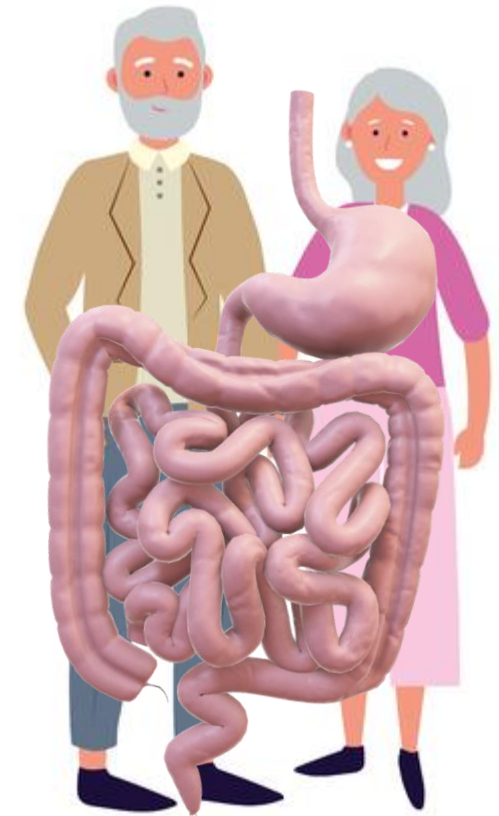


# Asociación Colombiana de Gastroenterología Grupo de Estudio de Crohn y Colitis Colombiano

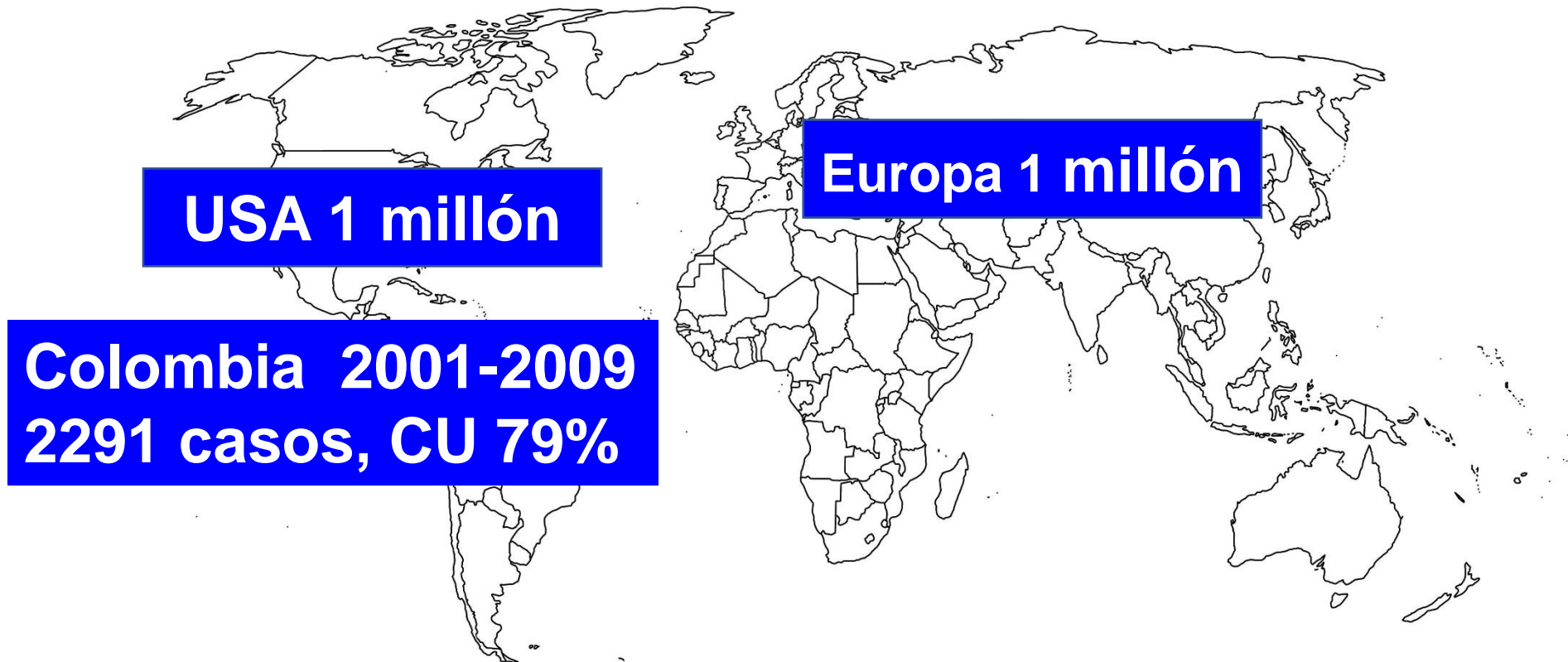
## Enfermedad inflamatoria intestinal en el adulto mayor



*William Otero R MD, FAGA, FACP  
Profesor Titular de Medicina,  
Universidad Nacional de Colombia  
Hospital Universitario Nacional de Colombia*



# Epidemiología

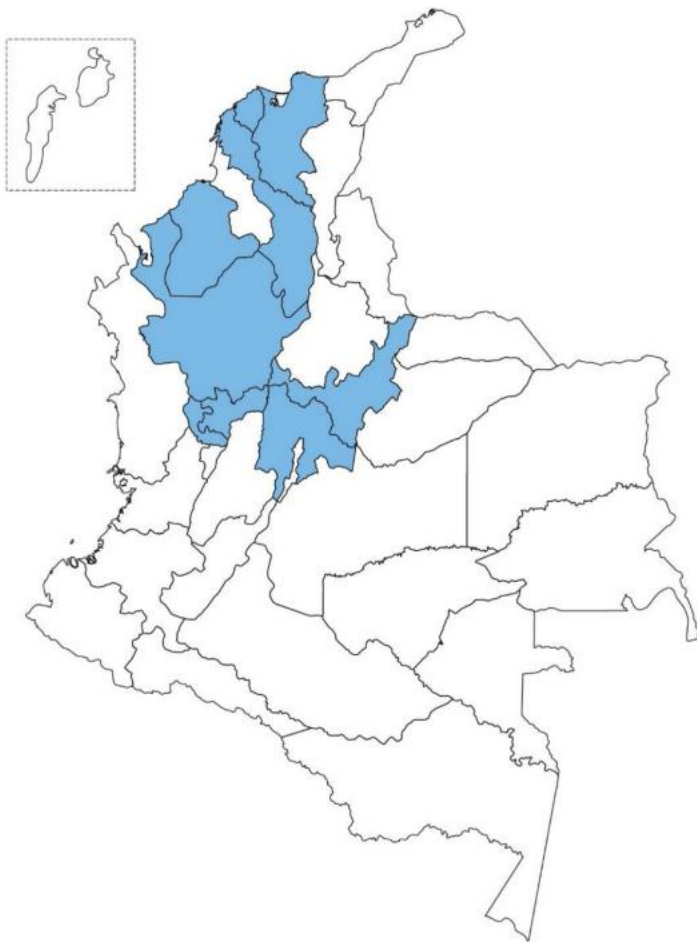


Rubin D, et al. Am J Gastroenterol 2019;114:384–413  
Gajendran M, et al. Dis Mon 2019;65:100851  
Juliao F, et al. Rev Gastroenterol Mex 2021; 86:153-162

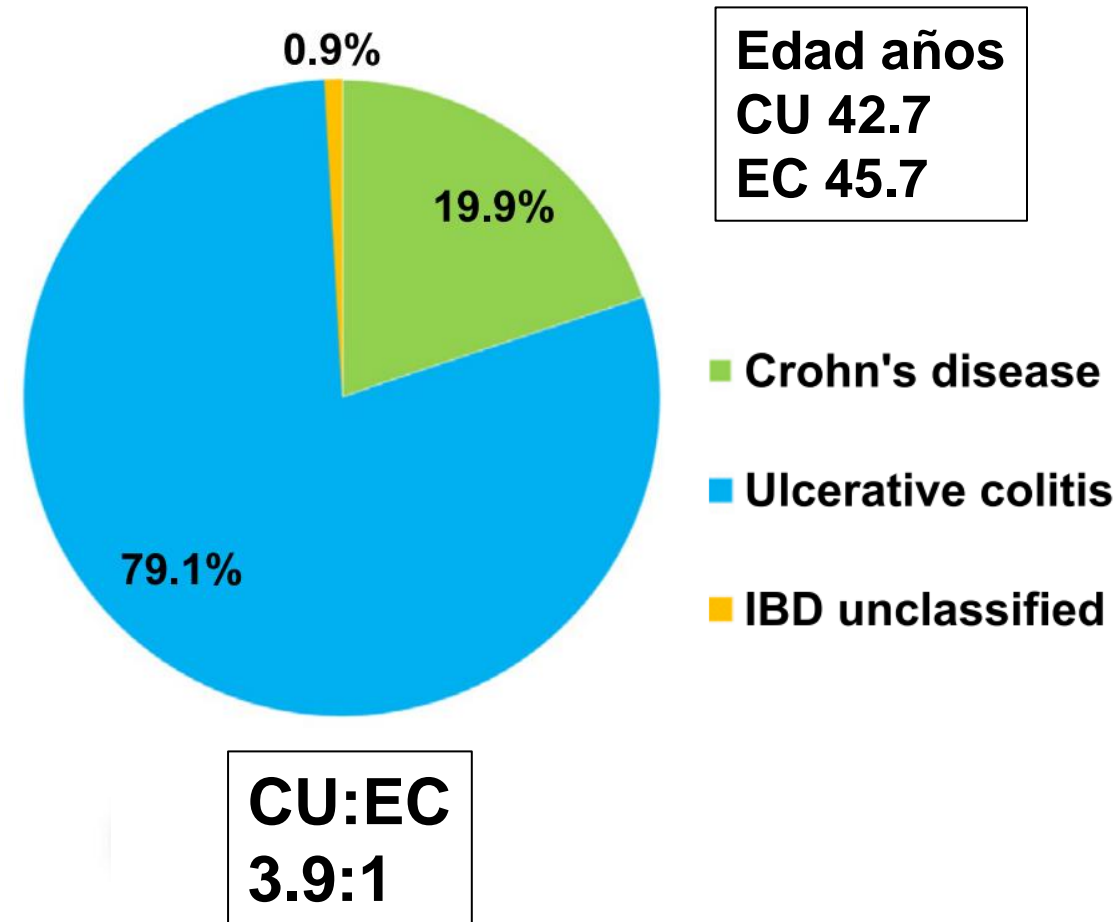
# Characterization of inflammatory bowel disease in Colombia: Results of a national register<sup>☆</sup>



F. Juliao-Baños<sup>a,\*</sup>, F. Puentes<sup>b</sup>, R. López<sup>c</sup>, M.A. Saffon<sup>d</sup>, G. Reyes<sup>e</sup>,  
V. Parra<sup>f</sup>, M.T. Galiano<sup>g</sup>, M. Barraza<sup>h</sup>, J. Molano<sup>i</sup>, E. Álvarez<sup>j</sup>, R. Corrales<sup>k</sup>,  
L.E. Vargas<sup>l</sup>, F. Gil<sup>e</sup>, P. Álvarez<sup>m</sup>, L. Limas<sup>n</sup>, R. Prieto<sup>o</sup>, P. Yance<sup>p</sup>, F. Díaz<sup>q</sup>,  
J. Bareño<sup>r</sup>, Grupo del Registro Colombiano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal



