



Recibido: 2026-06-05

Aceptado: 2026-06-16

Publicado: 2026-07-06

Valoración e intervención de Enfermería en paciente con enfermedad de Crohn según modelos: Gordon y Orem

Nursing assessment and intervention in patient with Crohn's disease according to the Gordon and Orem models

Autores

Ashley Belen Ojeda Aguilar¹

Estudiante de Licenciatura en Enfermería

<https://orcid.org/0009-0003-3979-6448>

aojeda4@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Justin Alexander Jaramillo León²

Estudiante de Licenciatura en Enfermería

<https://orcid.org/0009-0007-5712-3297>

jjaramill36@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Diana Elizabeth Calderón González³

Licenciada en Enfermería, Magister en Enfermería con Mención en Enfermería de Cuidados Críticos.

<https://orcid.org/0009-0003-0644-8244>

decalderon@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador



Resumen

La enfermedad de Crohn es una afección inflamatoria crónica que puede comprometer cualquier parte del tracto gastrointestinal, con tendencia a evolucionar en brotes y remisiones. El objetivo de este estudio fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon y la teoría del autocuidado de Dorothea Orem en una paciente con enfermedad de Crohn, con la finalidad de identificar necesidades alteradas y establecer intervenciones orientadas a mejorar su estado de salud. Se realizó un estudio de caso con enfoque cualitativo descriptivo en una

paciente de 33 años diagnosticada con enfermedad de Crohn no especificada y fístula recto vesical. La información fue obtenida mediante observación directa, entrevista y revisión documental de la historia clínica. La valoración permitió identificar alteraciones en los patrones percepción y manejo de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio y autopercepción, evidenciadas por diarrea persistente, pérdida de peso, anemia severa y debilidad generalizada. A partir de estos hallazgos se establecieron diagnósticos de enfermería relacionados con el desequilibrio nutricional y el riesgo de desequilibrio electrolítico, implementándose intervenciones enfocadas en el soporte nutricional, la monitorización clínica y la educación para el autocuidado. Se observó una mejoría del estado clínico y nutricional de la paciente; sin embargo, se presentaron recaídas asociadas a la falta de acceso al tratamiento biológico indicado. Se concluye que el Proceso de Atención de Enfermería favorece una atención integral e individualizada, aunque la continuidad terapéutica y el acceso oportuno a tratamientos especializados influyen directamente en la evolución de la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad de Crohn, Proceso de Atención de Enfermería, Teoría de Marjory Gordon, Autocuidado.



Abstrac

Crohn's disease is a chronic inflammatory condition that can affect any part of the gastrointestinal tract, tending to progress through cycles of flare-ups and remissions. The aim of this study was to apply the Nursing Process—based on Marjory Gordon's functional health patterns and Dorothea Orem's self-care theory—to a patient with Crohn's disease, in order to identify altered needs and establish interventions aimed at improving her health status. A descriptive qualitative case study was conducted involving a 33-year-old female patient diagnosed with unspecified Crohn's disease and a rectovesical fistula. Data were collected through direct observation, interviews, and a review of her medical records. The assessment revealed alterations in the following patterns: health perception and management, nutritional-metabolic, elimination, activity-exercise, and self-perception; these were evidenced by persistent diarrhea, weight loss, severe anemia, and generalized weakness. Based on these findings, nursing diagnoses related to nutritional imbalance and the risk of electrolyte imbalance were established, and interventions focusing on nutritional support, clinical monitoring, and self-care education were implemented. An improvement in the patient's clinical and nutritional status was observed; however, relapses occurred due to a lack of access to the prescribed biologic therapy. The study concludes that the Nursing Process facilitates comprehensive, individualized care, although therapeutic continuity and timely access to specialized treatments directly influence the course of the disease.

Keywords: Crohn's Disease, Nursing Care Process, Marjory Gordon's Theory, Self-Care.



Introducción

La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria crónica que puede comprometer cualquier segmento del tracto gastrointestinal, siendo más común en el intestino delgado y el colon. Se debe a una respuesta inmunológica alterada que produce inflamación transmural. Puede dar lugar a complicaciones, como estenosis, formación de fistulas, abscesos y flemones. Clínicamente, se manifiesta con diarrea persistente, dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos, fiebre y astenia. Además, puede presentar manifestaciones extraintestinales que afectan órganos como la piel, ojos, hígado, riñones y articulaciones (Tian, C. et al., 2026).

A nivel mundial, la prevalencia e incidencia de la enfermedad de Crohn varían según la región y el grado de desarrollo del país. En los países occidentales, se estima una prevalencia cercana a 319 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que la incidencia global oscila entre 3 y 20.2 casos nuevos por cada 100,000 personas al año. América del Norte y Europa presentan las cifras más elevadas, aunque se ha documentado un aumento progresivo en regiones como Asia y América del Sur. La enfermedad puede manifestarse a cualquier edad, pero el diagnóstico es más frecuente entre los 15 y 30 años, y se ha observado una ligera predominancia en mujeres, así como mayor frecuencia en personas de origen judío Ashkenazi o europeo (Yamamoto, J. et al., 2024).

En México, según el estudio de Yamamoto J. (2015), se atendieron 5.009 casos de enfermedad de Crohn en mujeres y 4.944 en hombres, con prevalencias de 8.1 y 8.4 por cada 100,000 habitantes, respectivamente. El 35.1 % de los casos correspondió a personas mayores de 50 años. Registrando 1.097 hospitalizaciones, donde el 43.7 % involucró a pacientes de 50 años o más. Respecto a la mortalidad, hubo 32 defunciones en mujeres y 36 en hombres, con tasas de 0.52 y 0.50 por cada 100,000 habitantes, reflejando el impacto clínico de la enfermedad en la población adulta (Wang, R. et al., 2023).

