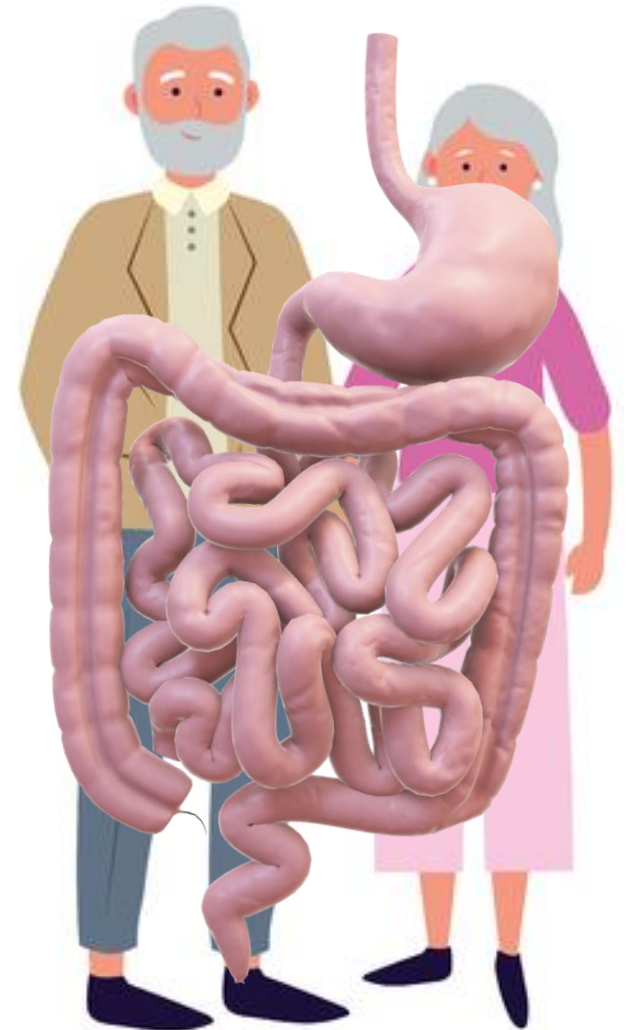




# Tratamiento de EII en >65 años: consideraciones especiales



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



# Enfermedad inflamatoria intestinal

**96.5%**

**El inicio en pediatría  
El inicio en adultos**



**<5%**

**El inicio en  
Adultos mayores**

# Past and Future Burden of Inflammatory Bowel Diseases Based on Modeling of Population-Based Data



Stephanie Coward,<sup>1,2</sup> Fiona Clement,<sup>2</sup> Eric I. Benchimol,<sup>1,3,4,5</sup> Charles N. Bernstein,<sup>1,6</sup> J. Antonio Avina-Zubieta,<sup>7</sup> Alain Bitton,<sup>1,8</sup> Mathew W. Carroll,<sup>1,9</sup> Glen Hazlewood,<sup>2</sup> Kevan Jacobson,<sup>1,10</sup> Susan Jelinski,<sup>9,11</sup> Rob Deardon,<sup>2</sup> Jennifer L. Jones,<sup>1,12</sup> M. Ellen Kuenzig,<sup>1,3,4,5</sup> Desmond Leddin,<sup>1,13</sup> Kerry A. McBrien,<sup>2</sup> Sanjay K. Murthy,<sup>1,4,5,14</sup> Geoffrey C. Nguyen,<sup>1,5,15,16</sup> Anthony R. Otley,<sup>1,12</sup> Remo Panaccione,<sup>2</sup> Ali Rezaie,<sup>17</sup> Greg Rosenfeld,<sup>1,7</sup> Juan Nicolás Peña-Sánchez,<sup>1,18</sup> Harminder Singh,<sup>1,6</sup> Laura E. Targownik, and Gilaad G. Kaplan<sup>1,2</sup>