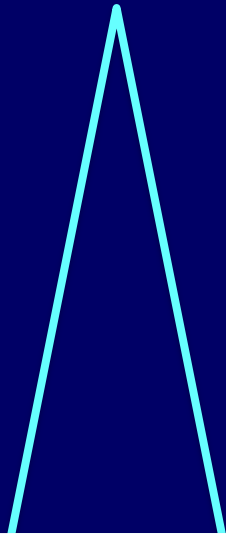
**Pacientes  
Evaluados  
2.291**



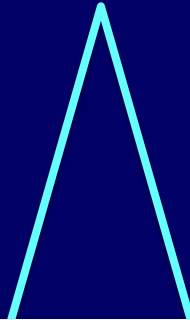
# CU, Picos de incidencia

A cualquier edad

30-40 años



60-70 años



Disminuye > 60 años

10-30%  $\geq$  60 años  
10% >80 años  
El comienzo tardío

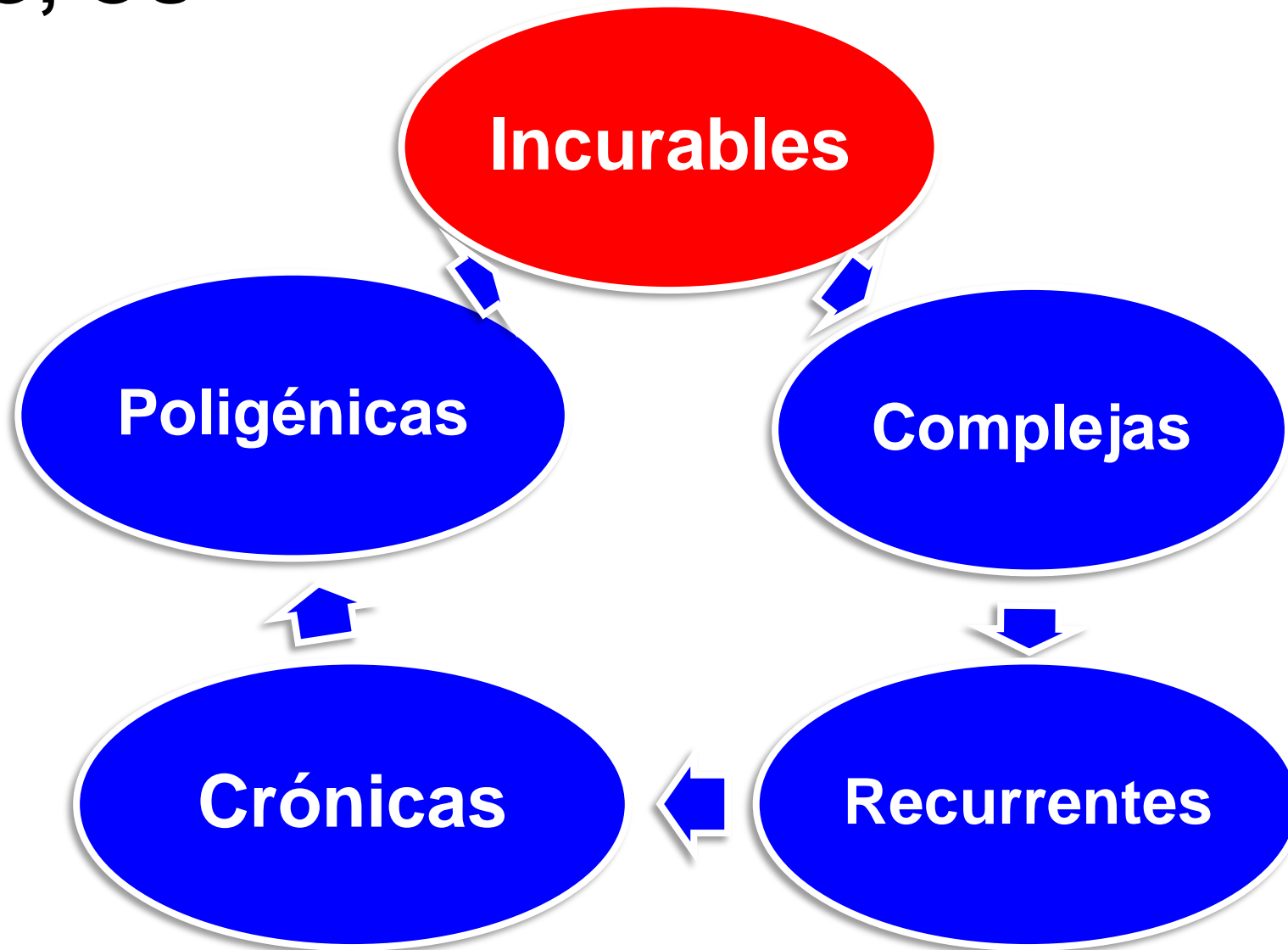
Próximas décadas 30%

Everhov AH Gastroenterology 2108;154:518-28  
Butter M, Maturitas 2018;110:71-8

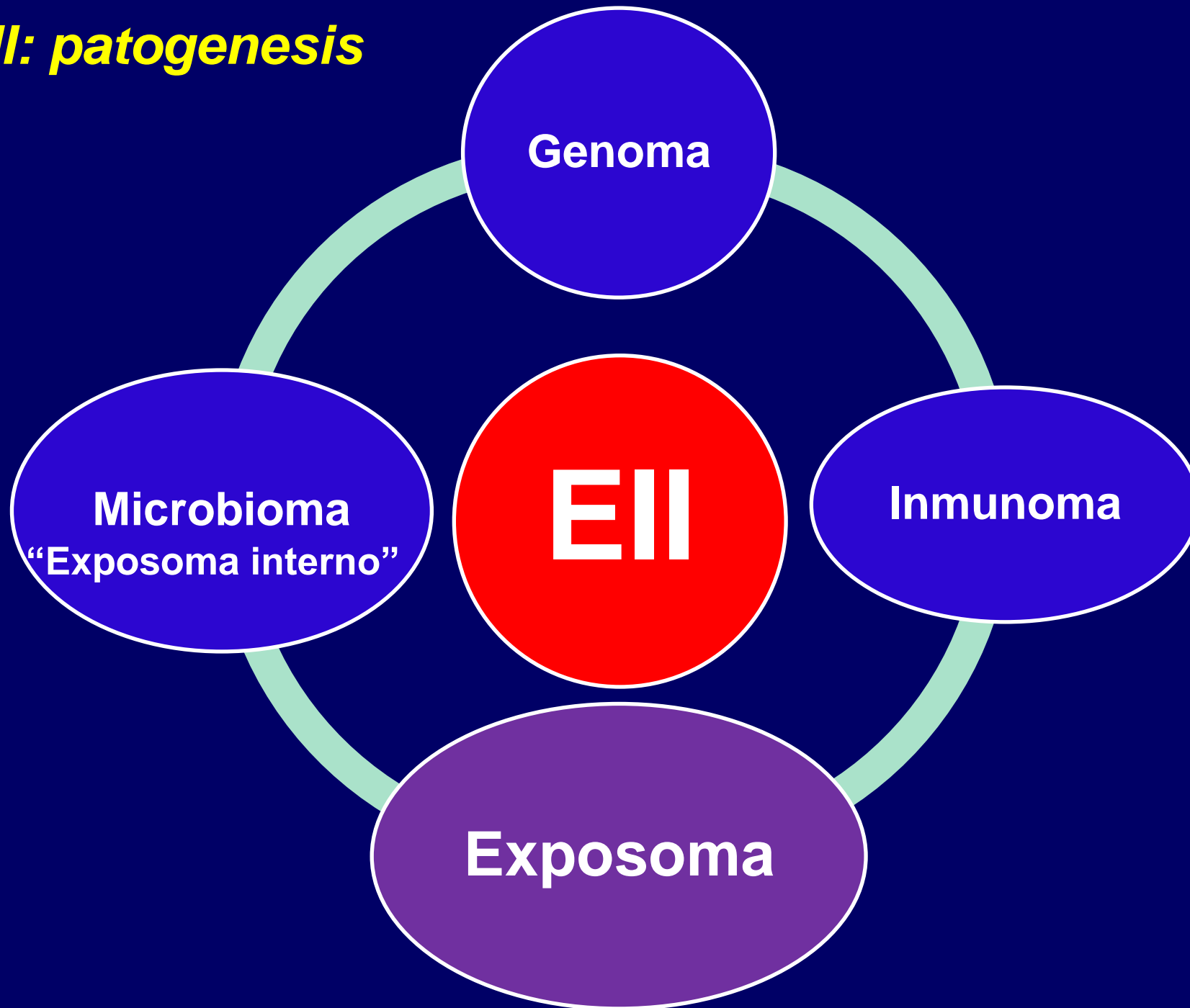
Cosnes J, Gastroenterology 2011;140:1785-94  
Gisbert JP, Aliment Pharmacol Ther 2014;39:459-77