En Ecuador, el estudio de Mayorga et al. (2020) permitió determinar por primera vez la prevalencia nacional de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales. Se estimó una prevalencia de 5.2 casos por cada 100,000 habitantes, de los cuales 3.7 corresponden a colitis ulcerativa y 1.5 a enfermedad de Crohn. Estos valores coinciden con los reportados en otros países sudamericanos y asiáticos, aunque aún se mantienen por debajo de las cifras observadas en Europa o Norteamérica (Tian, C. et al., 2026).

La enfermedad de Crohn puede presentarse con una amplia variedad de síntomas y signos. Los síntomas evolucionan de una manera recurrente y remitente (Rogler, G. et al., 2021). Los síntomas más frecuentes son la diarrea crónica, el dolor abdominal y la pérdida de peso, pero también existen manifestaciones sistémicas como fiebre, fatiga, anorexia, malnutrición e hiperhidrosis nocturna (Dolinger, M. et al. 2024; Santillán Lima, J. et al., 2022).

La etiopatogenia de la Enfermedad de Crohn es desconocida, pero intervienen factores genéticos, como la mutación del gen NOD2, que impide detectar bacterias y favorece la inflamación, sobre todo en el íleon. En el sistema inmune, se alteran tanto la inmunidad innata como la adaptativa: la barrera intestinal se vuelve más permeable y se liberan citoquinas proinflamatorias (TNF- α , IL-1 β). La microbiota intestinal también se ve alterada, con menos bacterias protectoras y más bacterias inflamatorias. Factores ambientales como la dieta rica en carnes rojas y grasas omega-6, y el tabaquismo, que modifica la microbiota y aumenta el daño intestinal, también contribuyen al desarrollo y progresión de la enfermedad (Ozbey, D. et al., 2025).

La inflamación de la Enfermedad de Crohn afecta a todo el intestino, siendo la parte más frecuentemente afectada el íleon distal (Mosquera-Klinger, G. et al. 2021). Los pacientes con EC experimentan períodos de brotes y períodos de remisión durante el curso de su enfermedad. La patogénesis resulta de las interacciones de factores ambientales, sistema inmunitario, genes de susceptibilidad y cambios en el microbioma del huésped, lo que lleva a la alteración de la mucosa intestinal. El papel de las células inflamatorias en el mantenimiento de una enfermedad activa es bien conocido y la mayoría de las terapias tienen como objetivo detener la cascada de citocinas inflamatorias y proinflamatorias (Yang, Q., & Zhang, C. 2025).

La enfermedad de Crohn presenta varios factores de riesgo, entre los que destacan la predisposición genética, ya que muchas personas afectadas tienen antecedentes familiares directos, y ciertas etnias como la judía ashkenazí muestran mayor incidencia. También influyen alteraciones del sistema inmunitario, que generan una respuesta inflamatoria crónica. A nivel ambiental, vivir en países industrializados, zonas urbanas o climas fríos parece aumentar el riesgo, posiblemente por la contaminación, la dieta occidental y otros estresores. Además, el tabaquismo, el uso de anticonceptivos orales, la edad joven y

cambios en la microbiota intestinal son factores que elevan la probabilidad de desarrollar esta enfermedad (da Silva Júnior, R. et al., 2023).

Si la enfermedad no se trata o no responde al tratamiento, pueden surgir complicaciones graves que afectan la calidad de vida y la salud del paciente, entre ellas incluyen los abscesos que es acumulación de secreción purulenta que se forman en los tejidos inflamados causando dolor, fiebre y escalofríos, la obstrucción intestinal dada cuando la inflamación en el intestino se vuelve tan grave que estrecha el paso de alimentos y líquidos, cáncer de intestino su riesgo es relativamente bajo, pero aumenta después de más de 10 años de tener la enfermedad, estenosis lo que dificulta el paso de los alimentos y puede causar dolor abdominal, cólicos y diarrea y las fistulas (Ballarín, P. et al. 2022; Lee, H. et al., 2026).

En el contexto de desequilibrio electrolítico, las manifestaciones clínicas moderadas varían en función al electrolito afectado. En relación al sodio, se evidencian alteraciones de la memoria, déficit de atención, vómitos y desorientación. Por consiguiente, las alteraciones del potasio pueden manifestarse mediante debilidad, mialgia, taquicardia y parestesia. En cuanto al magnesio, su déficit se asocia con mayor frecuencia a pérdidas gastrointestinales especialmente por diarreas, además de disartria y disfagia. Asimismo, las alteraciones del calcio pueden desencadenar convulsiones, fragilidad ungueal y en casos más graves, cataratas. Finalmente, el fósforo puede presentar sintomatologías como irritabilidad, encefalopatía, hipoacusia, sarcopenia, entre otros (Cockburn, E. et al., 2023).

El diagnóstico de la enfermedad de Crohn incluye diversas pruebas complementarias. Los análisis de sangre, como el hemograma completo, proteína C reactiva, urea, electrolitos, perfil hepático, albúmina y hematínicos, pueden revelar anemia, trombocitosis, marcadores inflamatorios elevados e hipoalbuminemia, indicadores útiles del grado de inflamación y del estado nutricional. Los estudios de heces, como la calprotectina fecal, permiten detectar inflamación intestinal y diferenciar la enfermedad inflamatoria intestinal de trastornos funcionales como el síndrome del intestino irritable, además de descartar causas infecciosas como *Clostridioides difficile* (Escaffi, M. et al., 2021).