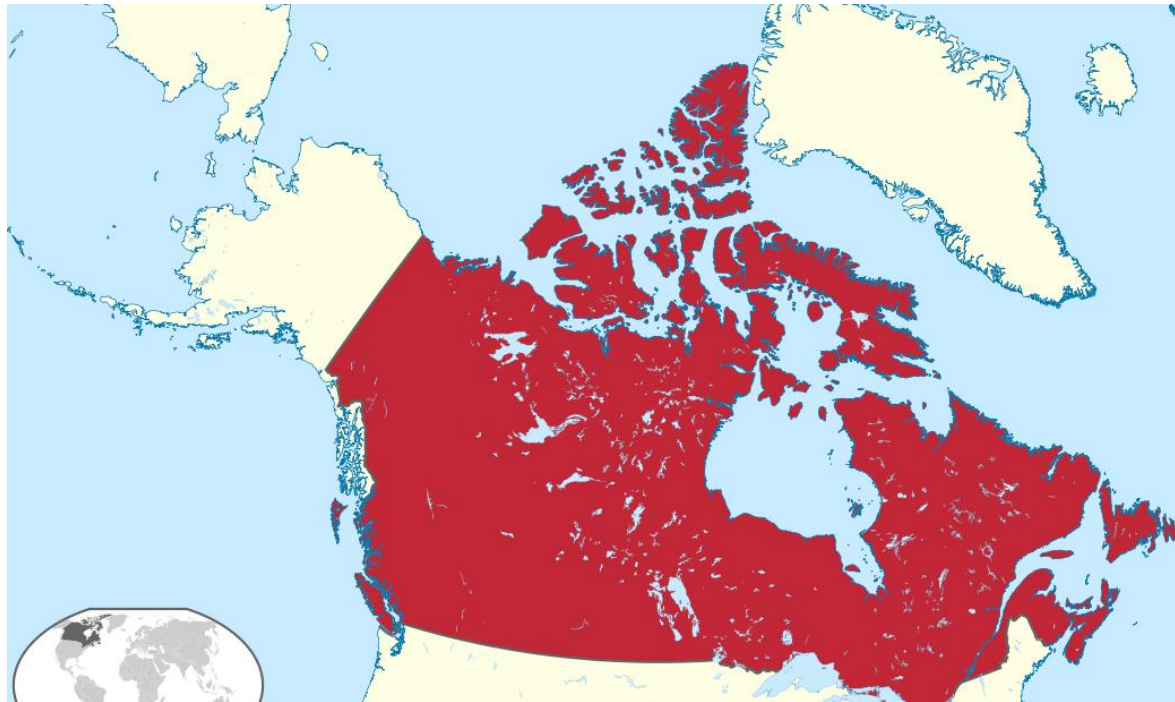
**2030**



**>30% IIB  $\geq$  60 años  
18-59 años +  $\geq$  60 años**

# EII 2023 Canadá

**1/88 (1.14%) ancianos EII  
2.76% año, Combinación  
Diagnostico temprano y tardío**

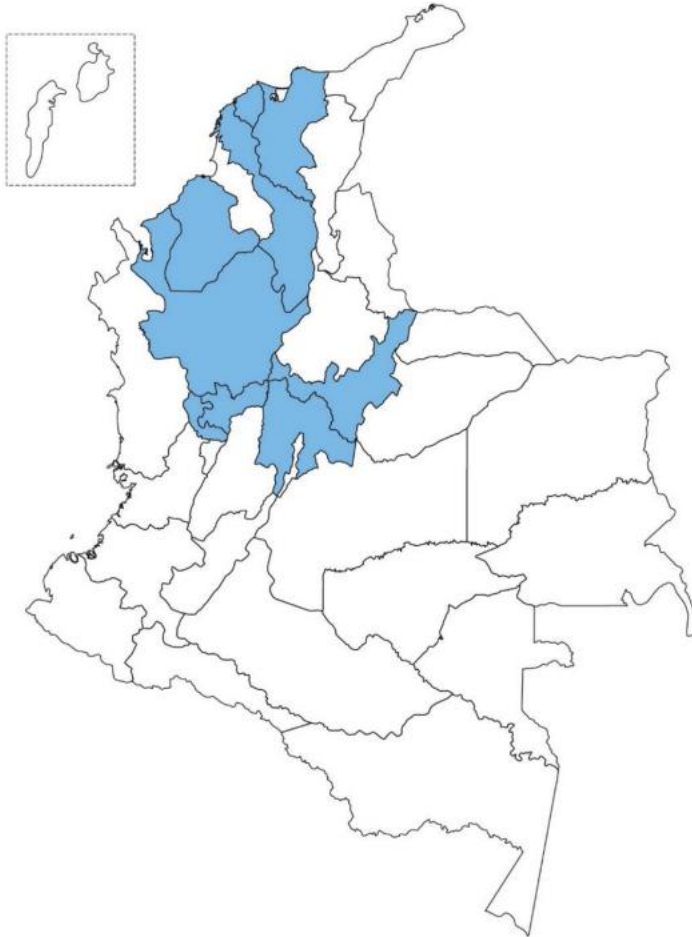


**Coward S, et al Gastroenterology 2022;162(7, Supplement):S412–3.**

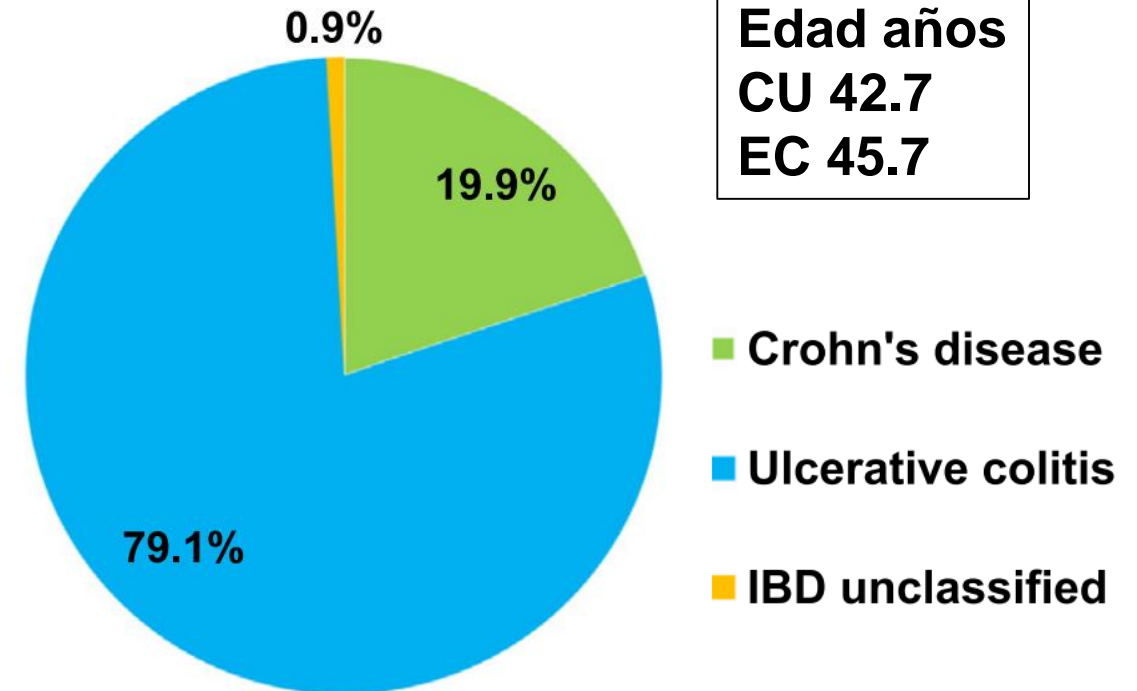
# Characterization of inflammatory bowel disease in Colombia: Results of a national register<sup>☆</sup>



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



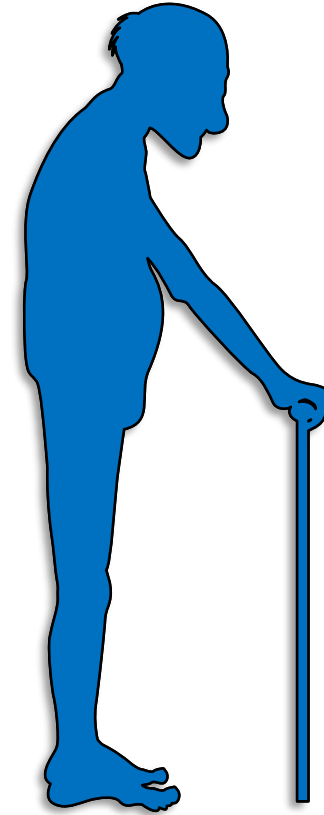
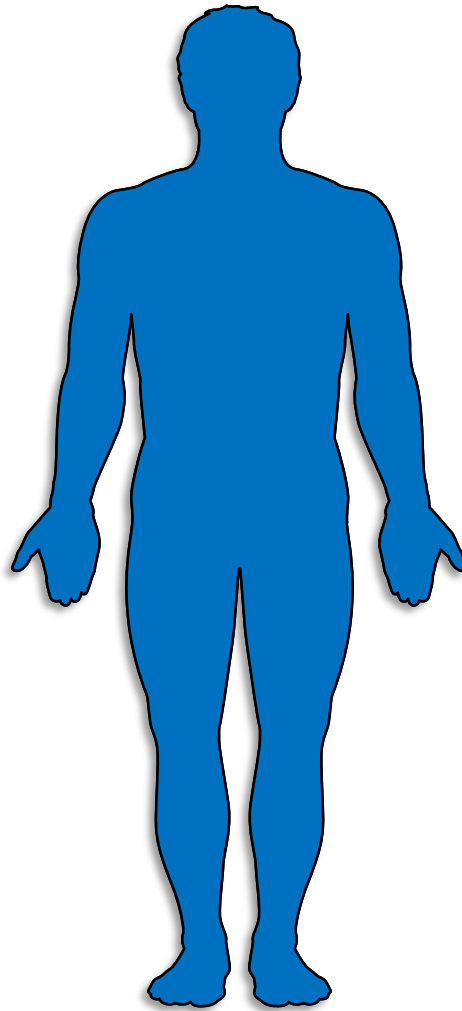
**Pacientes Evaluados**  
**2.291**