# Enfermedad inflamatoria intestinal, 2021

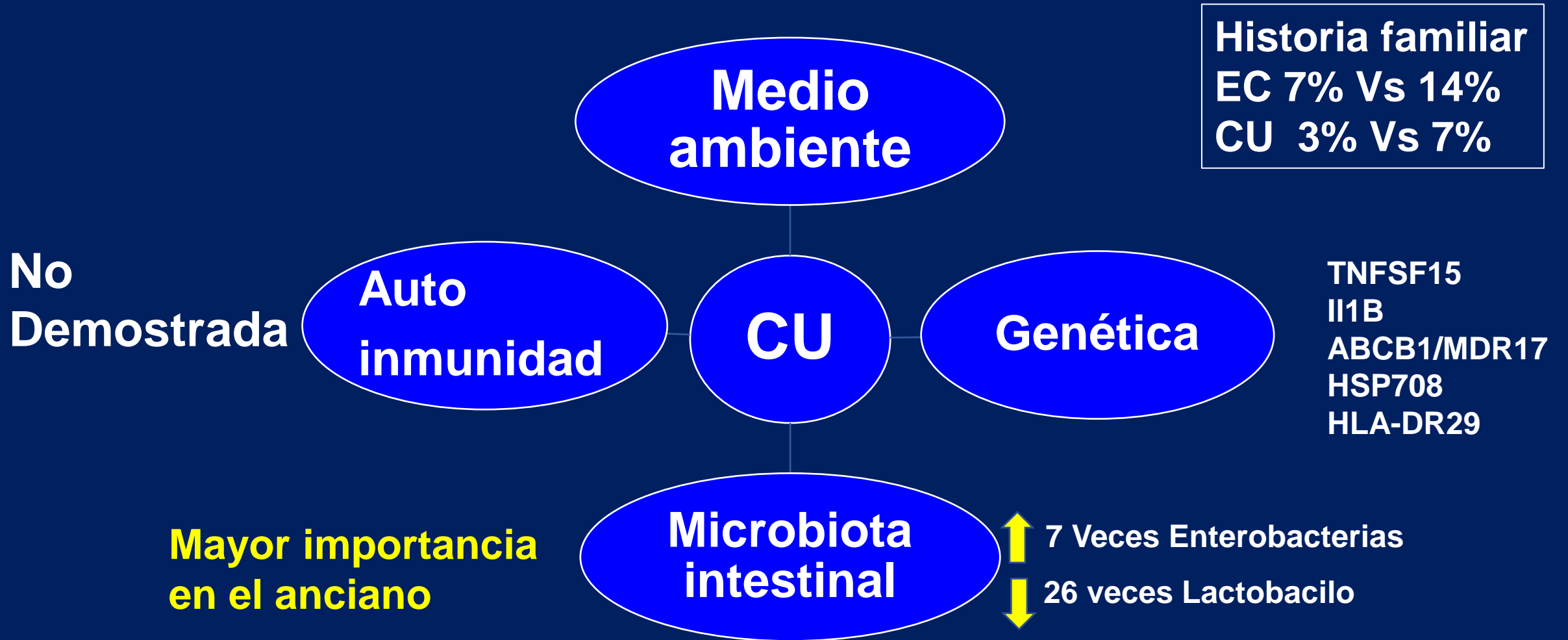
## EC, CU



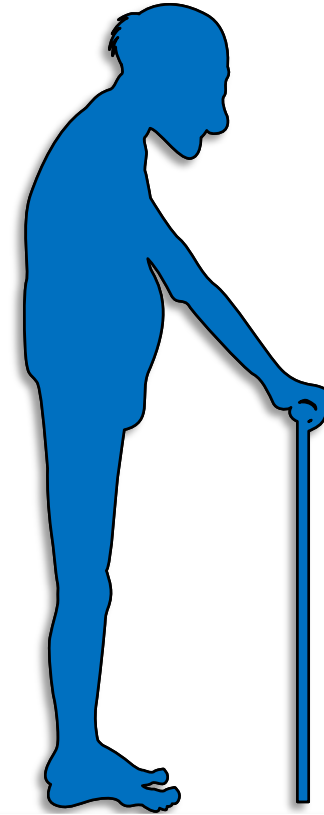
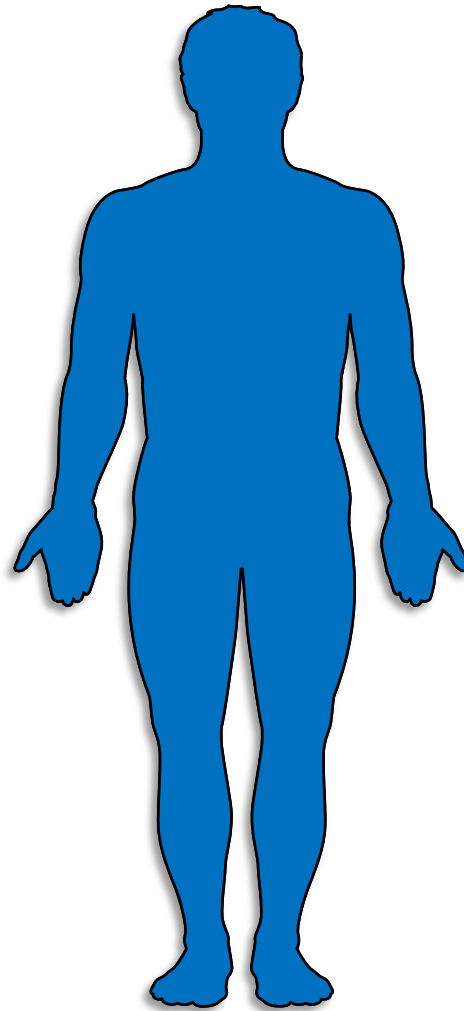
***Ell: patogenesis***



# Fisiopatología EII Anciano



Gajendran M, et al. Dis Mon 2019;65:100851  
Taleban S, et al. J Crohn's Colitis 2015;9:507-15  
Carpentier C, Gut 2014;63:423-32



**Nueva biología  
Geriatría**

<b>Colombia</b>	<b>60 años</b>
<b>En general</b>	<b>≥65 años</b>
<b>Japón</b>	<b>&gt;75 años</b>

REVIEW

# The elderly IBD patient in the modern era: changing paradigms in risk stratification and therapeutic management

*Ther Adv Gastroenterol*  
2021, Vol. 14: 1–15  
DOI: 10.1177/  
17562848211023399  
© The Author(s), 2021.  
Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-  
permissions

Simon J. Hong<sup>1</sup> and Seymour Katz

# Inflammatory Bowel Disease in the Older Adult

Shirley Cohen-Mekelburg, MD, MS<sup>a,b,c,\*</sup>, Akbar K. Waljee, MD, MSc<sup>a,b,c,d</sup>

Gastroenterology 2021;160:445–451

# AGA Clinical Practice Update on Management of Inflammatory Bowel Disease in Elderly Patients: Expert Review

Ashwin N. Ananthakrishnan,<sup>1</sup> Geoffrey C. Nguyen,<sup>2</sup> and Charles N. Bernstein<sup>3</sup>

# Management of elderly ulcerative colitis in Japan

Masaaki Higashiyama<sup>1</sup> · Akira Sugita<sup>2</sup> · Kazutaka Koganei<sup>2</sup> · Kenji Wanatabe<sup>3</sup> · Yoko Yokoyama<sup>3</sup> · Motoi Uchino<sup>4</sup> · Masakazu Nagahori<sup>5</sup> · Makoto Naganuma<sup>6</sup> · Shigeaki Bamba<sup>7</sup> · Shingo Kato<sup>8</sup> · Ken Takeuchi<sup>9</sup> · Teppei Omori<sup>10</sup> · Tomohisa Takagi<sup>11</sup> · Satohiro Matsumoto<sup>12</sup> · Mitsuo Nagasaka<sup>13</sup> · Shintaro Sagami<sup>14</sup> · Kazuya Kitamura<sup>15</sup> · Takehiko Katsurada<sup>16</sup> · Ken Sugimoto<sup>17</sup> · Noritaka Takatsu<sup>18</sup> · Masayuki Saruta<sup>19</sup> · Toshiyuki Sakurai<sup>19</sup> · Kazuhiro Watanabe<sup>20</sup> · Shiro Nakamura<sup>3</sup> · Yasuo Suzuki<sup>21</sup> · Ryota Hokari<sup>1</sup>

## Digestion

### Review

Digestion  
DOI: 10.1159/000503099

Received: April 16, 2019  
Accepted: September 2, 2019  
Published online: January 14, 2020

# Management of the Elderly Inflammatory Bowel Disease Patient

Petr Hruz<sup>a</sup> · Pascal Juillerat<sup>b</sup> · Gerd-Achim Kullak-Ublick<sup>c</sup> · Alain M. Schoepfer<sup>d</sup> · Gerassimos J. Mantzaris<sup>e</sup> · Gerhard Rogler<sup>f</sup> on behalf of the Swiss IBDnet, an official working group of the Swiss Society of Gastroenterology

Current Gastroenterology Reports (2019) 21:60  
https://doi.org/10.1007/s11894-019-0720-7

GASTROENTEROLOGY IN GERIATRIC PATIENTS (S CHOKHAVATIA, SECTION EDITOR)

# IBD in the Elderly: Management Challenges and Therapeutic Considerations

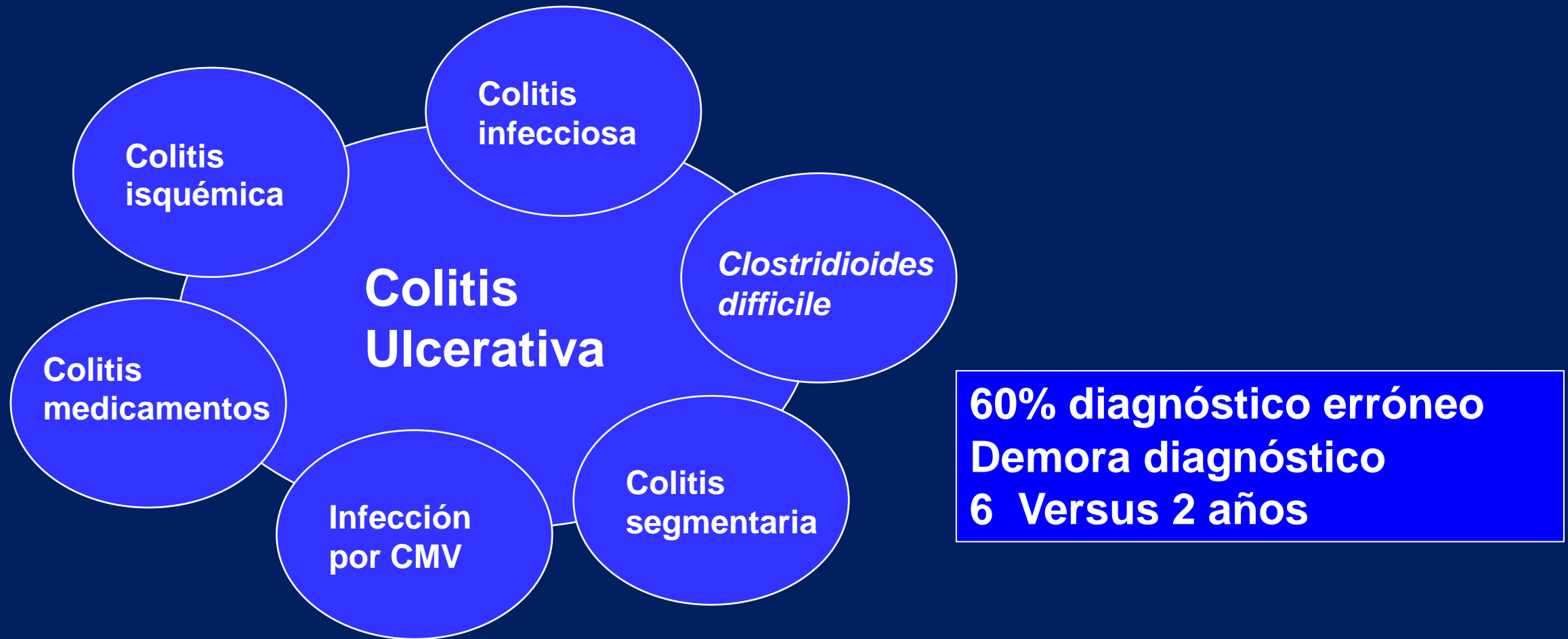
Vivy Tran<sup>1</sup> · Berkeley N. Limketkai<sup>1,2,3</sup> · Jenny S. Sauk<sup>1,2,3</sup>