La endoscopia, ya sea sigmoidoscopia flexible o ileocolonoscopy, permite visualizar lesiones típicas como úlceras aftosas, lesiones salteadas, patrón empedrado, estenosis, fistulas y grasa perianal. La histología, a partir de biopsias tomadas por endoscopia, puede mostrar inflamación discontinua, irregularidades en las criptas y granulomas, estos últimos

altamente sugestivos de Crohn frente a colitis ulcerosa. Finalmente, las técnicas de imagen como la enterografía por tomografía o resonancia magnética y la ecografía intestinal son fundamentales para detectar engrosamiento de la pared intestinal, estenosis, fístulas y abscesos, siendo preferidas la resonancia y la ecografía por su menor exposición a radiación (Abdalla, S. et al., 2025).

El tratamiento es complejo y multifactorial, ya que no existe una cura definitiva. Su objetivo principal es inducir y mantener la remisión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones. El manejo temprano con medicamentos como salicilatos que pueden ser utilizados en la etapa de inducción a la remisión, mantenimiento y recaídas leves a moderadas, los corticosteroides, inmunomoduladores e inmunobiológicos puede mejorar la respuesta clínica, reducir la inflamación y disminuir las hospitalizaciones (Axi, L. at al., 2026).

También se consideran las intervenciones no farmacológicas, como la terapia cognitivo-conductual para tratar la ansiedad y la depresión, técnicas de relajación, ejercicio físico moderado. Se recomienda además dejar de fumar, ya que el tabaquismo empeora el pronóstico. En casos graves o con complicaciones como estenosis o fístulas, puede ser necesaria la cirugía, aunque esta no es curativa. La recurrencia postoperatoria es frecuente, por lo que se indican estrategias preventivas como el uso de terapias inmunosupresoras tras la cirugía. También se incluye un seguimiento riguroso para la detección precoz de cáncer colorrectal, ya que la Enfermedad de Crohn aumenta el riesgo de neoplasias (Maheshwari, et al., 2021).

Aunque no existe una forma conocida de prevenir la enfermedad de Crohn, es posible reducir su impacto en el organismo adoptando ciertos hábitos saludables. Llevar una alimentación balanceada y rica en nutrientes durante los períodos de remisión ayuda a mantener reservas adecuadas de vitaminas y minerales, lo que disminuye el riesgo de complicaciones como la anemia o la pérdida de peso. También es fundamental evitar el consumo de tabaco, ya que fumar no solo contribuye a la aparición de la enfermedad, sino que además se asocia con complicaciones severas como las fístulas. Las personas con enfermedad de Crohn tienen mayor probabilidad de desarrollar cáncer de colon. Por ello, es importante someterse a controles periódicos para detectar posibles alteraciones en una etapa

temprana. Se recomienda consultar con el profesional de salud qué pruebas de detección realizar y con qué frecuencia repetirlas (Lichtenstein, G. et al., 2025).

La dieta mediterránea es una de las dietas a largo plazo más completas ya que predomina un alto consumo de fibra presente en frutas y verduras, legumbres, cereales integrales, pescado y aves está inversamente asociado al riesgo de desarrollar enfermedad de Crohn (Sánchez, E. et al. 2023; Bueno, N. et al., 2025).

Tabla 1.

Plan Nutricional

Día	Desayuno	Media mañana	Almuerzo	Merienda	Cena
Lunes	Avena cocida con plátano maduro + yogurt sin lactosa	Compota de manzana sin piel	Arroz blanco + pescado al horno + zanahoria cocida	Galletas de arroz + té de manzanilla	Puré de calabaza + pechuga de pollo a la plancha + aceite de oliva
Martes	Jugo de papaya + pan blanco	Plátano maduro + trozo pequeño de queso	Quinoa + filetes de salmón + calabacín cocido	Suplemento + fruta	Papa cocida + tortilla francesa + vainitas cocidas
Miércoles	Panqueques de avena + huevo frito en agua	Tostadas sin gluten + queso bajo en grasa	Ensalada de papa + lentejas cocidas y zanahoria cocida sin piel	Yogurt sin lactosa con melón maduro triturado	Crema de zapallo + pollo desmenuzado
Jueves	Pan blanco tostado + clara de huevo revuelta + aguacate	Kiwi pelado	Pechuga de pollo + arroz blanco	Gelatina con pedacitos de pera cocida sin piel	Sopa de verduras coladas + tortilla francesa + arroz blanco
Viernes	Pan blanco con mermelada natural sin semillas ni trozos de fruta	Chips de zanahoria al horno	Puré de camote + pescado al vapor + calabaza cocida	Pan tostado con aceite de oliva y pizca de orégano + té	Puré de papa + pescado blanco al vapor
Sábado	Jugo de cereza + tostada sin gluten	Rodajas de manzana al horno	Sopa de verduras + pechuga de pavo	Smoothie de plátano + zanahoria cocida	Tortilla de atún + vegetal cocido
Domingo	Pan blanco + huevo duro	Trocitos de plátano + fruta + infusión	Pasta sin gluten + atún + salsa de calabaza	Suplemento + fruta	Crema de verduras + pescado al horno + plátano maduro

Nota: En la tabla se muestra un plan nutricional.

Para enfermería, el cuidado de pacientes con enfermedad de Crohn representa un desafío debido a la complejidad de las alteraciones nutricionales, emocionales y de autocuidado que acompañan la evolución de la enfermedad. En este contexto, el Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta metodológica que permite valorar integralmente a la paciente, identificar respuestas, formular diagnósticos de enfermería, planificar



intervenciones individualizadas y evaluar los resultados los resultados obtenidos, contribuyendo a mejorar la calidad del cuidado.

