
 - died
 - lost to follow-up
 - treated with insulin and GLP-1 RA simultaneously
- Medication Possession Ratio (MPR) was used as a proxy of adherence. MPR is calculated as the percentage of days covered by the medication dispensed during the study period.
- Persistence rate is defined as percentage of patients having prescriptions of the ongoing therapy continuously renewed without a gap of more than 30 days.
- Adherence and persistence were compared between both treatment groups a) patients treated with insulin (all kind of insulins), and b) patients in treatment with GLP-1 RA (twice daily exenatide and liraglutide were the only GLP-1 RA commercialized during the study period).

Results

- 1,301 patients were included, mean age was 67.6 years, 51.6% men, 935 initiated with insulin and 366 with GLP-1 RA.
- In comparison with insulin, after 12 months of follow up, patients treated with GLP-1 RA showed higher adherence to treatment (88.1% vs 82.7%; $p < 0.001$) (Table 1)

Table 1: Adherence to treatment

Study groups	Insulin N=935 (71.9%)	GLP-1 RA N=366 (28.1%)	Total N=1,301 (100%)	P
Medication possession ratio (MPR) 12 months				
Mean (CI, 95%)	82.7% (81.6 – 83.8%)	88.1% (86.5 – 89.7%)	84.2% (83.3 – 85.1%)	<0.001
Adherence ranges				
MPR $\geq 80\%$	54.7%	63.1%	57.0%	
MPR 50% - 79%	39.9%	32.0%	37.7%	
MPR < 50%	5.5%	4.9%	5.3%	0.020

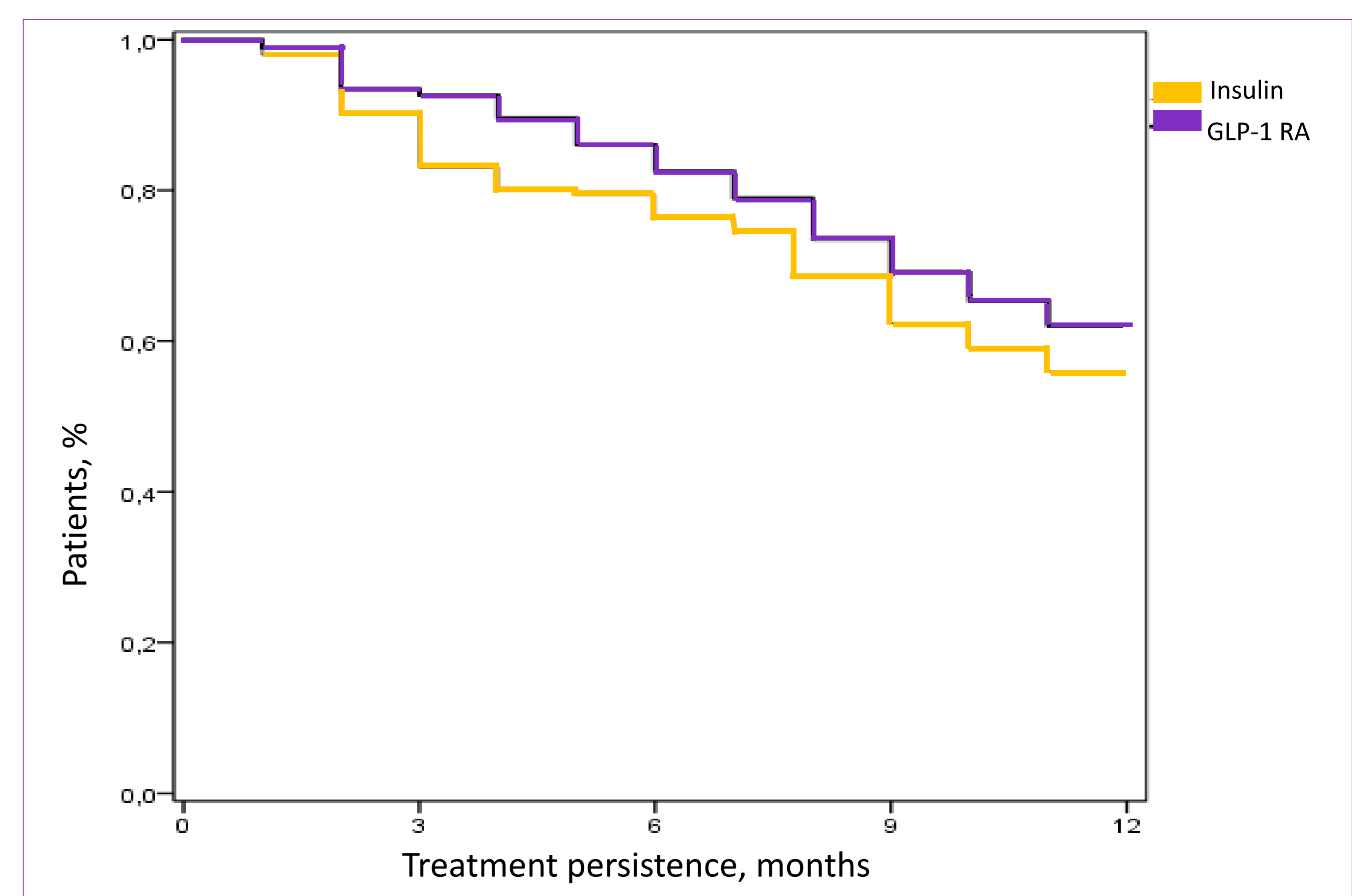
- Higher persistence is also achieved with GLP-1 RA vs insulin (62.0% vs 55.9%; $p=0.046$). After 3 months, treatment persistence rate start to diverge and differences are maintained during the study period (6 months, persistence rate 86.1% for GLP-1 RA vs 79.4% for insulin; 12 months 55.9% vs 62.0%, respectively) (Table 2)