**Edad años**  
**CU 42.7**  
**EC 45.7**

- Crohn's disease
- Ulcerative colitis
- IBD unclassified

**CU:EC**  
**3.9:1**



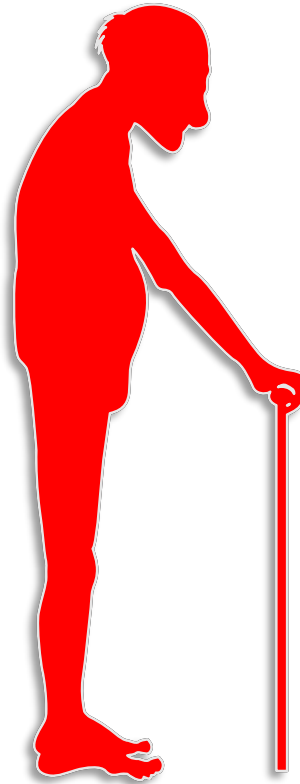
Nueva biología  
Geriatría

**Adulto mayor**  
Colombia 60 años  
En general  $\geq 65$  años  
Japón  $> 75$  años

**Aumento  
Grasa corporal**

**Disminución  
Masa muscular**

**Disminución  
Agua total**



**Cambios en la  
Función hepática**

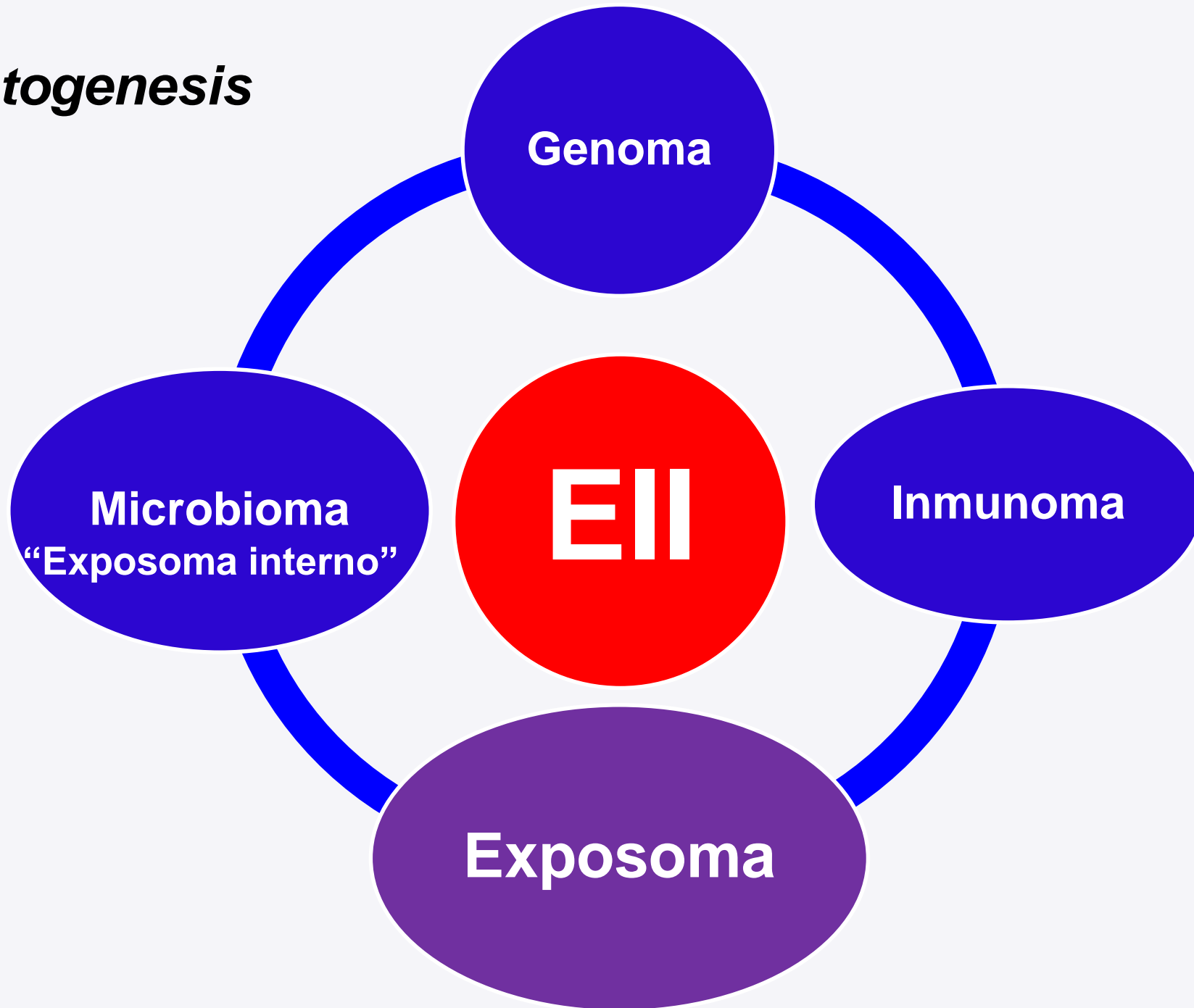
**Menor filtración  
Glomerular**

**Hipoproteïnemia**

**Alteración Farmacocinética  
Metabolismo medicamentos**

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

*Ell: patogenesis*



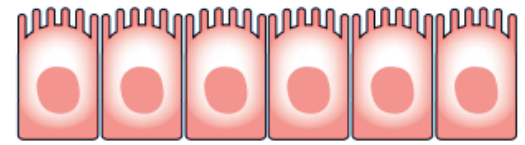


↑ **Disbiosis Intestinal** → ↓ **Ácidos grasos cadena corta**

↑ *Bacteriodes*  
↓ *Firmicutes and Bifidobacteria*


↓ **Función barrera epitelial**


Lumen  
Epithelium




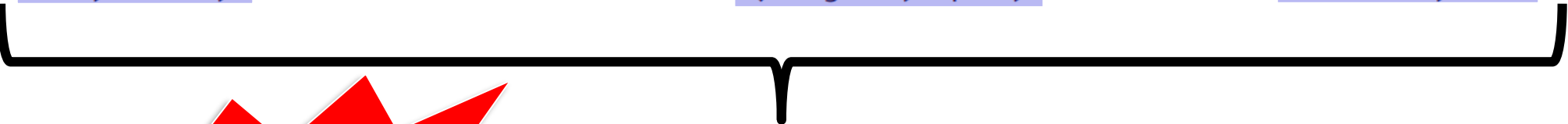
**Sistema inmune Adaptativo**

**Sistema inmune innato**

Natural killer cell   
↑ Abundance  
↓ Cytotoxicity

 Macrophage  
↓ Phagocytosis  
↓ Migratory capacity

  
↓ Naive T cells  
↓ T-cell repertoire  
↑ Memory T cells



**Inmuno Senescencia**

**Envejecimiento Inflamatorio**  
**Predispone a autoinmunes**

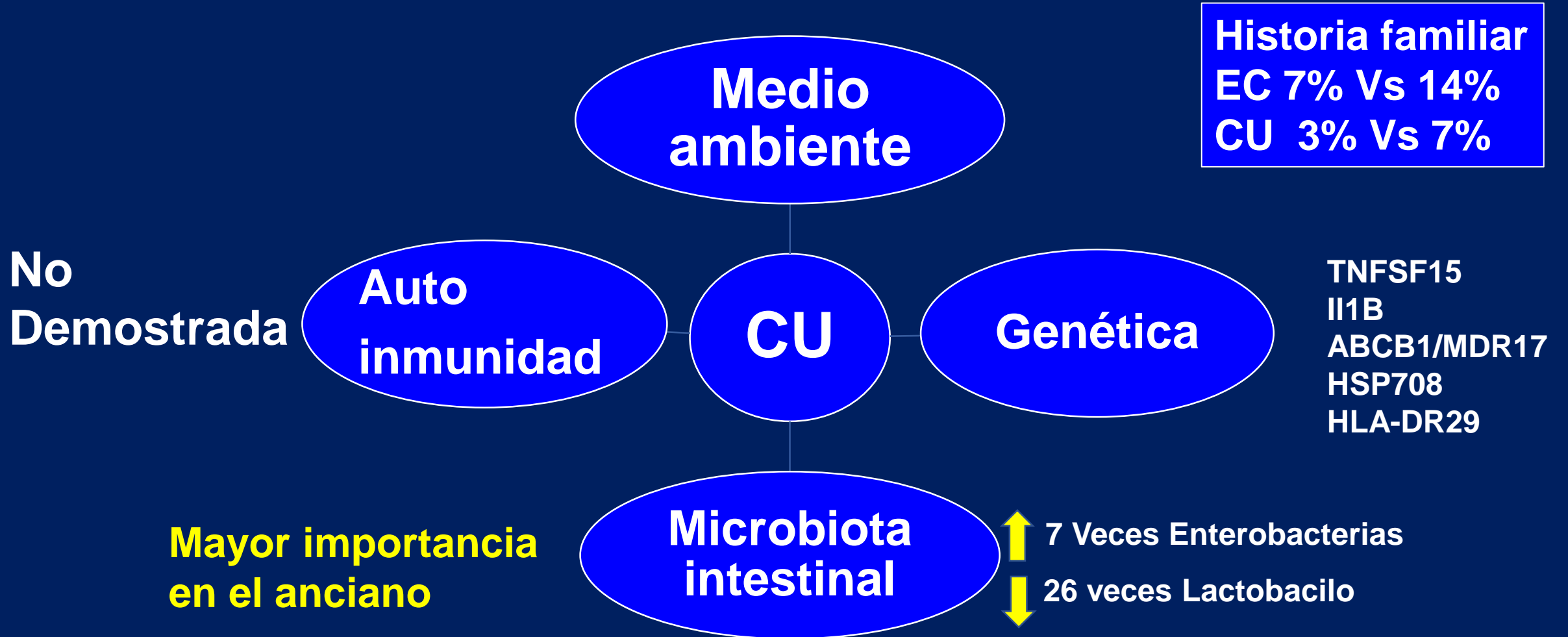
↑ TNF  
↑ IL-1  
↑ IL-6

Singh S, et al. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023;8:368-82  
Ray D, *Clin J Immunol* 2018;196:59-63