Los patrones funcionales de Marjory Gordon se consideran un instrumento que facilitan la valoración integral del paciente, mientras que la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem proporciona un sustento teórico para orientar intervenciones dirigidas al fortalecimiento del autocuidado y la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad. Por lo tanto, la integración de ambos modelos favorece el razonamiento clínico y permite brindar cuidados individualizados fundamentados en evidencia científica. Por lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente estudio fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon y la teoría del autocuidado de Dorothea Orem en una paciente con enfermedad de Crohn, con la finalidad de identificar necesidades alteradas y establecer intervenciones orientadas a mejorar su estado de salud.

Metodología

Se aplicó una metodología cualitativa descriptiva, centrada en el análisis de un caso real. La población de estudio fue una paciente femenina de 33 años. El estudio fue de tipo descriptivo, analítico y explicativo.

Se utilizaron los métodos observacionales, entrevista y documental. La observación directa permitió valorar la respuesta de la paciente a las intervenciones de enfermería. La entrevista brindó información sobre la percepción de su estado de salud y adherencia al tratamiento. La revisión documental incluyó registros clínicos y fuentes científicas. Las técnicas empleadas fueron la observación directa, la entrevista y la revisión de documentos clínicos. Los instrumentos utilizados fueron la historia clínica, bases de datos y literatura científica actualizada.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado escrito por el paciente para la revisión, análisis y publicación del presente caso clínico, donde se mantuvo la anonimización de los datos para proteger la identidad del individuo, al ser un reporte de caso basado en información de historial médico, no involucró la realización de experimentos en humanos

o animales por lo que los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con la realización y publicación de este trabajo cabe mencionar que el presente estudio no recibió ningún tipo de financiamiento externo.

Presentación del caso clínico

El presente caso es de una paciente adulta ingresada desde el 4 de junio del 2025, con diagnóstico médico de Enfermedad de Crohn no especificada y fístula recto vesical. Paciente de 33 años de edad con antecedentes patológicos de enfermedad de Crohn no especificada diagnosticada hace 7 años sin tratamiento hace 3 años y fístula recto vesical diagnosticada hace 5 años, reside en la ciudad de Machala, acude a una casa de salud por presentar cuadro clínico de aproximadamente 1 año de evolución caracterizado por pérdida de peso progresiva no cuantificada y diarreas a repetición, Hace $\pm$ 2 meses refiere astenia y debilidad generalizada + cuadro de tos seca, 24 horas antes de su ingreso presentó seis deposiciones diarreicas de moderada cantidad, no refiere ningún tipo de alergia.

El día 04/06/2025 acude para valoración por consulta externa en donde se solicitan exámenes de laboratorio que evidencian anemia severa, razón por la cual se la valora, se decide su ingreso y se inicia transfusión. En exámenes de laboratorio realizados el 04/06/2025 arrojaron Leucocitos $2.80 \times 10^3/\text{UL}$, Neutrófilos 58.1%, Linfocitos 25.4%, Monocitos 15.0%, Eosinófilos 0.7%, Basófilos 0.4%, Hemoglobina 6.3 g/dl, Hematocrito 20.5%, Volumen corpuscular medio (VCM) 76.5fL, Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 23.5 pg., Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM) 30.7%, Plaquetas $627.0 \times 10^3/\text{UL}$, Volumen Plaquetario Medio (VPM) 7.6fL, Urea 10.6mg/dl, Creatinina 0.46 mg/dl, Proteínas totales 5.21 g/dl, Albúmina 1.82 g/dl, Sodio 135.6 mEq/L, Potasio 3.92 mEq/L, Cloro 103 mEq/L.

El día 05/06/2025 se realiza Coproparasitario, color café de consistencia líquida, moco presente, 2-3 hematíes por campo, restos alimenticios no observados, glóbulos de grasa no observados, microbiota intestinal aumentada. A la fecha 21/06/2015, Leucocitos 9.95, Neutrófilos 81.2%, Linfocitos 10.1%, Monocitos 7.3%, Eosinófilos 0.2%, Basófilos 0.2%, Hematíes 3.02, Hemoglobina 8.2, Hematocrito 26.1, VCM 86.4fL, HCM 27.2 pg., CHCM 35.4%. Colonoscopia de enfermedad de Crohn con afectación de recto e íleon terminal.

Respecto a los antecedentes familiares manifiesta que sus padres son hipertensos y Abuela con Diabetes Mellitus tipo 2 además de Hipertensión Arterial. A su ingreso, sus signos



vitales fueron: presión arterial: 95/65 mmHg, frecuencia cardiaca: 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura axilar 36.4°C, saturación de oxígeno 99%, peso 31 kg, talla 1,48m, IMC de 14.15kg/m² indicando bajo peso, escala de Glasgow 15/15.

Durante el examen físico se observó cabeza normo cefálica, pupilas isocóricas foto reactivas, conductos auditivos externos permeables, fosas nasales permeables, mucosas orales secas, cuello móvil, simétrico, sin adenopatías. En piel su turgencia y elasticidad se encuentra disminuida, llenado capilar 3 segundos, caída progresiva de cabello, con una apariencia general regular, deambula y con tono y fuerza muscular conservada. Las siguientes tablas presentan la valoración integral de la paciente mediante los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y Dorothea Orem, permitiendo identificar alteraciones clínicas, necesidades y el nivel de capacidad de autocuidado, orientando la planificación de intervenciones de enfermería individualizadas.

Tabla 2.