Table 2: Persistence to treatment

Study groups	Insulin N=935 (71.9%)	GLP-1 RA N=366 (28.1%)	Total N=1,301 (100%)	P
Treatment persistence, 3 months				
Mean (CI 95%)	90.3% (88.4 – 92.2%)	93.4% (90.9 – 96.0%)	91.2% (89.6 – 92.7%)	0.070
Odds ratio insulin	---	1.5 (0.8 – 2.3) $p = 0.073$	---	
Treatment persistence, 6 months				
Mean (CI 95%)	79.4% (76.8 – 82.0%)	86.1% (82.5 – 89.6%)	81.2% (79.1 – 83.4%)	0.005
Odds ratio insulin	---	1.6 (1.1 – 2.2) $p = 0.022$	---	
Treatment persistence, 12 months				
Mean (CI 95%)	55.9% (52.7 – 59.1%)	62.0% (57.0 – 67.0%)	57.6% (55.0 – 60.3%)	0.046
Odds ratio insulin	---	1.2 (1.0 – 1.6) $p = 0.043$	---	

- Median persistence comparison between GLP-1 RA and insulin is shown in figure 1 (Kaplan-Meier curve).

Figure 1: Persistence-Kaplan Meier curve



Conclusions

- The overall management of T2DM should address adherence and persistence as key drivers for achieving therapeutic goals.
- Adherence and persistence to treatment seems to be higher with GLP-1 RA than insulin in T2DM patients in Spain. Further studies are needed to identify reasons for those differences between treatments.