**Adulto mayor**

**Diagnóstico de  
Colitis ulcerativa**

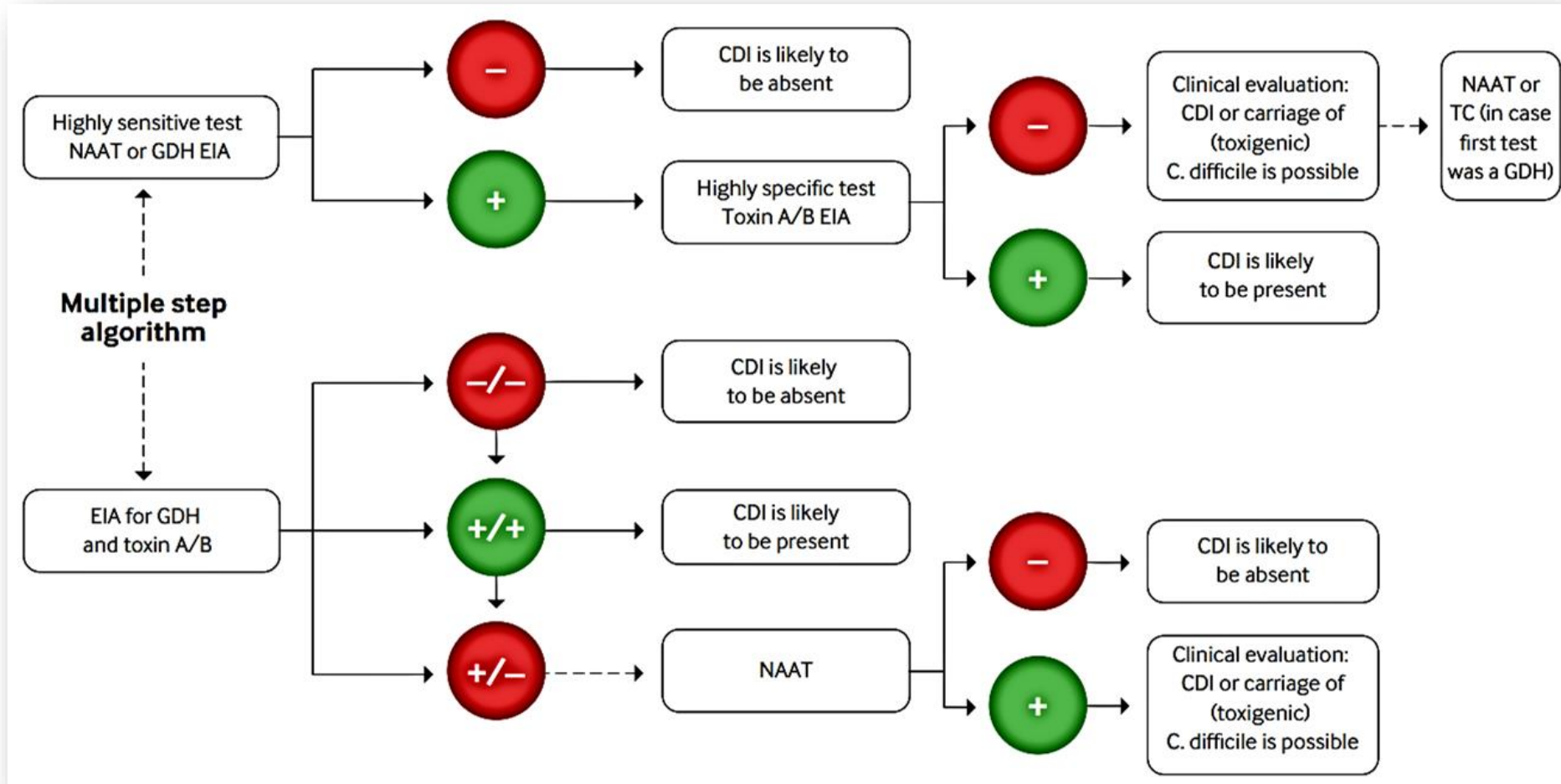
# Anciano diagnósticos diferenciales

---



Tran V, et al. Curr Gastroenterol Rep 2019; 21: 60 -70  
Otero W, et al. Rev Colomb Gastroenterol. 2009;24:272-8  
Katz S, Am J Gastroenterol 2019;105:501-23

# Cd diagnóstico

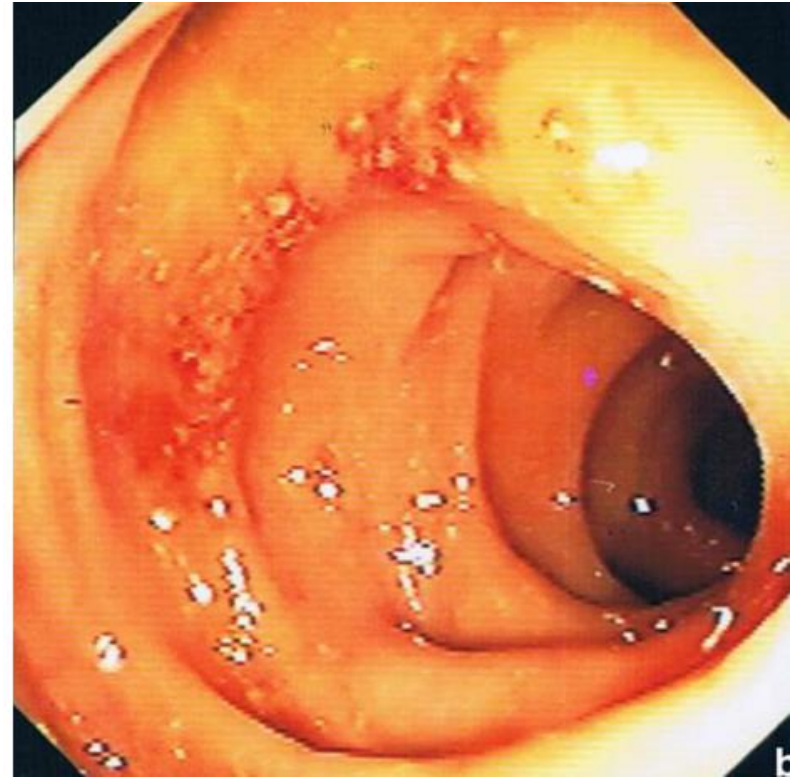
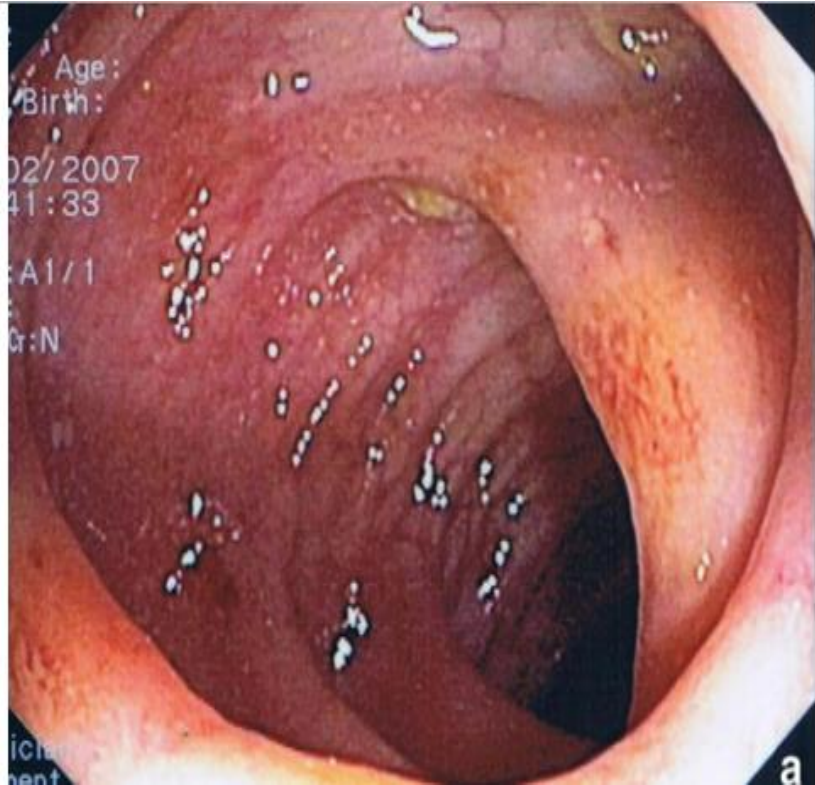


Guery B, BMJ. 2019; Epub ahead Agosto 20

## Colitis en el anciano

Condición	Síntomas frecuentes	Características distintivas
<b>Colitis Infecciosa</b>	<i>Diarrea, sangrado rectal, pérdida de peso</i>	Viajes recientes, uso reciente de antibiótico, Siempre sospechar <i>Clostridiodes difficile</i>
<b>Colitis isquémica</b>	<i>Diarrea sanguinolenta, inicio súbito</i> <i>Dolor abdominal postprandial</i>	Enfermedad cardiovascular, Enfermedad arterial periférica, Diabetes, Dislipidemia, Hipertensión, arritmias tabaquismo
<b>Colitis microscópica</b>	<i>Diarrea</i>	Sin hallazgos macroscópicos Antecedente de uso de ISRS, AINES.
<b>Colitis por radioterapia</b>	<i>Diarrea sanguinolenta</i>	Antecedente de radiación, puede ocurrir meses o años después
<b>Úlcera rectal solitaria</b>	<i>Sangrado rectal, tenesmo</i>	Historia de estreñimiento crónico
<b>Cáncer colorrectal</b>	<i>Cambio en el hábito intestinal, sangrado rectal, pérdida de peso</i>	Síntomas sistémicos, pérdida de peso
<b>Insuficiencia pancreática</b>	<i>Diarrea, pérdida de peso,</i>	Esteatorrea, pancreatitis previa.
<b>Colitis por AINES</b>	<i>Diarrea sanguinolenta, anemia, ferropenia, obstrucción, perforación</i>	Antecedente uso de AINES
<b>Enfermedad diverticular</b>	<i>Dolor en abdomen izquierdo, diarrea sanguinolenta</i>	Evidencia endoscópica, radiográfica. Colitis segmentaria asociada a divertículos Recto indemne

# Colitis Segmentaria (asociada a divertículos)



# The endoscopic spectrum of segmental colitis associated with diverticulosis

Colorectal Dis 2010;12:464-70

**A. Tursi\***, **W. Elisei†**, **G. Brandimarte†**, **G. M. Giorgetti‡**, **P. G. Lecca†**, **L. Di Cesare†**,  
**C. D. Inchingolo§** and **F. Aiello¶**

\*Digestive Endoscopy Unit, 'Lorenzo Bonomo' Hospital, Andria (BA), Italy, †Department in Internal Medicine, Division of Gastroenterology, 'Cristo Re' Hospital, Rome, Italy, ‡Department of Internal Medicine, Clinical Nutrition Unit, 'S. Eugenio' Hospital, Rome, Italy, §Department of Pathology, 'Lorenzo Bonomo' Hospital, Andria (BA), Italy and ¶Department of Statistics and Mathematic Sciences, University of Palermo, Palermo, Italy