Patrones alterados según teoría de Marjory Gordon

Percepción y manejo de la salud	Paciente presenta antecedentes de la enfermedad de Crohn hace 7 años y refiere haber suspendido el tratamiento durante aproximadamente 3 años, lo que favoreció a la reactivación de la enfermedad. Además, ingresó con anemia severa (hemoglobina 6,3g/dl), pérdida progresiva de peso, diarrea persistente de consistencia líquida, de color café y presencia de moco; debilidad generalizada, evidenciando un manejo ineficaz de su condición de salud.
Nutricional - metabólico	Alterado por el estado de desnutrición secundario a la enfermedad inflamatoria intestinal y al proceso de malabsorción, presenta un peso de 31kg, talla 1,48m resultando un índice de masa corporal de 14,15 kg/m ² indicando así un Bajo peso según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, albúmina de 1,82g/dl, proteínas totales 5,21 g/dl, anemia severa, mucosas orales secas, disminución de la turgencia cutánea y caída progresiva del cabello, manifestaciones compatibles con un importante déficit nutricional.
Eliminación	Altamente afectado debido a diarreas frecuentes, líquidas con moco y de color café. Se realizó el coproparasitario en donde se evidenció presencia de moco y hematíes, hallazgos relacionados con la actividad inflamatoria de la enfermedad de Crohn y con el riesgo de deshidratación y desequilibrio electrolítico.
Actividad y ejercicio	Alterado debido a la disminución de la tolerancia al esfuerzo ocasionada por la anemia severa, el bajo peso y la desnutrición. La paciente refiere debilidad generalizada que limita la realización de actividades de la vida diaria, presenta intolerancia a actividades físicas evidenciadas por fatiga secundaria a anemia severa. Estas manifestaciones se relacionan con el déficit nutricional y la pérdida de masa corporal provocados por la enfermedad.
Autopercepción – autoconcepto	Se evidencia cambios en su imagen corporal relacionado con la pérdida de peso, bajo índice de masa corporal y la caída progresiva del cabello, los cuales afectan su autopercepción, bienestar emocional y autoestima.
Rol-relaciones	Alterado debido a que ha modificado parcialmente su interacción social como consecuencia de su condición de salud y de su situación familiar. Refiere no recibir visitas en su domicilio para no generar incomodidad a los miembros de su familia con quienes convive. Además, limita participación en actividades sociales debido a manifestaciones clínicas de la enfermedad de Crohn. No obstante, mantiene una adecuada red de apoyo conformada por su madre, hermana y el padre de sus hijos, quienes contribuyen en su cuidado y apoyo económico parcial.
Adaptación tolerancia al estrés	Alterado por el proceso de adaptación que implica convivir con una enfermedad crónica de evolución recurrente, caracterizada por recaídas, hospitalizaciones y limitaciones derivadas de la enfermedad de Crohn. La dificultad para acceder oportunamente al tratamiento especializado en donde implica un factor estresante adicional que puede influir en su condición de salud. Pese a estas circunstancias mantiene un apoyo familiar, participa activamente en las recomendaciones del personal de enfermería favoreciendo su proceso de adaptación.

Nota: En la tabla se observan los patrones alterados según teoría de Marjory Gordon.



Tabla 3.

Aplicación de la teoría del déficit de autocuidado y del sistema de enfermería de apoyo-educación de Dorothea Orem

Elemento de la teoría	Aplicación al Caso Clínico
Déficit de autocuidado	Paciente presenta déficit parcial del autocuidado ocasionado por la actividad inflamatoria de la Enfermedad de Crohn, en donde se manifiesta diarreas persistentes, bajo peso, anemia severa y debilidad generalizada. Por ello, hubo limitación para satisfacer requisitos de autocuidado; no obstante, conserva la capacidad de comprender indicaciones proporcionadas y participar en su tratamiento.
Requisitos universales de autocuidado identificados	Se identificó alteración en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos debido a su pérdida de peso, mantenimiento del aporte suficiente de líquidos por la diarrea persistente y el riesgo de deshidratación, equilibrio en la actividad y descanso debido a debilidad generalizada secundaria a la anemia y en la prevención de riesgos de presentar complicaciones asociadas a la enfermedad y al desequilibrio hídrico-electrolítico.
Requisitos de desviación de la salud	Paciente requiere atención sanitaria especializada, a adquirir más conocimiento sobre la enfermedad, comprender la importancia de la adherencia al tratamiento, reconocer oportunamente signos de alarma, adherirse a las recomendaciones nutricionales y el fortalecimiento de conductas de autocuidado para la prevención de recaídas y favorecer el control de la enfermedad.
Sistema de Enfermería de Apoyo-Educación	Paciente mantiene la capacidad cognitiva para aprender, comprender y participar activamente en su cuidado; por ello, se seleccionó el Sistema de Apoyo-Educación. El rol de enfermería se centró en brindar educación, enseñanza y apoyo para el fortalecer habilidades de autocuidado y continuidad terapéutica.
Intervenciones de enfermería fundamentadas en la teoría	Educación sobre la enfermedad, promoción de la adherencia al tratamiento farmacológico, educación nutricional, orientación sobre hidratación, monitorización del estado nutricional (peso, hemoglobina, albúmina), vigilancia del equilibrio hídrico-electrolítico, identificación de signos de alarma y seguimiento continuo para fortalecer el autocuidado.
Resultados obtenidos mediante las intervenciones de enfermería	La aplicación del Sistema de Enfermería de Apoyo-Educación contribuyó al fortalecimiento del conocimiento de la paciente sobre su enfermedad, favorecer la adherencia al plan nutricional y al tratamiento indicado, mejorar su estado nutricional y promover el autocuidado, permitiendo mantener la estabilidad clínica durante determinados periodos de la evolución propia de la enfermedad. Sin embargo, la persistencia de recaídas estuvo condicionada por factores externos relacionados a la falta del acceso oportuno al tratamiento especializado, condición que limitó el control integral de la enfermedad pese a los beneficios alcanzados mediante las intervenciones de enfermería y participación activa en su autocuidado.