REFERENCES:

1. Davies MJ, Gagliardino JJ, Gray LJ, Khunti K, Mohan V, Hughes R. Real-world factors affecting adherence to insulin therapy in patients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Diabet Med.* 2013;30:512-24

This study was funded by GlaxoSmithKline and editorial production performed internally at GlaxoSmithKline

* LM, and RM are employees at GSK. RM is shareholder of GSK

Análisis coste-efectividad de albiglutida vs insulina prandial lispro en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en España

Raul Morano¹, Lucía Ruiz¹, Richard Pollock², Barnaby Hunt², Alan Martin¹

¹ GSK, ² Ossian Health Economics

Estudio financiado por GSK. RM, y AM son empleados de GSK. LR es un ex empleado de GSK

Introducción

- Los fármacos agonistas del receptor del GLP-1 pueden considerarse una alternativa a la insulina prandial en pacientes que no están controlados en tratamiento con insulina basal
- Albiglutida es un nuevo fármaco de la clase agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) de administración semanal indicado para el tratamiento de la DM2
- En el estudio HARMONY-6¹, albiglutida demostró eficacia no inferior a la insulina prandial (lispro) en reducción de la HbA1c, cuando ambas se añadían al tratamiento con insulina basal (glargina)

Objetivos

- Realizar una evaluación económica del tratamiento con albiglutida en pacientes DM2 no controlados en tratamiento con insulina basal versus inicio del tratamiento con insulina lispro

Métodos

- Se realizó una adaptación del modelo CORE DIABETES ampliamente utilizado y validado² para la evaluación económica de los tratamientos antidiabéticos. Se trata de un modelo de Markov que proyecta los resultados en salud a largo plazo y estima las consecuencias clínicas y económicas de las intervenciones
- El modelo se alimentó con los parámetros de los pacientes del ensayo clínico HARMONY 6¹. Se simuló una cohorte de 1.000 pacientes que recibieron en una rama de tratamiento albiglutida en combinación con insulina basal. En la rama del comparador, el tratamiento fue insulina lispro en combinación con insulina basal durante todo el horizonte temporal.
- El análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud incluyendo los costes sanitarios directos (costes del tratamiento farmacológico y del uso de recursos debido a las complicaciones derivadas de la enfermedad)
- Se aplicó una tasa de descuento del 3% a los costes así como a los resultados en salud. El horizonte temporal utilizado fue de 50 años debido a la naturaleza crónica de la DM2
- Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico, realizando múltiples simulaciones en las que aleatoriamente se modifica diferentes variables para determinar la robustez de los resultados del modelo