# Factores característicos EII de comienzo anciano



# 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

**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

# 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)

**Location** **Colonic disease more common than ileocolonic**

Bleeding Less than younger patients

Penetration Less penetration and less stricturing

Extraintestinal manifestations Less common

Cancer risk More common

# EII Adulto mayor

**EII**

**Demora  
Dagnòstico**

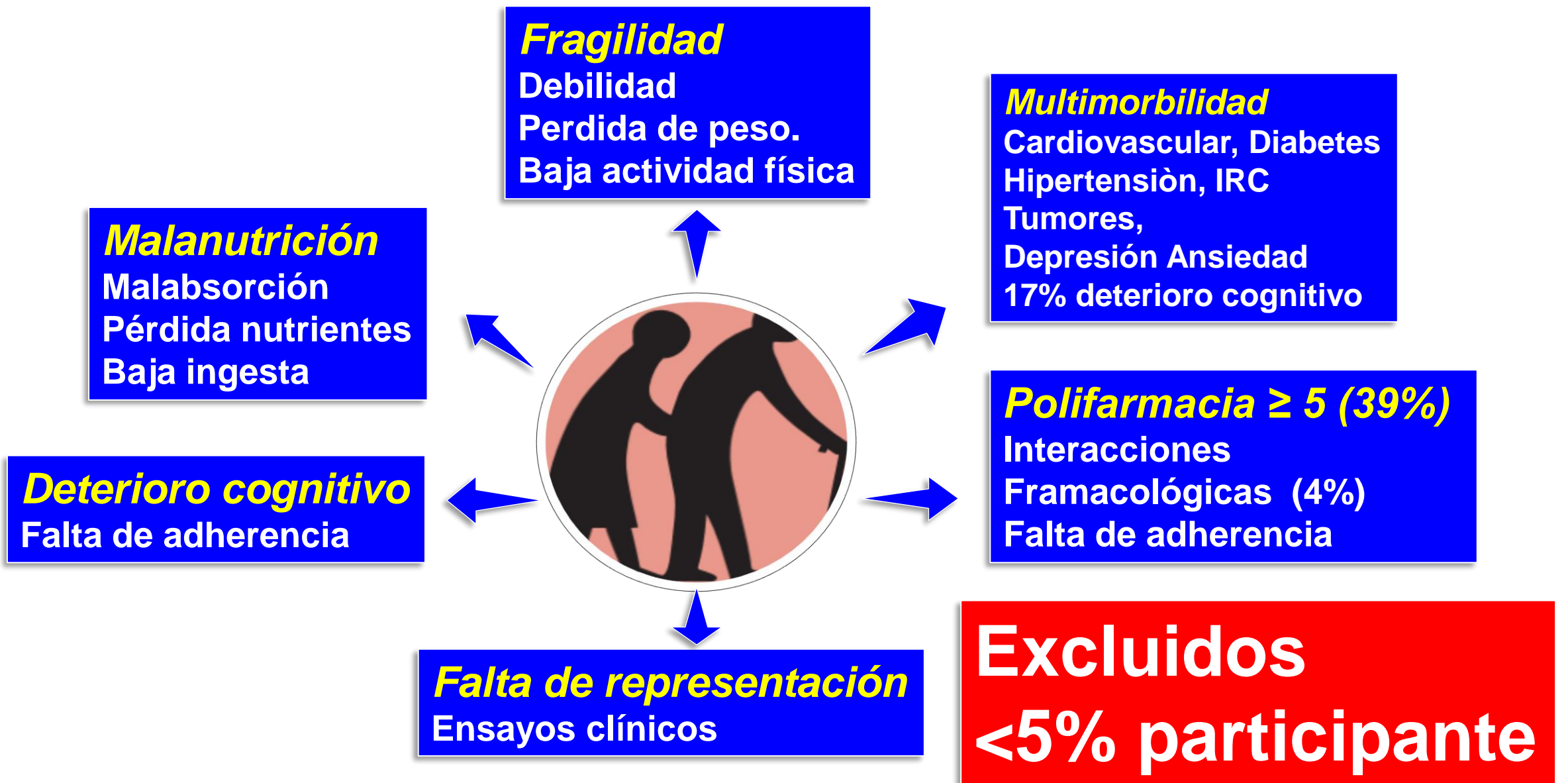
**Fragilidad**

**Alto riesgo  
Complicaciones**

**Pocas Guías manejo  
Basadas en evidencias**

**Morbilidades**

**Polifarmacia**



# Is it time to include older adults in inflammatory bowel disease trials? A call for action

Sophie Vieujean, Bénédicte Caron, Vipul Jairath, Athanase Benetos, Silvio Danese, Edouard Louis, Laurent Peyrin-Biroulet

	Number of trials, n (%)
Upper age limit	129 (58%)
>60 years	2 (1%)
>65 years	18 (8%)
>70 years	21 (10%)
>75 years	50 (23%)
>80 years	32 (14%)
>85 years	1 (1%)
>90 years	1 (1%)
>95 years	0
≥99 years	4 (2%)

Comorbidities	168 (76%)
Generic term	75 (34%)
Cardiovascular	68 (31%)
Pulmonary	39 (18%)
Renal	82 (37%)
Hepatic	76 (34%)
Endocrine	43 (19%)
Haematological	41 (19%)
Neurological	46 (21%)
Gastrointestinal other than IBD	46 (21%)
Previous malignancy	99 (45%)
Previous bowel resection	36 (16%)
Previous exposure to IBD treatment	43 (19%)
Cognitive impairment or inability to give informed consent	12 (5%)
Disability	2 (1%)

# Study of Drugs Likely to be used in the Elderly

NOVEMBER 1989

[Download the Final Guidance Document](#)

Final

[f Share](#) [t Tweet](#) [in LinkedIn](#) [✉ Email](#) [🖨 Print](#)

[Search for FDA Guidance Documents](#)

[Search for FDA Guidance Documents](#)

**Issued by:** Center for Drug Evaluation and Research

The FDA published Good Guidance Practices in February 1997. This guidance was developed and issued prior to that date.

**Content current as of:**  
05/05/2020

**Regulated Product(s)**  
Drugs

**“No existe una buena base para excluir a pacientes basándose únicamente en la edad o debido a la presencia de cualquier enfermedad o medicación concomitante, a menos que haya razón para creer que la enfermedad o medicación concomitante pondrá en peligro al paciente o provocará confusión, en la interpretación de los resultados del estudio”.**

US Food & Drug Administration. Study of drugs likely to be used in the elderly. 1989.

<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/ucm072048.pdf>  
(accessed Septiembre 13, 2023)