Nota: Aplicación de la teoría del déficit de autocuidado y del sistema de enfermería de apoyo-educación de Dorothea Orem.

Resultados y discusión

A continuación, se presenta el Plan de Cuidados de Enfermería

Tabla 4.

Plan de Cuidados de Enfermería de acuerdo al diagnóstico de enfermería y aplicando NIC y NOC

ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 1 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales				
NN	Medicina Interna	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA
DOMINIO 2: Nutrición CLASE 1: Ingestión CÓDIGO: [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales DEFINICIÓN: Consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C Enfermedades del sistema digestivo (Enfermedad de Crohn) M/P Dolor abdominal, Peso corporal por debajo del rango ideal de peso según edad y sexo IMC 14,15kg/m2 (Bajo peso), Anemia severa Hb:6,3, Debilidad.		DOMINIO II: Salud fisiológica CLASE K: Digestión y Nutrición CÓDIGO: Estado nutricional [1004] DEFINICIÓN: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.	1. [100401] Ingesta de nutrientes 2. [100402] Ingesta de alimentos 3. [100405] Relación peso/talla	Desviación Grave Del Rango Normal Desviación Sustancial Del Rango Normal Desviación Moderada Del Rango Normal	INICIA A EVALUAR CUANDO CAPTA AL PACIENTE (1)	FINALIZA DESPUÉS LA PUNTUACIÓN UNA VEZ MEDIDOS LOS INDICADORES (4)
			1. [100501] Albúmina sérica 2. [100503] Hematocrito 3. [100504] Hemoglobina 4. [100510] Transferrina sérica 5. [100506]	Desviación Leve Del Rango Normal Sin Desviación	INICIA A EVALUAR CUANDO CAPTA AL PACIENTE (2)	FINALIZA DESPUÉS LA PUNTUACIÓN UNA VEZ MEDIDOS LOS INDICADORES (3)



	DOMINIO II: Salud fisiológica CLASE K: Digestión y Nutrición CÓDIGO: Estado nutricional: determinaciones bioquímicas [1005] DEFINICIÓN: Componentes del líquido del organismo e índices químicos del estado nutricional.	Recuento linfocitario	Del Rango Normal Desviación Grave Del Rango Normal Desviación Sustancial Del Rango Normal Desviación Moderada Del Rango Normal Desviación Leve Del Rango Normal 5. Sin Desviación Del Rango Normal			
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						
INTERVENCIÓN ENFERMERÍA: [1100] Manejo de la nutrición						
CLASE:	D: Apoyo nutricional	CAMPO:	Dominio 1. Fisiológico: Básico			
ACTIVIDADES: [1100] Manejo de la nutrición						
Monitorizar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos). Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias (p, ej., dieta absoluta, dieta con líquidos claros, dieta líquida completa, dieta blanda, o dieta que se tolere), según se precise. Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad. Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos. Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida.						
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)						
INTERVENCIÓN ENFERMERÍA: [1160] Monitorización nutricional						
CLASE:	D: Apoyo nutricional	CAMPO:	Dominio 1. Fisiológico: Básico			
ACTIVIDADES:						
Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional (conocimiento, disponibilidad y accesibilidad de productos alimenticios de calidad, capacidad de preparar los alimentos). Monitorizar la turgencia y movilidad cutáneas. Identificar las anomalías del pelo (seco, fino, tosco y rotura fácil). Identificar anomalías de la defecación (diarrea, sangre, moco, defecación irregular o dolorosa). Identificar las anomalías del sistema musculoesquelético (emaciación muscular, artralgias, fracturas óseas, postura inadecuada). Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (albúmina sérica, transferrina, hemoglobina, hematocrito, recuento linfocitario) Administrar las suspensiones de coloides prescritas (hetalmidón, albúmina o fracción proteica plasmática), para la reposición del volumen intravascular, según corresponda. Usar una bomba intravenosa para mantener un flujo constante de infusión intravenosa. Iniciar el tratamiento o derivar al paciente, según proceda.						
ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA N° 2 Riesgo de desequilibrio electrolítico				
NN	Medicina Interna					
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
DOMINIO 2: Nutrición CLASE 5: Hidratación		RESULTADO (S)	INDICADORES:	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN ALCANZADA