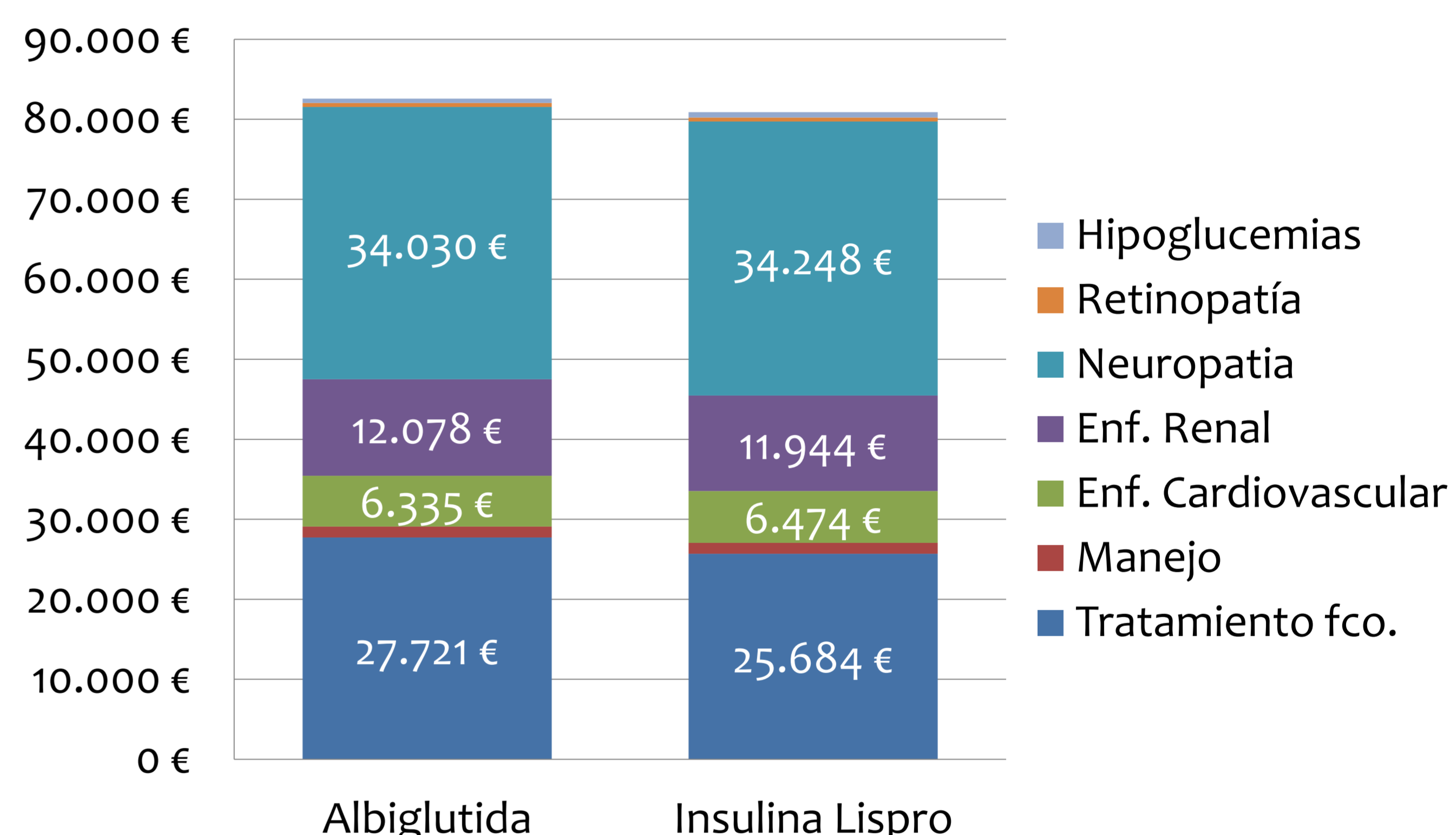
Resultados

- El ratio coste efectividad incremental que se obtuvo de este análisis de albiglutida en combinación con insulina basal frente a la combinación de insulina basal y lispro fue de 19.355 €/AVAC.