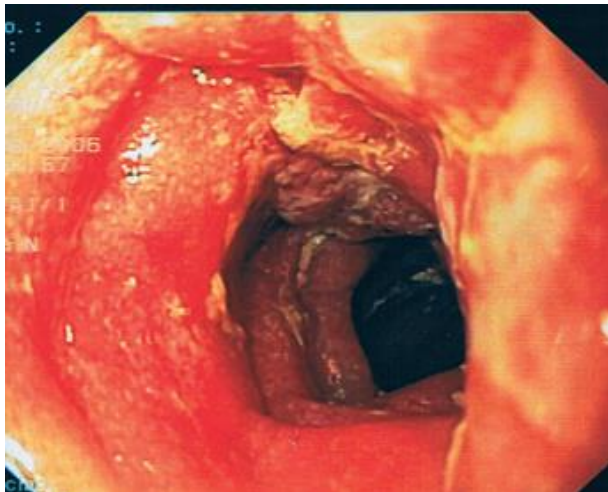
A. pliegues



B. Colitis like



C. Crohn like



D. Ulcerativa severa "like"

## Tratamiento

A y C: Mesalazina 2.4 gr/4 semanas—1.6 gr: 50-80%

B y D: Beclometasona 10 mg/4 semanas + VSL #3

Tursi A, Int J Colorectal Dis 2012;27:179-85

# Causas de colitis en el anciano

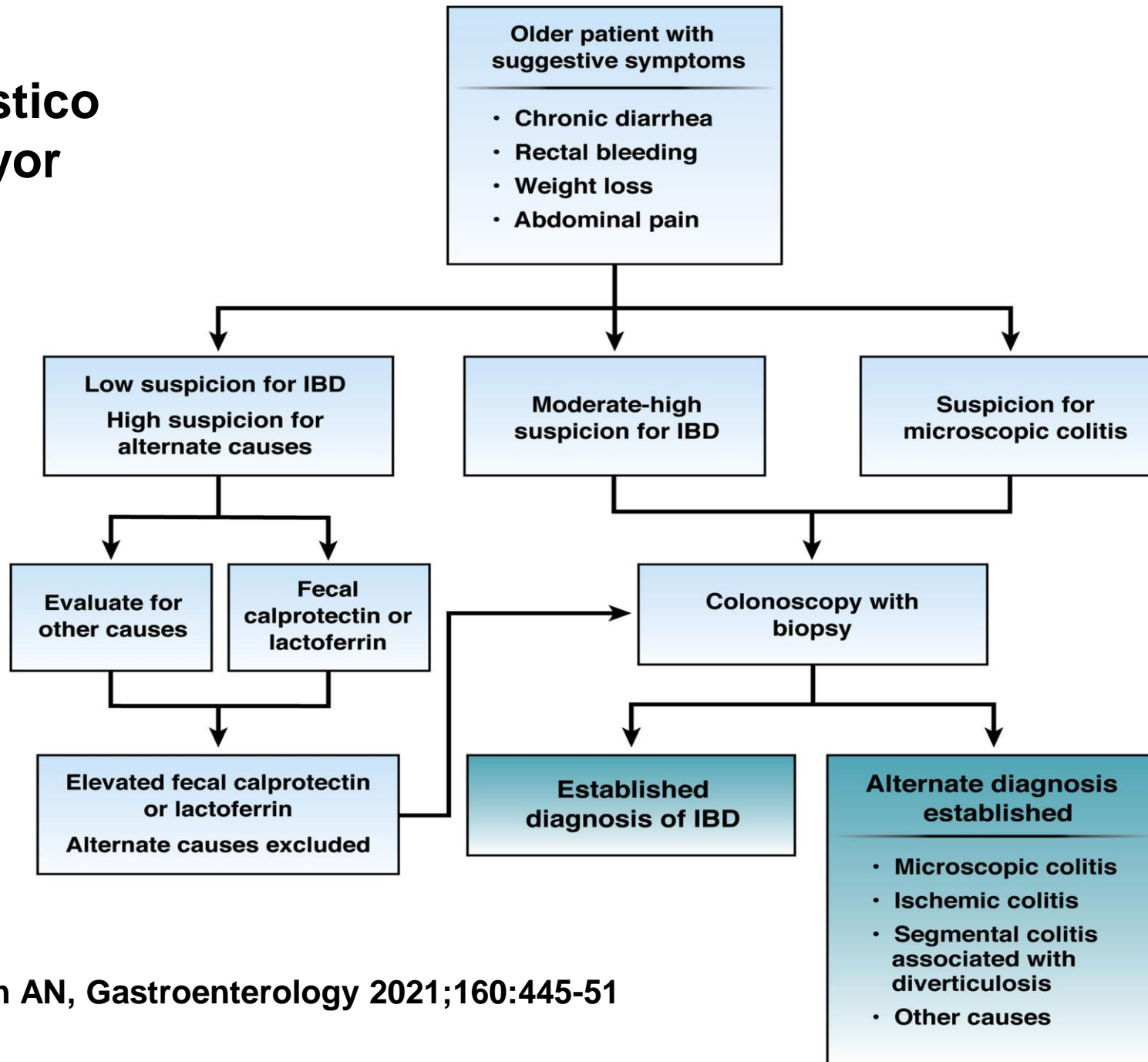
---

n: 49 pacientes

Etiología	Proporción
Isquémica	29%
Infecciosa	21%
<b>Colitis ulcerativa</b>	<b>18%</b>
Radioterapia	18%
Enfermedad de Crohn	2%
Otros	12%

# EI Diagnóstico

## Adulto mayor



# CU en el anciano

---

<b>Menos colitis extensa</b>	<b>14% vs 22%</b>
<b>Mayor riesgo de colectomía</b>	<b>12% vs 8%</b>
<b>Mayor hospitalización y mortalidad</b>	<b>3,5% vs 1%</b>
<b>Mortalidad cualquier causa</b>	<b>12% vs 2%</b>
<b>Menos manifestaciones extraintestinales</b>	<b>3% Vs 27-60%</b>
<b>Comorbilidades, polifarmacia y efectos adversos</b>	

Everhov A, et al. *Gastroenterology*. 2018;154:518-528.e15  
Charpentier C, et al. *Gut*. 2014;63:423–32  
Conrad K, et al. *Autoimmun Rev*. 2014;13:463–6

**Table 2** Crohn's disease in older individuals (compared with younger)

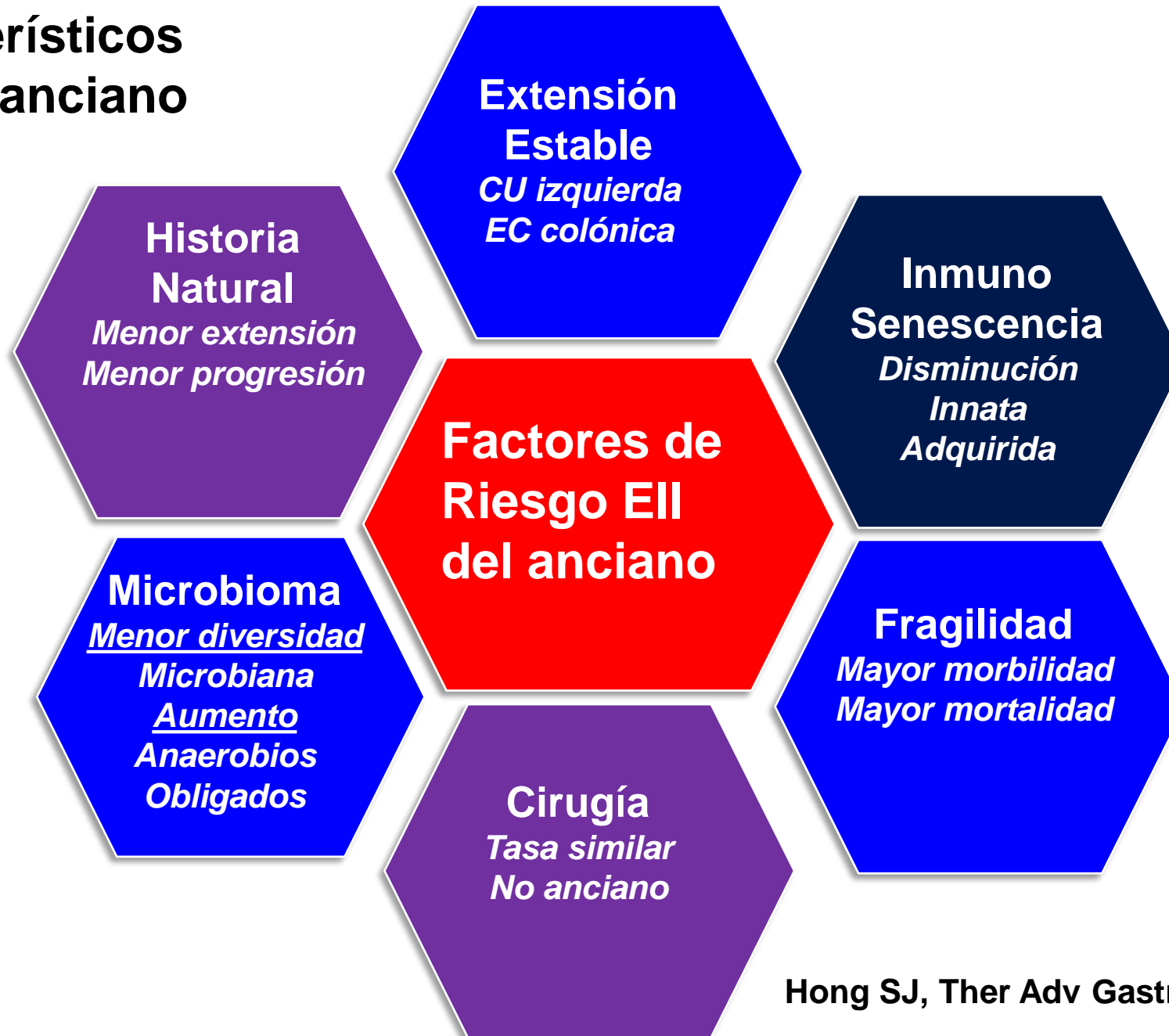
<b>Location</b>	<b>Colonic disease more common than ileocolonic</b>
Bleeding	Less than younger patients
Penetration	Less penetration and less stricturing
Extraintestinal manifestations	Less common
Cancer risk	More common

**Segal JP, Frontl Gastroenterol 2019;11:468-77**

**Table 3** Ulcerative colitis in older individuals (compared with younger)

<b>Location</b>	<b>More likely left-sided or extensive than proctitis, less disease extension</b>
Symptoms	Less diarrhoea
Flares	Less flares
Extraintestinal manifestations	Less common
Cancer	More common