# Tratamiento Adultos mayores

---

**Insuficientemente  
Estudiado**

**Se extrapolan principios  
De personas no ancianas**

# Estrategia de manejo en EI Joven adulto

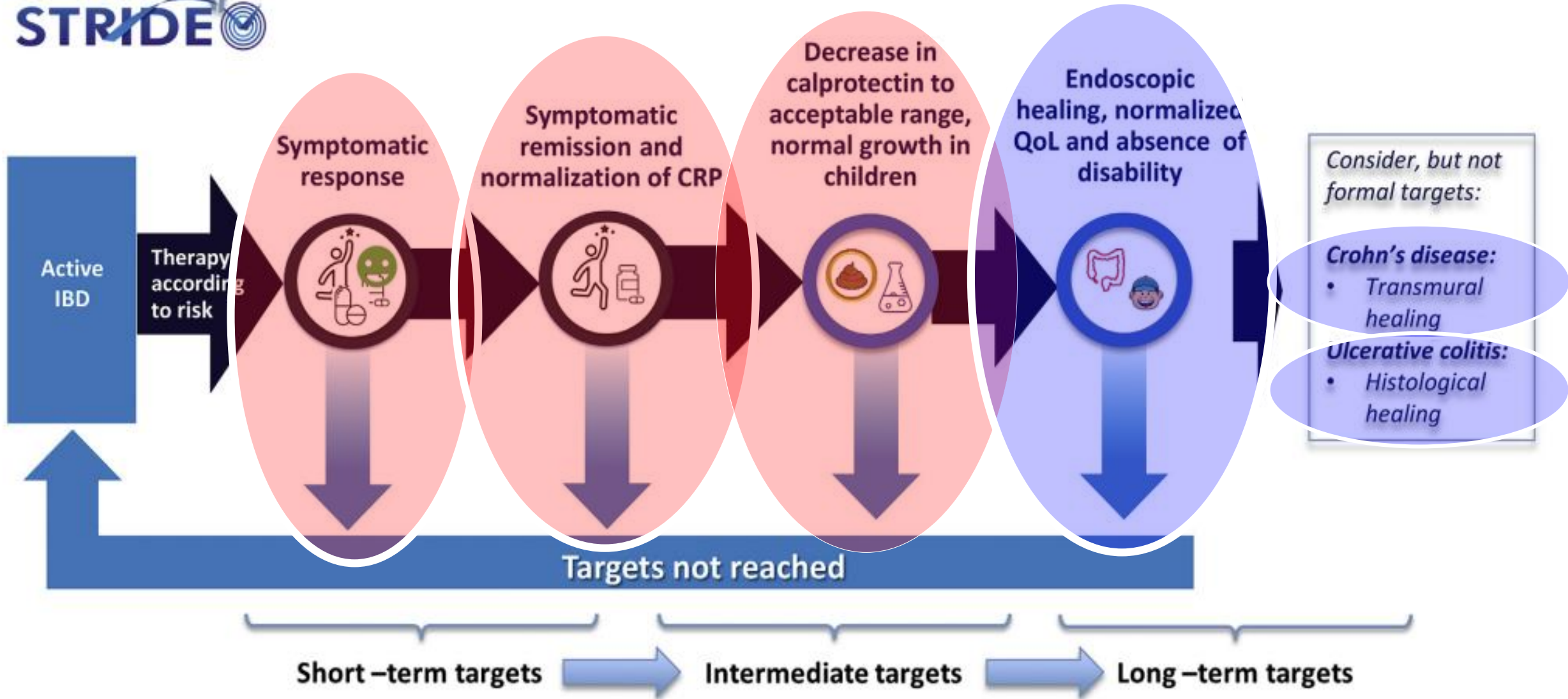
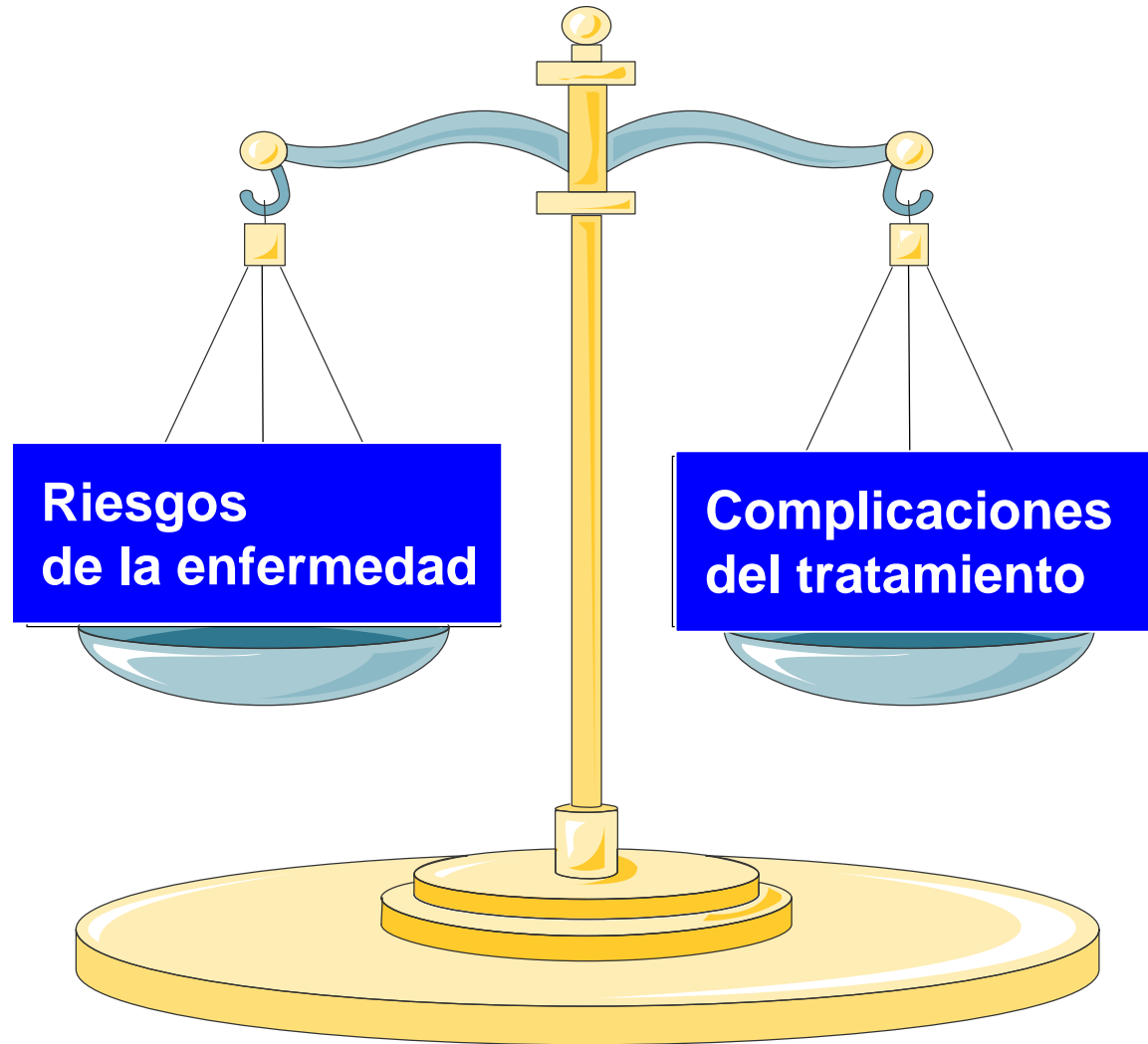


Figure 2. Treatment targets in CD and UC.