Tabla 1: Resultados de coste y efectividad del caso base

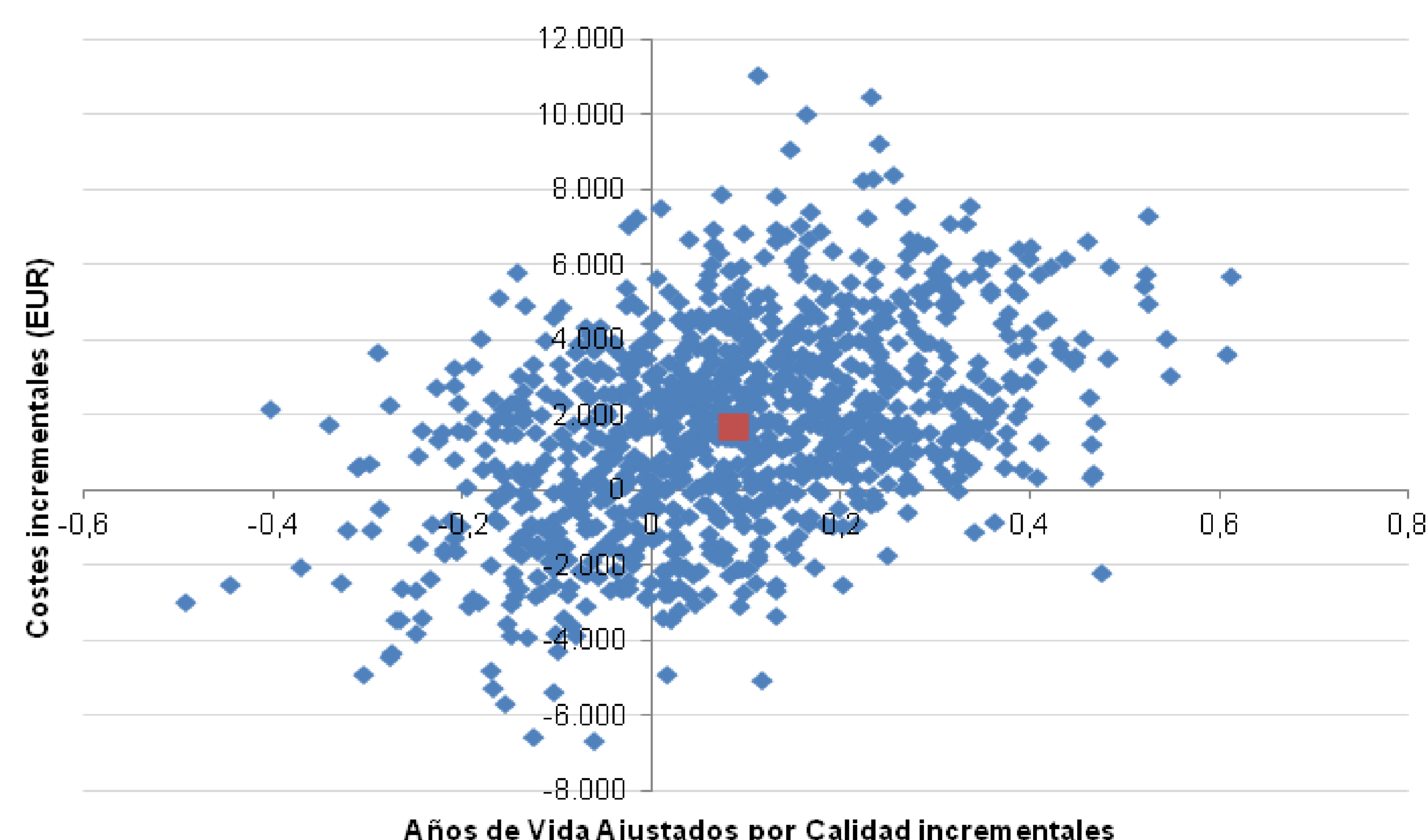
	Albiglutida	I. Lispro	Diferencia
Costes (€/paciente)			
Costes Totales	82.577	80.895	+ 1.682
Efectividad (años)			
Años de vida	13,758	13,713	+ 0,045
Años de vida ajustados por calidad	8,977	8,890	+ 0,087
Ratio coste efectividad incremental	19.355€ /AVAC		

Figura 1: Costes asociados a las complicaciones de la DM2



- El beneficio de albiglutida provendría principalmente de la menor tasa de hipoglucemias comparada con la insulina lispro y de una mayor calidad de vida por menor número de pinchazos

Figura 2: Análisis de sensibilidad probabilístico



- Al tener en cuenta el umbral de disponibilidad a pagar de 30.000€/AVAC, se puede considerar a albiglutida como una alternativa coste efectiva frente a insulina lispro

Conclusión

Albiglutida es una opción terapéutica coste-efectiva respecto a insulina prandial lispro cuando se añade al tratamiento con insulina basal en pacientes DM2 considerando el umbral de disposición a pagar de 30.000 €/AVAC

1. Rosenstock J et al. Advancing basal insulin replacement in type 2 diabetes inadequately controlled with insulin glargine plus oral agents: a comparison of adding albiglutide, a weekly GLP-1 receptor agonist, versus thrice-daily prandial insulin lispro. Diabetes Care. 2014;37(8):2317-25

2. Palmer AJ et al. The CORE Diabetes Model: Projecting long-term clinical outcomes, costs and cost-effectiveness of interventions in diabetes mellitus (types 1 and 2) to support clinical and reimbursement decision-making. Curr Med Res Opin. 2004;20 Suppl1:S5--26.34.