CÓDIGO: [00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico DEFINICIÓN: Susceptible de cambios en los niveles de electrolitos séricos, que pueden comprometer la salud. DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de desequilibrio electrolítico R/C Mecanismos regulatorios comprometidos, Diarrea.	DOMINIO II: Salud fisiológica CLASE G: Líquidos y electrolitos CÓDIGO: Equilibrio electrolítico y ácido-base [0600] DEFINICIÓN: Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intracelulares y extracelular.	[060005] Sodio sérico [060006] Potasio sérico [060007] Cloruro sérico	Desviación Grave Del Rango Normal Desviación Sustancial Del Rango Normal Desviación Leve Del Rango Normal Sin Desviación Del Rango Normal	INICIA A EVALUAR CUANDO CAPTA AL PACIENTE (4)	FINALIZA DESPUÉS LA PUNTUACIÓN UNA VEZ MEDIDOS LOS INDICADORES (4)
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)					
INTERVENCIÓN ENFERMERÍA: [2020] Monitorización de electrolitos					
CLASE:	G: Control de electrolitos y ácido básico	CAMPO:	Dominio 2: Fisiológico: Complejo		
ACTIVIDADES:					
Vigilar el nivel sérico de electrólitos. (Se mantuvo dentro de los parámetros normales) Administrar soluciones isotónicas intravenosas prescritas (Lactato de Ringer) para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado, según corresponda. Mantener un acceso intravenoso permeable. Observar si se producen náuseas, vómitos y diarrea, frecuencia, características. Reconocer y notificar la presencia de desequilibrios de electrolitos. Administrar suplementos prescritos de electrólitos, según corresponda Consultar con el médico, si los signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran. Observar si hay signos y síntomas de hipopotasemia: debilidad muscular, irregularidades cardíacas, fatiga, parestesia, hiporreflexia, anorexia, estreñimiento, descenso de la motilidad gastrointestinal, mareos. Observar si hay signos y síntomas de hiperpotasemia: irritabilidad, inquietud, ansiedad, náuseas, vómitos, retortijones abdominales, debilidad, parálisis flácida, entumecimiento y hormigueos periorales, taquicardia que evoluciona a bradicardia, taquicardia. Observar si hay signos y síntomas de hiponatremia: desorientación, fasciculaciones musculares, náuseas y vómitos, retortijones abdominales, cefaleas, cambios de personalidad, crisis comiciales, letargo, fatiga, retraimiento y coma. Observar si hay signos y síntomas de hipernatremia: sed extrema, fiebre, mucosas secas y pegajosas, taquicardia, hipotensión, letargo, confusión, alteración del nivel de consciencia y crisis comiciales. Observar si hay signos y síntomas de hipocalcemia: irritabilidad, tetania muscular, signo de Chvostek (espasmo muscular facial), signo de Trousseau (espasmo carpiano), entumecimiento y hormigueo periférico, calambres musculares, disminución del gasto cardíaco, hemorragias y fracturas. Observar si hay signos y síntomas de hipercalcemia: dolor óseo profundo, sed excesiva, anorexia, letargo, debilidad muscular. Observar si hay signos y síntomas de hipomagnesemia: depresión muscular respiratoria, apatía mental, signo de Chvostek (espasmo muscular facial), signo de Trousseau (espasmo carpiano), confusión, tics faciales, espasticidad y arritmias cardíacas. Observar si hay signos y síntomas de hipermagnesemia: debilidad muscular, incapacidad para la deglución, hiporreflexia, hipotensión, bradicardia, depresión del SNC, depresión respiratoria, letargo, coma y depresión. Observar si hay signos y síntomas de hipofosfatemia: tendencia hemorrágica, debilidad muscular, parestesia, anemia hemolítica, función de leucocitos deprimida, náuseas, vómitos, anorexia y desmineralización ósea. Observar si hay signos y síntomas de hiperfosfatemia: taquicardia, náuseas, diarrea, retortijones abdominales, debilidad muscular, parálisis flácida e hiporreflexia. Observar si hay signos y síntomas de hipocloremia: hiperirritabilidad, tetania, excitabilidad muscular, respiraciones lentas e hipotensión. Observar si hay signos y síntomas de hipercloremia: debilidad, letargo, respiración rápida, profunda y coma					

Nota: En la tabla se muestra el proceso de diagnóstico e intervención de Enfermería

Loras C, et al (2022), señalan que en la Enfermedad de Crohn hay una afectación de todo el tubo digestivo, donde la zona más frecuente es el íleon y el colon. La inflamación es transmural, es decir, afecta a todas las capas del intestino. Clínicamente, se expresa con diarrea, dolor abdominal que no cede con la deposición, caquexia y pérdida de peso. En el caso se destaca la afectación en el íleon terminal y recto. Así mismo, está enfermedad se manifestó por medio de síntomas como las deposiciones diarreicas con presencia de moco, pérdida progresiva de peso y astenia generalizada.

El estudio de Vasquez de la Bandera Gonzenbach, et al (2023), indica que la enfermedad puede tener episodios de actividad y remisión de la inflamación y el curso progresivo de la enfermedad puede avanzar y presentar complicaciones como la estenosis y formación de fistulas. Esto concuerda con nuestro estudio puesto que la paciente fue diagnosticada con EC hace 7 años, gracias al tratamiento estuvo en fase de remisión, se le diagnostica una fistula recto vesical hace 5 años, y refirió estar sin tratamiento hace 3 años lo que produjo que la enfermedad entre en fase activa, presentando el cuadro clínico mencionado anteriormente.

Según Leiva (2019), el dolor, la fatiga, la incontinencia fecal son algunos de los síntomas físicos que generan un mayor impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. Además, destaca que el dolor puede ocasionar limitaciones funcionales y favorecer la aparición de otros síntomas como pérdida del apetito, náuseas y vómitos, mientras que la fatiga constituye una manifestación frecuente que afecta significativamente el bienestar del paciente. Estos hallazgos coinciden en el presente caso clínico, donde se evidenció alteración en el patrón de percepción y manejo de la salud, manifestada por pérdida progresiva de peso, anemia severa y debilidad generalizada. Del mismo modo, en el patrón nutricional-metabólico se identificaron bajo peso, caída progresiva del cabello, mucosas orales secas y disminución de los niveles de albúmina y proteínas totales. Estas alteraciones pueden relacionarse con la malabsorción intestinal propias de la enfermedad, con la repercusión de sintomatología como dolor y la fatiga ejercen sobre el estado general del paciente

En el estudio de Hernández H, et al (2025), indica que en el patrón 3 de eliminación en la teoría de Marjory Gordon, abarca los diferentes procesos de eliminación de desechos del cuerpo siendo uno de ellos las deposiciones. Por lo tanto, esto tiene relación con nuestro estudio ya que así se podrá evaluar la regularidad, cantidad y calidad de la defecación, así mismo, se permitirá evaluar si existen molestias o dificultades.