# Factores característicos EII de comienzo anciano



# Tratamiento

# Estrategia de manejo en EII

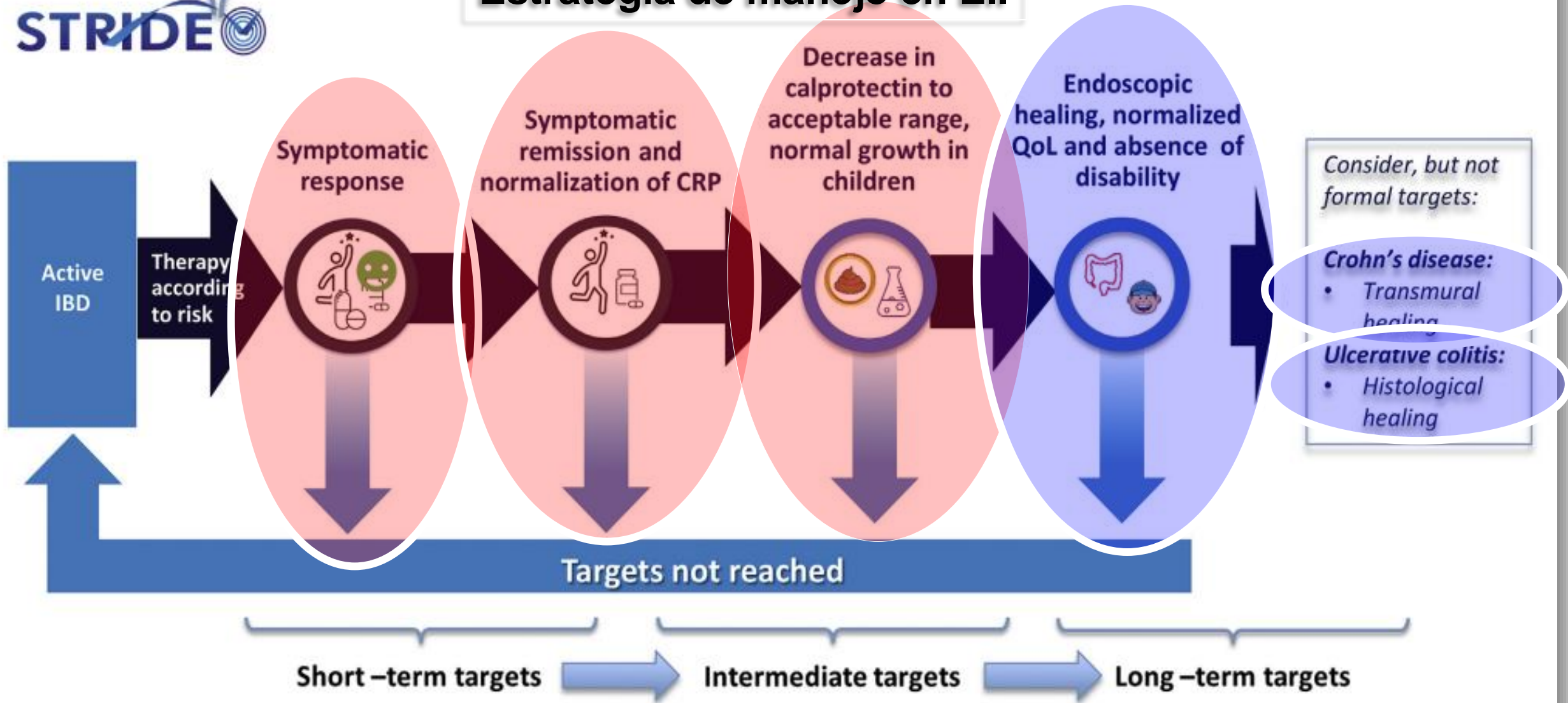
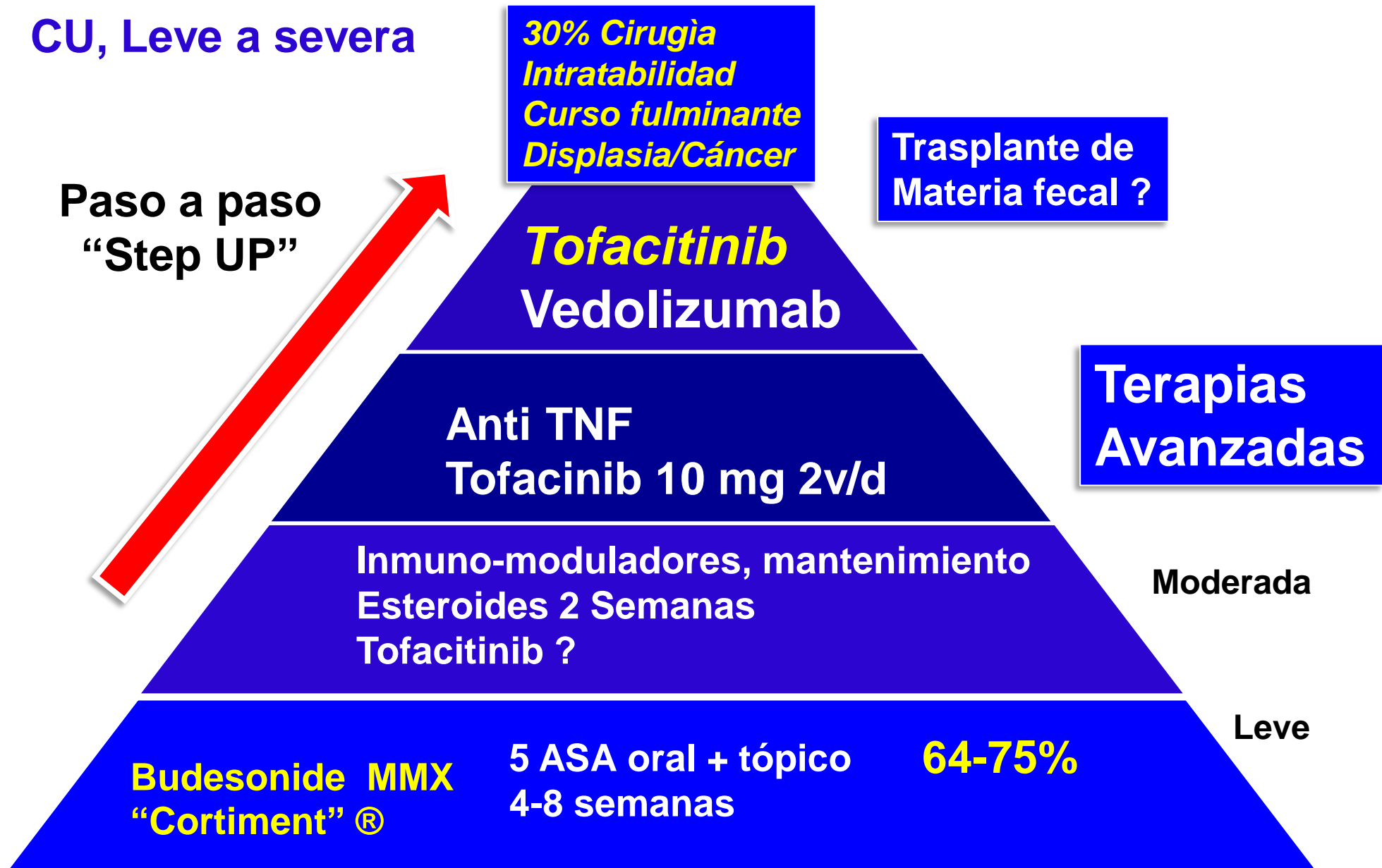


Figure 2. Treatment targets in CD and UC.

CU, Leve a severa

Paso a paso  
"Step UP"



*El adulto mayor*

# Tratamiento

---

**Insuficientemente  
Estudiado**

**Se extrapolan principios  
De personas no ancianas**

**Aumento  
Grasa corporal**

**Disminución  
Masa muscular**

**Disminución  
Agua total**



**Cambios en la  
Función hepática**

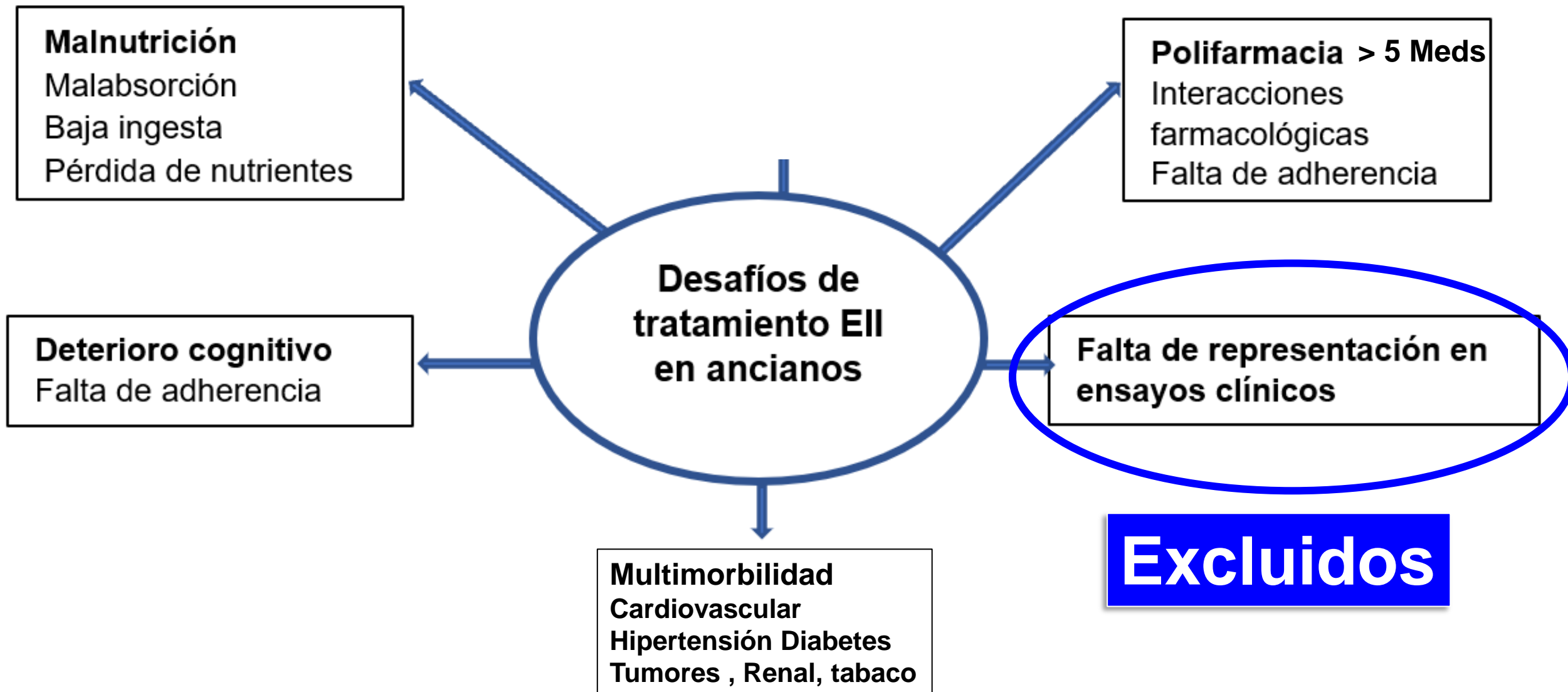
**Menor filtración  
Glomerular**

**Hipoproteïnemia**

**Alteración Farmacocinética  
Metabolismo medicamentos**

Hruz P, Digestion. 2020;101(Suppl 1):105-119  
Hong S, Ther Adv Gastroenterol 2021;14:1-15

# Adulto mayor y Tratamiento de EII



# ElI en el anciano

---

**Fragilidad**

**Estado vulnerabilidad aumentada  
Declinación funcionalidad**



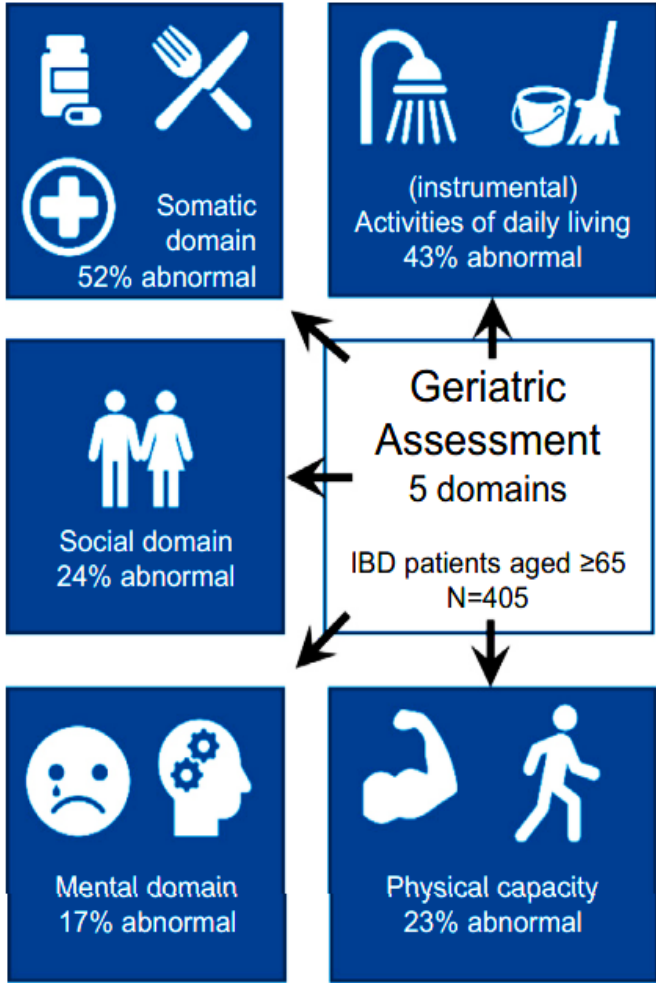
**Métrica emergente  
Predictor del desenlace**

**Rutinariamente  
Descuidada**

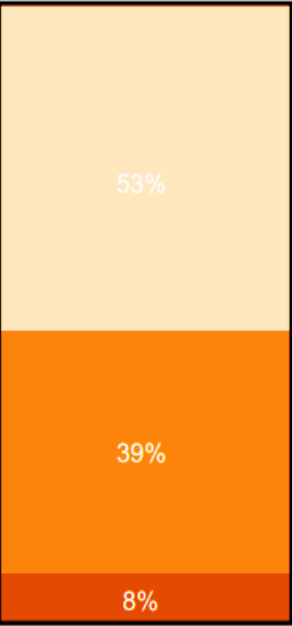
# Deficits in Geriatric Assessment Associate With Disease Activity and Burden in Older Patients With Inflammatory Bowel Disease