Análisis coste-efectividad de albiglutida vs sitagliptina en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en España

Lucía Ruiz¹, Raul Morano¹, Richard Pollock², Barnaby Hunt², Alan Martin¹

¹ GSK, ² Ossian Health Economics

Estudio financiado por GSK. RM y AM son empleados de GSK. LR es un ex empleado de GSK

Introducción

- La Metformina se considera el tratamiento de inicio de elección en la DM2. Cuando esta falla o no se alcanza el objetivo terapéutico los algoritmos contemplan añadir otras opciones orales (Sulfonilureas, DPP4...etc.) o bien iniciar el tratamiento con fármacos inyectables (agonistas GLP-1 ó insulina)
- Albiglutida es un nuevo fármaco de la clase agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) de administración semanal indicado para el tratamiento de la DM2
- En el estudio HARMONY-3¹, albiglutida demostró eficacia superior a sitagliptina (fármaco inhibidor DPP4) en reducción de la HbA1c

Objetivos

- Realizar una evaluación económica del tratamiento con albiglutida semanal en pacientes DM2 no controlados versus inicio del tratamiento con sitagliptina diaria

Métodos

- Se realizó una adaptación del modelo CORE DIABETES ampliamente utilizado y validado² para la evaluación económica de los tratamientos antidiabéticos. Se trata de un modelo de Markov que proyecta los resultados en salud a largo plazo y estima las consecuencias clínicas y económicas de las intervenciones
- El modelo se alimentó con los parámetros de los pacientes del ensayo clínico HARMONY 3¹
- El modelo trata de reproducir la evolución natural de la patología. Así, se simuló una cohorte de 1.000 pacientes que recibieron en una rama de tratamiento albiglutida durante 3 años, al cuarto año se retira albiglutida para incorporar insulina glargina y a partir del quinto año hasta alcanzar el horizonte temporal se administraba insulina basal+insulina lispro. En la rama del comparador, el tratamiento fue sitagliptina los 3 primeros años de tratamiento y a partir del cuarto año se iguala el tratamiento en ambas ramas.
- El análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud incluyendo los costes sanitarios directos (costes del tratamiento farmacológico y del uso de recursos debido a las complicaciones derivadas de la enfermedad)
- Se aplicó una tasa de descuento del 3% a los costes así como a los resultados en salud. El horizonte temporal utilizado fue de 50 años debido a la naturaleza crónica de la DM2
- Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico, realizando múltiples simulaciones en las que aleatoriamente se modifica diferentes variables para determinar la robustez de los resultados del modelo