# El adulto mayor

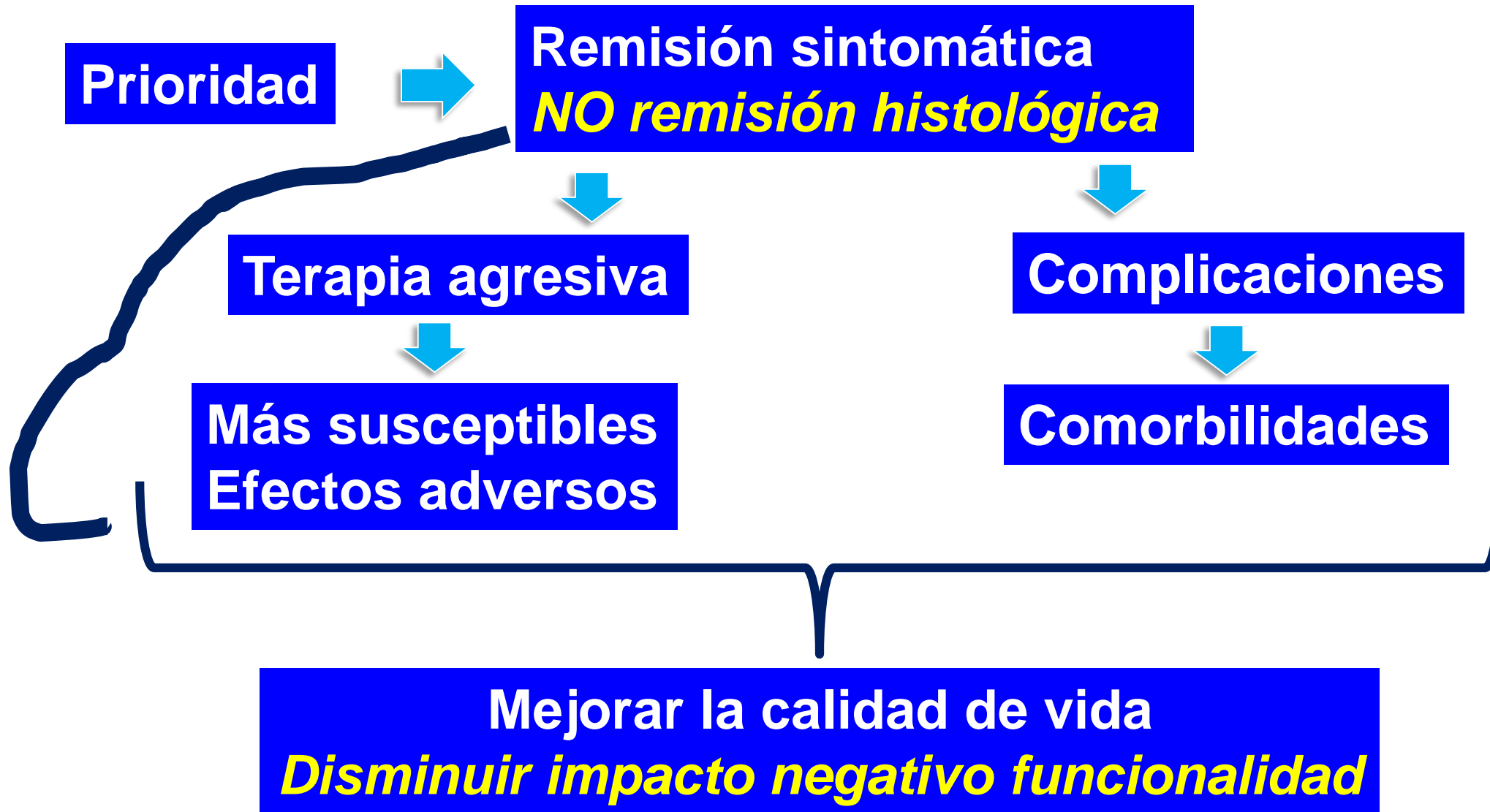


# El adulto Mayor



**Controlar EII con mínima inmunosupresión**  
**Minimizar manifestaciones de la EII**  
**Disminuir descompensación comorbilidades crónicas**

# Adulto Mayor



# El en el anciano, Principios del tratamiento



**Mirar más allá de la edad**  
**Discutir con el paciente desenlaces esperados**  
**Considerar cirugía electiva como una opción**



**Utilizar esteroides a largo plazo**  
**No utilizar el tratamiento más efectivo**  
**Demorar cirugía cuando está indicada**

# 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>

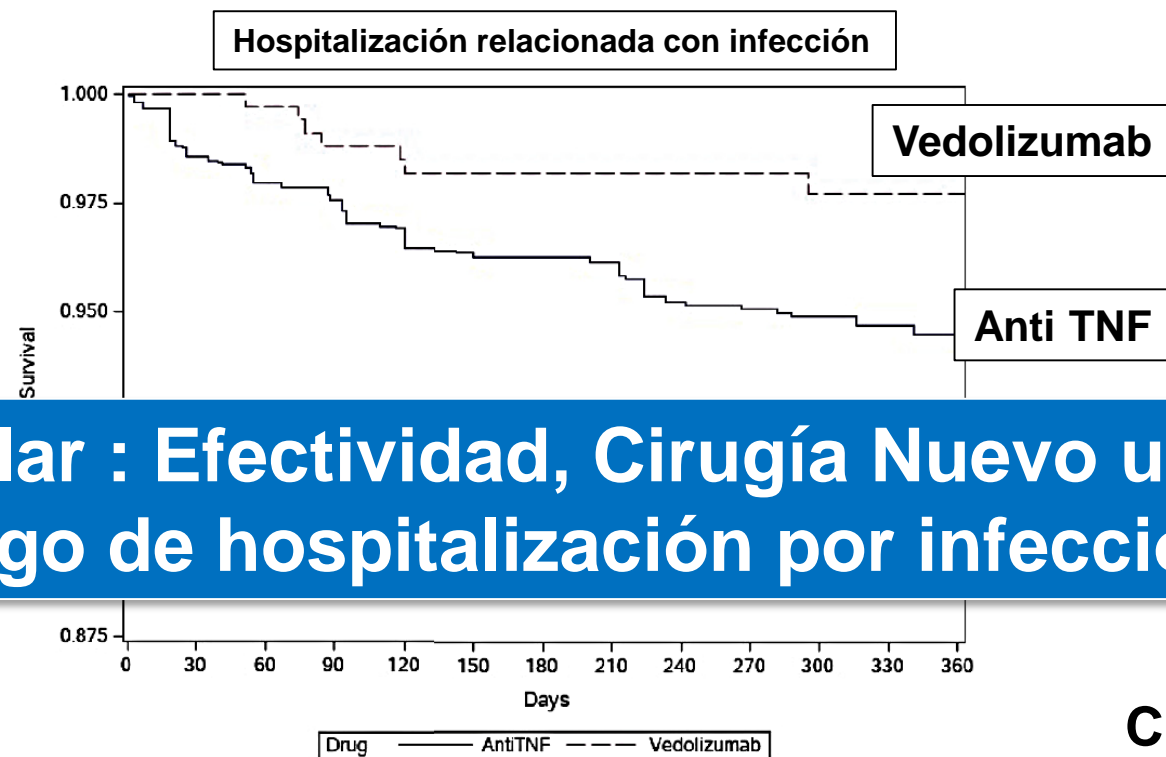
**Cohorte retrospectivo  
N=568, EC 56.7% CU 43.3%**

	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

```