Vera E. R. Asscher,<sup>\*</sup> Sanne N. Waars,<sup>\*</sup> Andrea E. van der Meulen-de Jong,<sup>\*</sup> Rogier J. L. Stuyt,<sup>‡</sup> A. Martine C. Baven-Pronk,<sup>§</sup> Sander van der Marel,<sup>||</sup> Rutger J. Jacobs,<sup>¶</sup> Geoffrey J. L. Haans,<sup>#</sup> Lennart J. Meijer,<sup>\*</sup> Jacqueline D. Klijnsma-Slagboom,<sup>\*</sup> Marijn H. Duin,<sup>\*</sup> Milou E. R. Peters,<sup>\*</sup> Felicia V. Y. L. Lee-Kong,<sup>\*</sup> Nanda E. Provoost,<sup>\*</sup> Femke Tijdeman,<sup>\*</sup> Kenan T. van Dijk,<sup>\*</sup> Monse W. M. Wieland,<sup>#</sup> Mirre G. M. Verstegen,<sup>\*</sup> Melissa E. van der Meijs,<sup>\*</sup> Annemijn D. I. Maan,<sup>\*</sup> Floor J. van Deudekom,<sup>\*\*</sup> Simon P. Mooijaart,<sup>\*\*,‡‡</sup> and P. W. Jeroen Maljaars<sup>\*</sup>

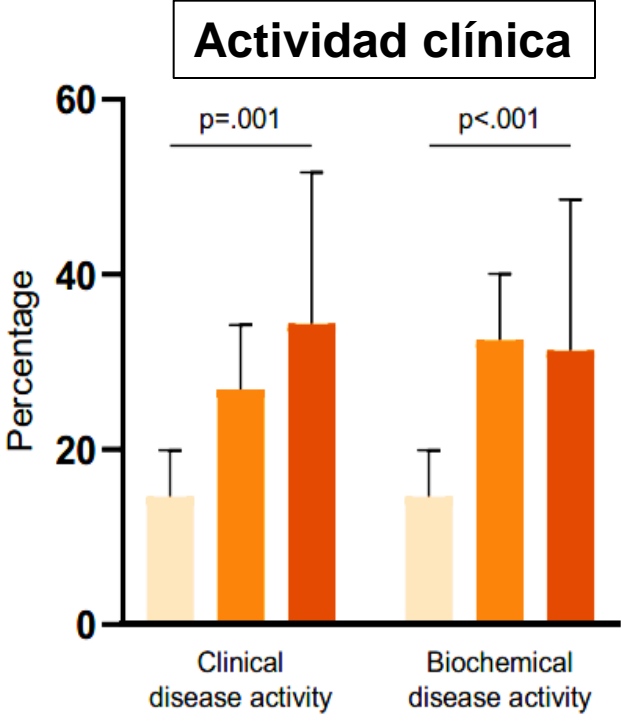
**1er estudio prospectivo 5 dominios funcionales  
Polifarmacia ( $\geq 5$ ), Malnutrición (Mini Nutritional assessment),  
Actividades vida diaria (ADL), Índice Independencia Katz,  
Índice Comorbilidad Charlson**



**Prevalence of deficits in geriatric assessment**



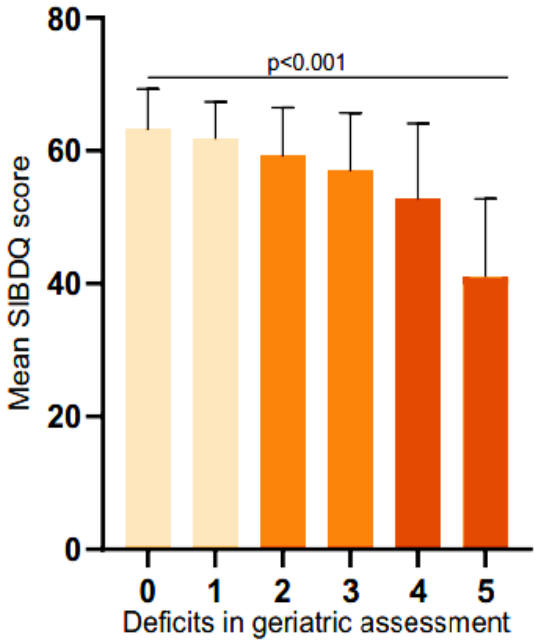
no deficits  
0-1 impaired domains



moderate deficits  
2-3 impaired domains

severe deficits  
4-5 impaired domains

**Calidad de vida**

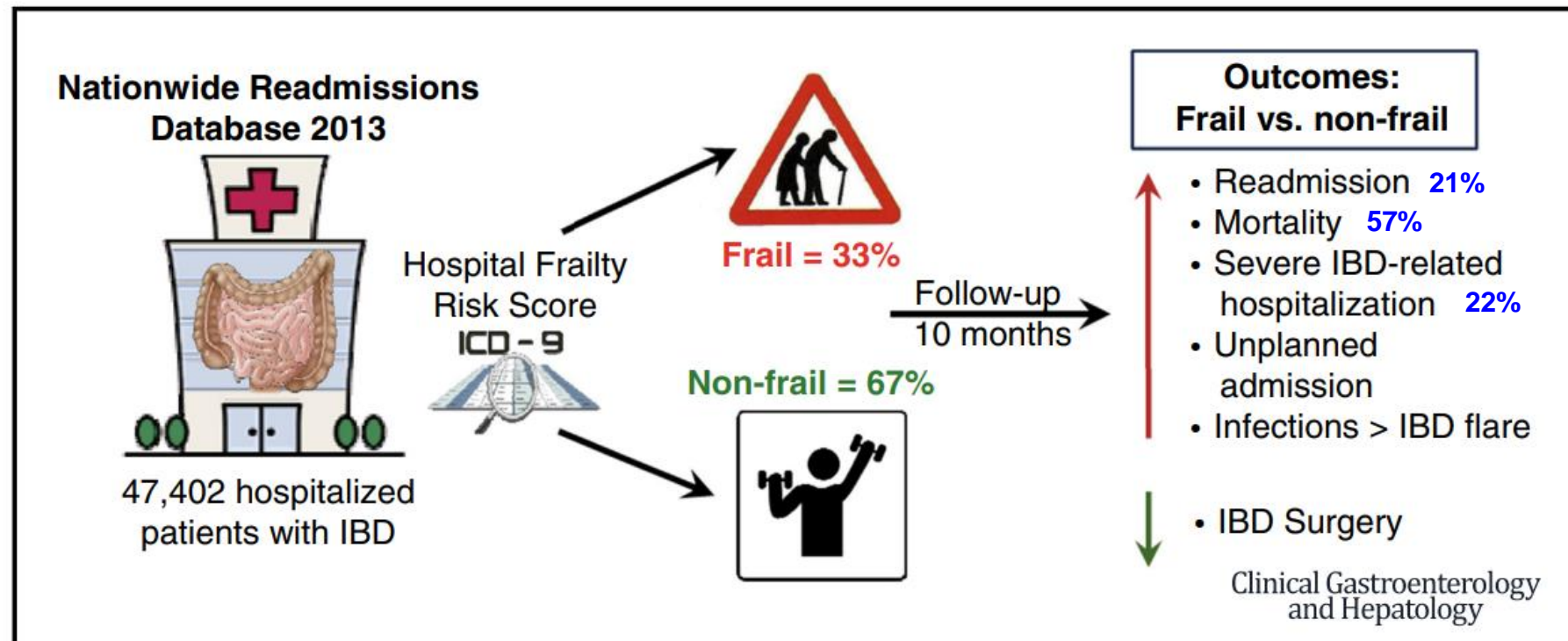


# Frailty Is Independently Associated with Mortality and Readmission in Hospitalized Patients with Inflammatory Bowel Diseases



Alexander S. Qian,<sup>\*,a</sup> Nghia H. Nguyen,<sup>\*,a</sup> Jessica Elia,<sup>‡</sup> Lucila Ohno-Machado,<sup>§</sup>  
William J. Sandborn,<sup>\*</sup> and Siddharth Singh<sup>\*,§</sup>

<sup>\*</sup>Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University of California San Diego; <sup>‡</sup>Expert Rehabilitation Services and  
<sup>§</sup>Division of Biomedical Informatics, Department of Medicine, University of California San Diego, La Jolla, California



# Tratamiento CU en el anciano

---

**No hay estudios específicos en ancianos**

**Ancianos subrepresentados en ECA**

**Recomendaciones inferidas de no ancianos**

**Tratamiento individualizado**

**Polifarmacia: Interacciones medicamentosas**

**Comorbilidades: Índice de comorbilidad Charlson**

# Conceptos claves en el manejo del adulto mayor

---

**Privilegiar remisión síntomas sobre remisión profunda**

**Evitar combos IM + biológicos Infecciones**

**Empezar dosis bajas ir lentamente**

**Desafiante transferir resultados ECC población menor**

**Consultas presenciales familiar escuche recomendaciones**

**Vacunación actualizada Herpes Zoster (Riesgo 1.5-2 veces)**

**Con Inmunosupresión No vacunas vivas (HZ recombinante)**

# Vacunas adulto mayor EI

	<b>Vaccine</b>	<b>Recommendation</b>	<b>Special concerns in IBD population</b>
All adults	<b>Influenza</b>	Annually	Do not use intranasal
	<i>MenB</i>	2–3 doses (depending on the vaccine and indication)	Anatomic or functional asplenia, pregnancy
	<i>TDP</i>	1 dose, then TD booster every 10 years	
	<i>Hib</i>	1 or 3 doses (depending on the indication)	
	<i>HPV</i>	2–3 doses recommended through age 26 for women and age 21 for men	Recommended through age 26 if immunosuppressed (3 doses) or age 45 based on shared decision
	<i>HepA</i>	2–3 doses depending on the vaccine	
	<i>HepB</i>	2–3 doses depending on the vaccine	
	<i>MenACWY</i>	1–2 doses (depending on indication), then booster every 5 years if risk remains	Anatomic or functional asplenia, college, military, or travel
	<b>MMR</b>	1 dose for most adults born after 1957; 2 doses recommended in certain populations	Avoid in immunosuppressed
	<b>Varicella</b>	2 doses (if born later than 1980)	Avoid in immunosuppressed
Age > 50	<b>Zoster</b>	2 doses recombinant (preferred) or one dose live	Avoid live vaccine if immunosuppressed
Age > 65	<i>PCV13</i>	1 dose (if not previously satisfied)	Age 19–64 if immunosuppressed
	<i>PPSV23</i>	1 dose	Age 19–64 if immunosuppressed

# Medicamentos en el adulto mayor con EI

## 5 ASA Piedra angular

*Filtración glomerular  
Tópicos Incontinencia  
Interacción tiopurinas*

## Anti TNF

*Infección  
Falla cardíaca  
Menor eliminación  
Vacunas vivas*

## Tiopurinas

*Toxicidad hematológica  
Linfoma no Hodgkin RR15  
Cáncer piel no melanoma  
Warfarina  
AINES  
IECA*



## Esteroides

*Osteoporosis  
Fractura cadera  
Siquiatria  
Glaucoma  
Cataratas  
Infecciones*

## Tofacitinib, datos limitados Reumatología

*Mayor riesgo Herpes Zoster 100 p/año  
10 mg 5,5, 5mg 3.1 placebo 0. Leve >90%  
Mayor riesgo trombosis venosa y TEP  
10 mg 2v/d u otros factores riesgo  
HA, Diabetes, Tabaco, Coronaria*

## Ustekinumab, (P40 IL12/L23) Datos limitados

*Favorable  
Menor riesgo infecciones*

## Vedolizumab; Datos limitados?

*Favorable  
Menor riesgo infecciones*

# Efficacy of Vedolizumab in a Nationwide Cohort of Elderly Inflammatory Bowel Disease Patients

Nabeel Khan, MD,<sup>\*,†,‡,¶</sup> Tyler Pernes, BA,<sup>\*,||</sup> Alexandra Weiss, MD,<sup>‡</sup> Chinmay Trivedi, MBBS,<sup>\*</sup> Manthankumar Patel, MS,<sup>\*</sup> Elina Medvedeva, MS,<sup>\*</sup> Dawei Xie, PhD,<sup>§</sup> and Yu-Xiao Yang, MD<sup>\*,†,¶</sup>