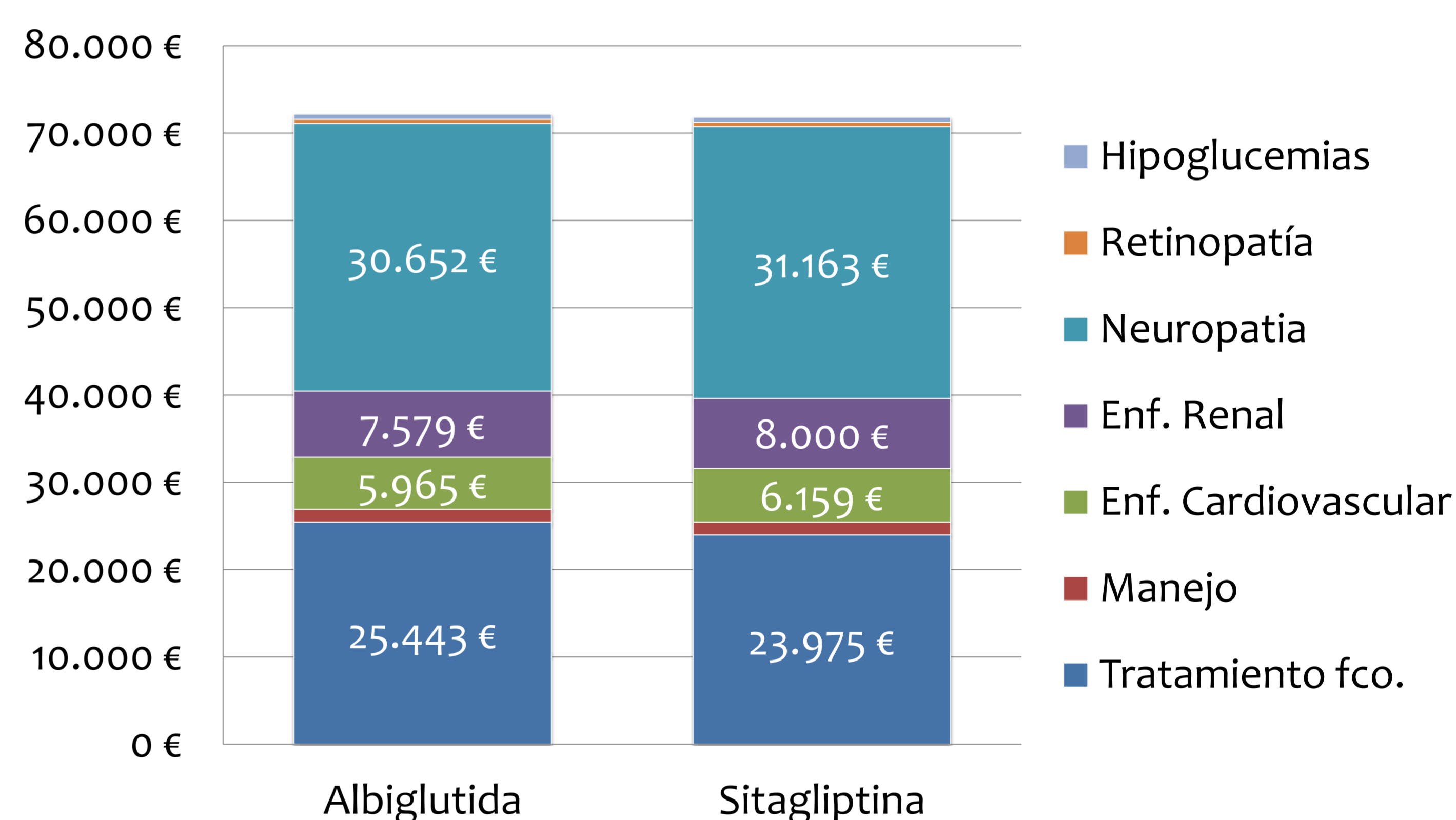
Resultados

- El ratio coste efectividad incremental que se obtuvo de este análisis de albiglutida frente a sitagliptina fue de 5.225 €/AVAC.