graph TD; A[Anciano EII] --> B[Inducción]; A --> C[Mantenimiento];
```

### Inducción

**Budesónida** sobre prednisolona  
**Anti TNF:** pacientes seleccionados, Severos,  
**Vedolizumab:** puede ser favorable < infecciones y complicaciones  
**Ustekinumab:** puede ser favorable  
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

Hospitalizació

Significativa i

1.3 0 0.1 0

Neoplasias

# ElI en el anciano

**Fragilidad**

```
graph TD; A[Fragilidad] --> B[Estado vulnerabilidad aumentada<br/>Reserva fisiológica disminuida]; B --> C[Métrica emergente<br/>Predictor del desenlace]; B --> D[Rutinariamente<br/>Descuidada];
```

**Estado vulnerabilidad aumentada  
Reserva fisiológica disminuida**

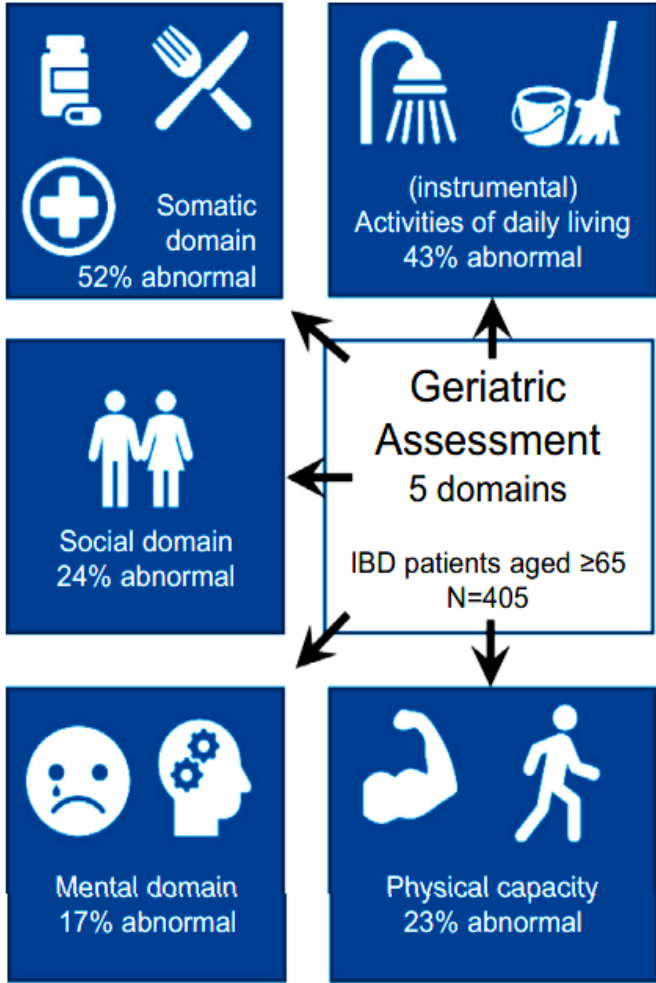
**Métrica emergente  
Predictor del desenlace**