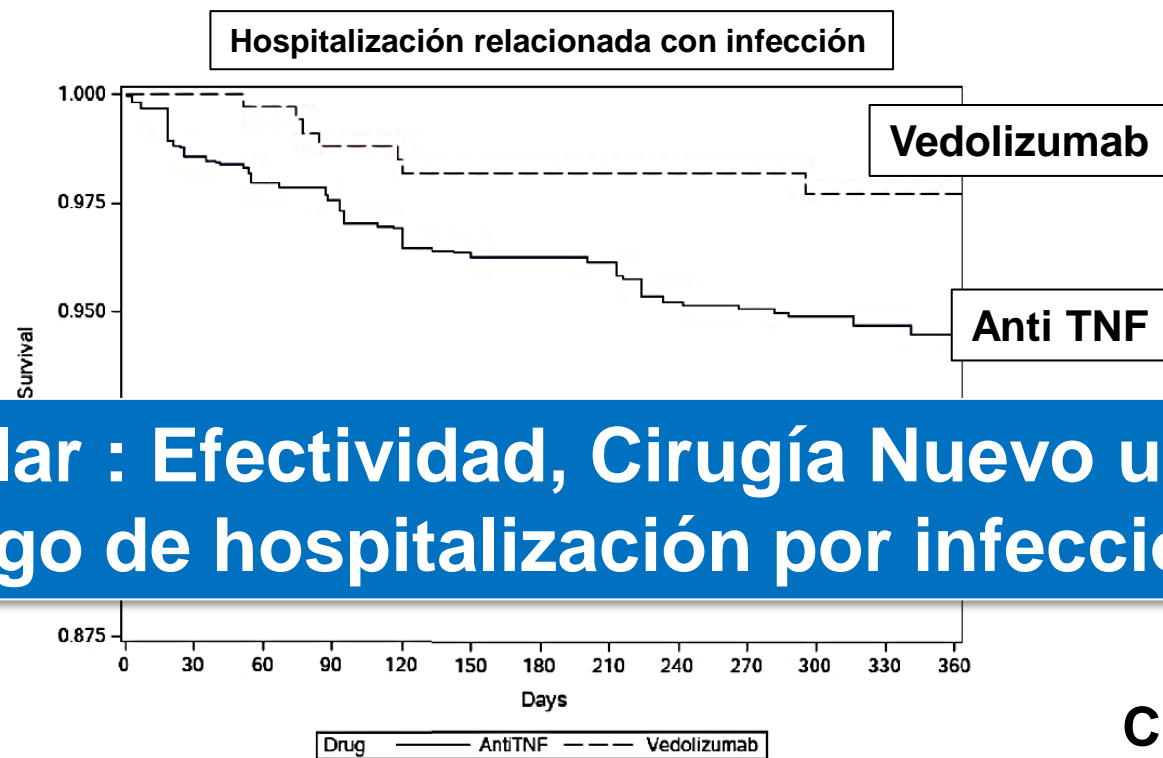
**Cohorte retrospectivo  
N=568, EC 56.7% CU 43.3%**

	Jóvenes	Viejos	p
Libre de esteroides 6-12 meses inicio VDZ	46.8%	40.1%	0.23
Hospitalización relacionada con EII 1 año VDZ	11.2	11.3	0.37
Tasas de cirugía dentro de 1 año de VDZ	3.9%	3.9%	0.51

# Vedolizumab Is Associated With a Lower Risk of Serious Infections Than Anti-TNF Agents in Older Adults

Bharati Kochar,<sup>\*,‡,§</sup> Virginia Pate,<sup>||</sup> Michael D. Kappelman,<sup>¶,#</sup> Millie D. Long,<sup>#,\*\*</sup>  
Ashwin N. Ananthakrishnan,<sup>\*,‡,§</sup> Andrew T. Chan,<sup>\*,‡,§</sup> and Robert S. Sandler<sup>#,\*\*</sup>

Cohortes retrospectivas 65 años Edad promedio 71 años, inicio Anti TNF, VDZ  
Índice de Chalsón  $\geq 2$



Similar : Efectividad, Cirugía Nuevo uso esteroides  
Riesgo de hospitalización por infección VDZ 0.47 (IC95% 0.25-0.85)

# INCIDENCE OF INFECTIONS AND MALIGNANCY AMONG ELDERLY IBD PATIENTS EXPOSED TO VEDOLIZUMAB, PREDNISONE, AND MESALAMINE

Alexandra Weiss, Chinmay Trivedi, Tyler Pernes, Manthankumar Patel, Nabeel H. Khan

**Table 1. Primary outcomes and incidence rates by exposure group**

Outcome	VDZ group			5ASA group			Steroid group		
	Number	PYs	Per 1,000 PYs	Number	PYs	Per 1,000 PYs	Number	PYs	Per 1,000 PYs
Mild Infection	34	365	93.1	61	533	114.4	35	226	155.1
Severe Infection	15	390	38.5	19	621	30.6	19	282	67.4
Malignancy (exc. NMSC)	7	399	17.6	10	641	15.6	12	281	42.6
C piel no melanoma	14	386	36.3	3	651	4.6	11	282	39.0

# Anciano EII Intestinal

## Inducción

**Budesónida** sobre prednisolona  
**Anti TNF:** pacientes seleccionados, Severos,  
**Vedolizumab:** puede ser favorable < infecciones y complicaciones  
**Ustekinumab:** puede ser favorable < infecciones y complicaciones  
Menos riesgo infecciones y complicaciones  
**Tofacitinib** Mayor riesgo trombosis  
10 mg 2v/d otros factores riesgo

## Mantenimiento

**Anti TNF:** Evaluar indicación adherencia, > infecciones mortalidad  
**Vedolizumab:** Puede ser favorable < infecciones y complicaciones  
**Ustekinumab:** puede ser favorable < infecciones y complicaciones  
**Tofacitinib** Mayor riesgo trombosis  
10 mg 2v/d otros factores riesgo

# Safety and Efficacy of Tumor Necrosis Factor Antagonists in Older Patients With Ulcerative Colitis: Patient-Level Pooled Analysis of Data From Randomized Trials

N=2257

Análisis combinado de ECCA CU moderada-severa

David Cheng,<sup>\*,‡,a</sup> Kelly C. Cushing,<sup>‡,§,||,a</sup> Tianxi Cai,<sup>\*,‡</sup> and Ashwin N. Ananthakrishnan<sup>‡,§</sup>

35

**Eficacia similar ancianos y no anciano**

Inducción OR 1.05 (IC95% 0.33 - 3.39)

Mantenimiento OR 0.49 (IC95% 0.18 - 1.33)

**Ancianos mayor riesgo de efectos adversos severos y no se aumenta con Anti TNF**

**Controvierte concepto clásico de > riesgos con Anti TNF viejos!**

**Efectos adversos**

Muerte

Evento que an

Hospitalización

Significativa i

1.3 0 0.1 0

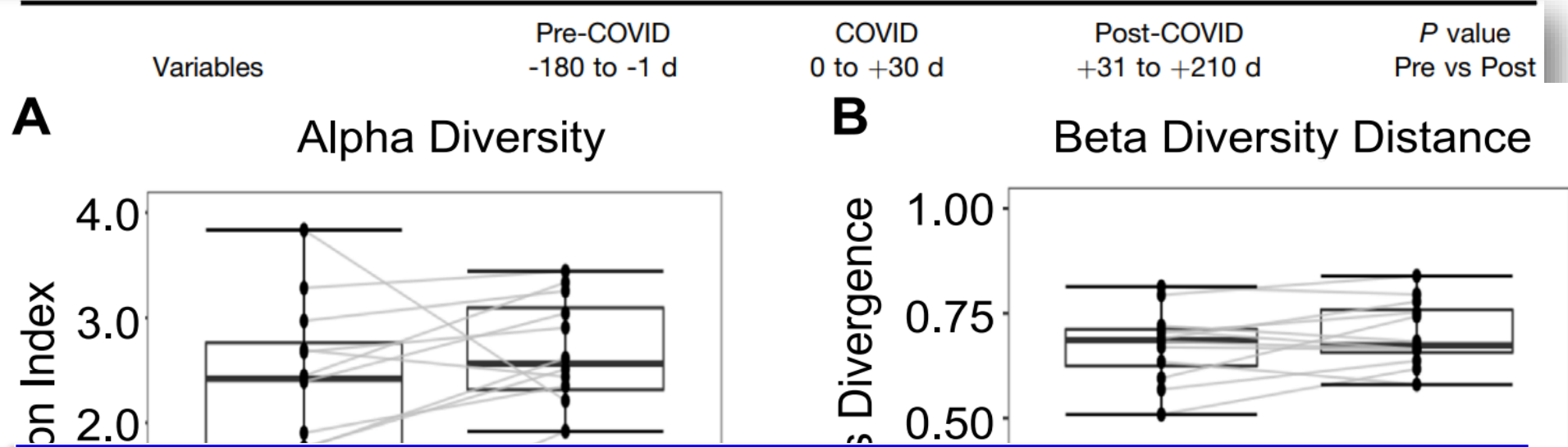
Neoplasias

# No Durable Impact of COVID-19 on Intestinal Disease Activity in Subjects With IBD

Dana J. Lukin,<sup>\*,‡,§</sup> Gabriela Funez-dePagnier,<sup>\*,‡,§</sup> Svetlana Lima,<sup>§,||</sup> Daniel Lai,<sup>\*,‡,§</sup>  
Lucia Duenas-Bianchi,<sup>\*,‡,§</sup> Waseem Ahmed,<sup>\*,‡,§</sup> Vinita Jacob,<sup>\*,‡,§</sup> Robert Battat,<sup>\*,‡,§</sup>  
Ellen Scherl,<sup>\*,‡,§</sup> and Randy S. Longman<sup>\*,‡,§,||</sup>

**Más frecuentemente síntomas GI pos infección**

**COVID  
Y EII**



**Después de 6 meses No hay impacto duradero del COVID-19 Sobre actividad clínica o composición microbioma**

Variables	Pre-COVID -180 to -1 d	COVID 0 to +30 d	Post-COVID +31 to +210 d	P value Pre vs Post
COVID-19 GI symptoms	20 (61)	8 (39)	20 (71)	
Need for surgery, n (%)	3 (2.8)	0 (0)	2 (1.8)	.68
Need for IBD hospitalization, n (%)	6 (5.6)	2 (1.7)	7 (6.2)	> .99
Medication change, n (%)	53 (50)	33 (28)	45 (40)	.14
Newly started	42 (40)	14 (12)	36 (32)	
Steroid	17 (16)	4 (3.4)	15 (13)	
Delayed	2 (1.9)	10 (8.5)	5 (4.4)	
Discontinued	20 (19)	8 (6.8)	15 (13)	

# Mensajes para la casa

---

**Adulto mayor tiene otra biología**

**No están incluidos en los ensayos clínicos**

**Índices fragilidad impactan evolución y tratamiento**

**Se necesita acompañamiento Geriátrica**

**Ancianos con CU más colectomía y mortalidad**

**Mayor impacto de las comorbilidades y polifarmacia**

**Preferir terapias sin impacto sistémico**

**5 ASA, Budesónida, Vedolizumab**

**Familia  
Simpson y  
El en ancianos**

**Tendremos  
Geriatras!!**

**Geriatras!  
Geriatras!  
Geriatras!!**



**Geriatras!  
Geriatras!  
Geriatras!!**

**Geriatras!  
Geriatras!  
Geriatras!!**

***Muchas gracias***  
***Muy amables!***