Tabla 1: Resultados coste-efectividad

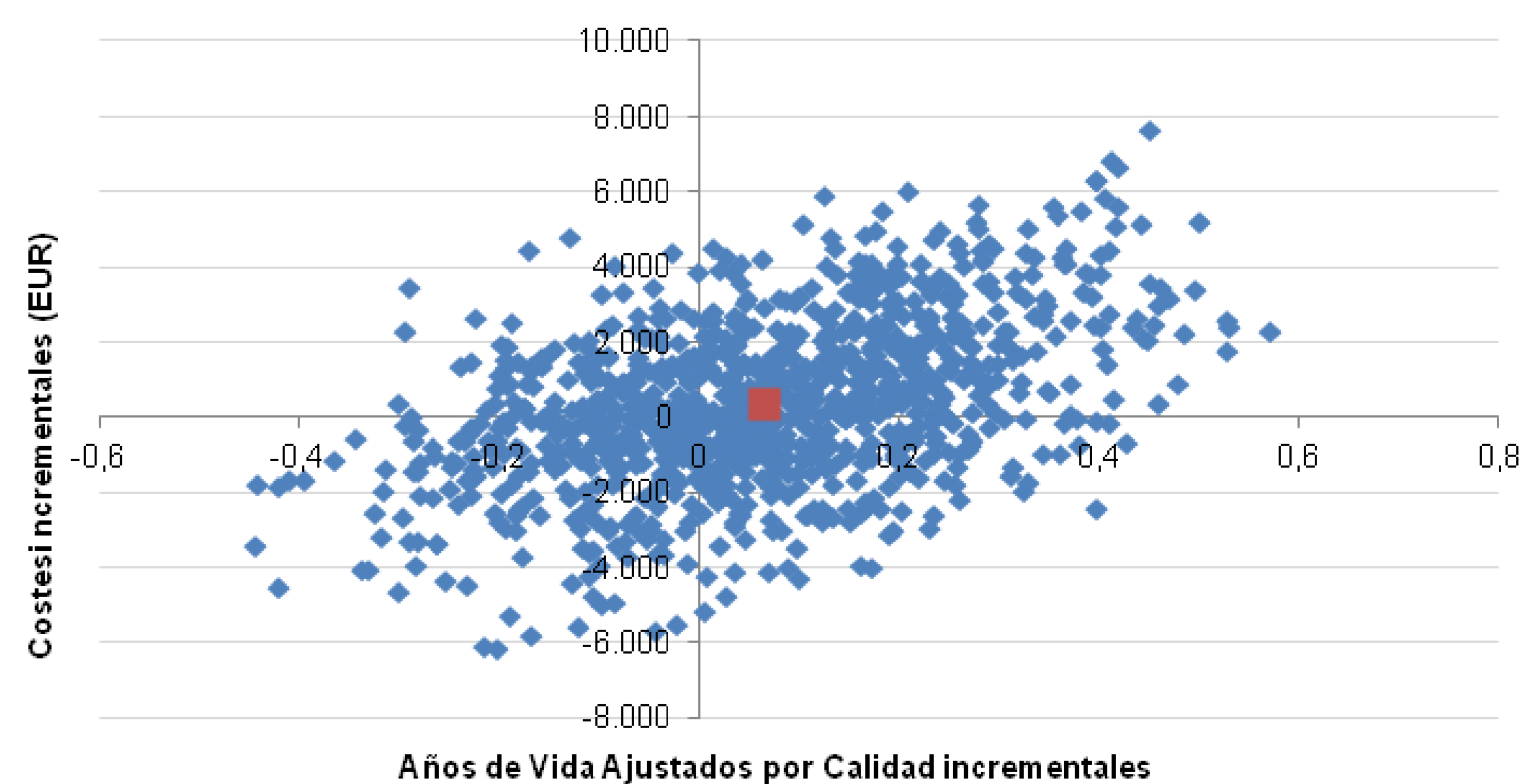
	Albiglutida	Sitagliptina	Diferencia
Costes (€/paciente)			
Costes Totales	72.164	71.820	+344
Efectividad (años)			
Años de vida	14,719	14,626	+0,093
Años de vida ajustados por calidad	9,834	9,769	+0,065
Ratio coste-efectividad incremental			5.225€ /AVAC

Figura 1: Costes asociados a las complicaciones de la DM2



- Los costes sanitarios resultaron similares para ambos tratamientos ya que los mayores costes de tratamiento farmacológico de albiglutida se compensaron con menores costes por tratamiento de complicaciones

Figura 2: Análisis de sensibilidad probabilístico



- Al tener en cuenta el umbral de disponibilidad a pagar de 30.000€/AVAC, se puede considerar a albiglutida como una alternativa coste efectiva frente a sitagliptina

Conclusión

Albiglutida resultaría una opción coste-efectiva vs Sitagliptina para el SNS en pacientes diabéticos tipo 2 considerando el umbral de 30.000€/AVAC