**Rutinariamente  
Descuidada**

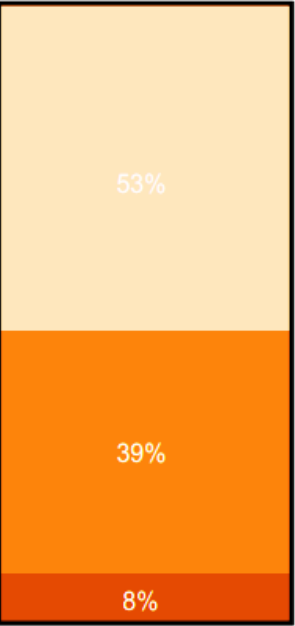
# Deficits in Geriatric Assessment Associate With Disease Activity and Burden in Older Patients With Inflammatory Bowel Disease

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**

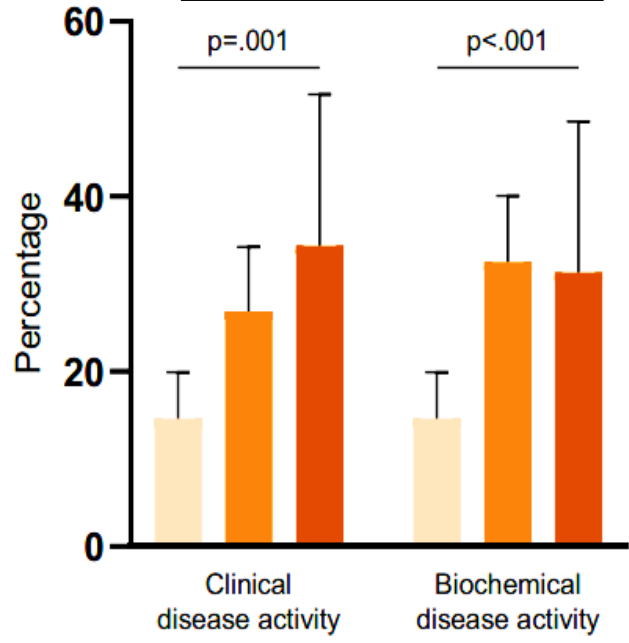


Prevalence of deficits in geriatric assessment

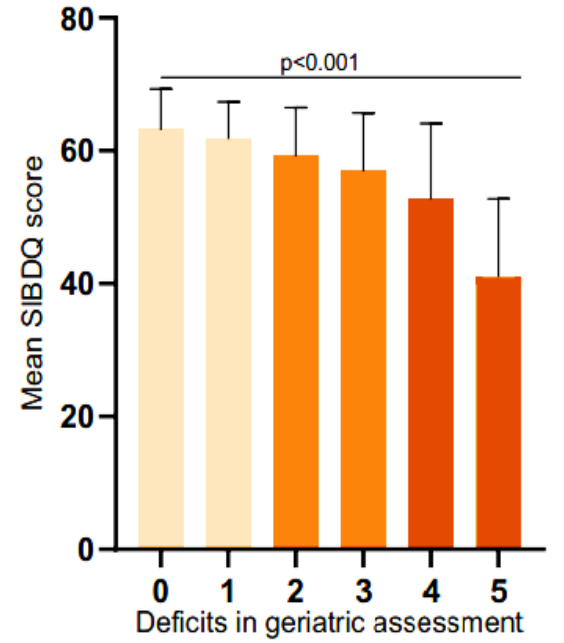


no deficits  
0-1 impaired domains
  moderate deficits  
2-3 impaired domains
  severe deficits  
4-5 impaired domains

**Actividad clínica**



**Calidad de vida**



Clinical Gastroenterology and Hepatology

# Mensajes para la casa

---

**Adulto mayor tiene otra biología**

**No están incluidos en los ensayos clínicos**

**Índices fragilidad impactan evolución y tratamiento**

**Ancianos con CU más colectomía y mortalidad**

**Preferir terapias sin impacto sistémico**

**5 ASA, Budesónida, Vedolizumab**

**Mayor impacto de las comorbilidades y polifarmacia**

**Se necesita acompañamiento Geriátrica**

# Familia Simpson y El en ancianos

**Geriatras!!**

**Geriatras!  
Geriatras!  
Geriatras!!**



**Geriatras!  
Geriatras!  
Geriatras!!**

**Geriatras!  
Geriatras!  
Geriatras!!**

Muchas gracias!



# **SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES**

---

## **Safety of Biologic Therapy in Older Patients With Immune-Mediated Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis**

Nienke Z. Borren and Ashwin N. Ananthakrishnan

**14 estudios 4719 ancianos**

<b>Infecciones</b>	<b>OR 2.28 (1.57-3.31) 13% vs 6%</b>
<b>Neoplasias</b>	<b>OR 3.07 (1.98-4.62)</b>

Borren NZ, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2019;17:1736-1743

# El Aspectos del anciano

**Polifarmacia:** Simplificar tratamiento, identificar interacciones

**Comorbilidades:** No anti TNF en ICC, vacunación

**Funcionalidad:** Nutrición, hidratación, ejercicio

**Metabolismo:** Medir niveles de medicamentos

**Cirugía:** Tono del esfínter, estado mental, educación

**Trombosis:** Deambulación, trombo profilaxis

# Systematic Review and Meta-analysis: Phenotype and Clinical Outcomes of Older-onset Inflammatory Bowel Disease

Ashwin N. Ananthakrishnan,<sup>a,\*†</sup> Hai Yun Shi,<sup>b,†</sup> Whitney Tang,<sup>b</sup>  
Cindy C. Y. Law,<sup>c</sup> Joseph J. Y. Sung,<sup>b</sup> Francis K. L. Chan,<sup>b</sup> Siew C. Ng<sup>b,\*</sup>

<b>Enfermedad de Crohn</b>	<b>Colitis Ulcerativa</b>
Enfermedad colónica OR 2.56 (IC95%1.88-3.48)	Colitis izquierda OR 1.49 (IC 95%1.18-1.88)
Tipo inflamatorio OR 1.19 (IC 95% 1.07-1.33)	Menos Inmunomoduladores OR 0.60
Menos probable enfermedad penetrante, perianal	Menos biológicos OR 0.41
Inmunomoduladores OR 0.44 Biológicos 0.34	Más cirugía OR 1.36 (IC 95% 1.18-1.57)

# 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%