Jonte P, (2022), en su estudio ha demostrado que la actividad física puede mejorar la salud psicológica del paciente, el estado nutricional y su respuesta inmunológica, lo que hace que se produzca un aumento de la masa muscular y la densidad mineral ósea. Este hallazgo coincide con Abegunde el cual describió que la actividad física de intensidad ligera-moderada, con predominio del ejercicio aeróbico, puede disminuir algunos síntomas de la

Enfermedad de Crohn. En el presente caso se menciona que hay limitación de actividades diarias debido a la debilidad y fatiga repercutiendo así en su funcionalidad y calidad de vida.

Conclusiones

La enfermedad de Crohn es una afección inflamatoria crónica del tracto gastrointestinal recurrente la cual requiere un manejo integral y continuo para lograr el control de la actividad inflamatoria y prevenir complicaciones. En el presente caso clínico, la paciente presentó una recaída de la enfermedad asociada a la interrupción prolongada del tratamiento específico, evidenciando manifestaciones clínicas importantes como diarrea persistente, pérdida de peso, anemia severa, desnutrición y deterioro del estado general.

Durante la valoración de enfermería, basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon y la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, se identificaron alteraciones principalmente en los patrones nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio y percepción-manejo de la salud, permitiendo establecer diagnósticos de enfermería enfocados en el desequilibrio nutricional y el riesgo de desequilibrio electrolítico. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería ayudó a mejorar el estado clínico de la paciente mediante la monitorización continua, el soporte nutricional, la educación para el autocuidado y la prevención de complicaciones.

La adherencia de la paciente al plan nutricional contribuyó a mantener su peso corporal, mejorar su estado nutricional y disminuir el impacto de las diarreas recurrentes, evitando un mayor deterioro de su condición física. Asimismo, la educación para el autocuidado y el seguimiento continuo favorecieron la estabilidad clínica durante determinados periodos de la evolución de la enfermedad.

Sin embargo, a pesar de los beneficios obtenidos mediante las intervenciones de enfermería y el manejo nutricional, la paciente presentó recaídas asociadas a la falta de acceso al tratamiento biológico indicado, el cual podría mantener en remisión la enfermedad. Esta situación se debió a factores socioeconómicos y administrativos, ya que este tratamiento tenía que realizarse en otra ciudad, además de no conseguir la referencia correspondiente, no contaba con los recursos económicos necesarios para seguir el tratamiento biológico.



Este caso evidencia que el éxito terapéutico en la enfermedad de Crohn no depende únicamente de la adherencia del paciente o de las intervenciones de enfermería, sino también del acceso oportuno y equitativo a los tratamientos especializados. Por ello, resulta indispensable fortalecer los mecanismos de referencia, la cobertura de servicios especializados y el apoyo social a los pacientes con enfermedades crónicas complejas, con el fin de garantizar la continuidad terapéutica, disminuir las recaídas y mejorar su calidad de vida.

Finalmente, se recomienda fomentar el desarrollo de investigaciones que profundicen sobre la Enfermedad de Crohn, debido a la limitada evidencia científica disponible sobre esta patología. Así mismo, los futuros estudios podrían aportar conocimientos que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el pronóstico de las personas afectadas por esta enfermedad, favoreciendo una atención más oportuna y basada en evidencia.

Referencias Bibliográficas

- Abdalla, S., Brouquet, A., Aron-Badin, R., & Bougnères, P. (2025). Gene therapy in crohn's disease: Current preclinical challenges and future translational avenues. *Biomedicines*, 13(12), 3078. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13123078>
- Axi, L., Wang, Y., & Meng, W. (2026). Research progress on exclusive enteral nutrition combined with biologics in the treatment of adult Crohn's disease. *Journal of Crohn's & Colitis*, 20(4), jjaf236. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaf236>
- Ballarín, P. R., Bara, A. G., Salas, M. M. S., Vaca, D. E. N., Zabaleta, K. J. G., Silva, R. J. P., Serra, E. M. M., & de Lama Salvador, M. E. (2022). Complicaciones intestinales de la enfermedad de Crohn. Hallazgos radiológicos. *Espacio-seram.com*. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8623/7089>
- Bueno-Hernández, N., Yamamoto-Furusho, J. K., & Mendoza-Martínez, V. M. (2025). Nutrition in inflammatory Bowel Disease: Strategies to improve prognosis and new therapeutic approaches. *Diseases* (Basel, Switzerland), 13(5), 139. <https://doi.org/10.3390/diseases13050139>



- Cockburn, E., Kamal, S., Chan, A., Rao, V., Liu, T., Huang, J. Y., & Segal, J. P. (2023). Crohn's disease: an update. *Clinical Medicine (London, England)*, 23(6), 549–557. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2023-0493>
- da Silva Júnior, R. T., Apolonio, J. S., de Souza Nascimento, J. O., da Costa, B. T., Malheiro, L. H., Silva Luz, M., de Carvalho, L. S., da Silva Santos, C., & Freire de Melo, F. (2023). Crohn's disease and clinical management today: How it does? *World Journal of Methodology*, 13(5), 399–413. <https://doi.org/10.5662/wjm.v13.i5.399>
- Dolinger, M., Torres, J., & Vermeire, S. (2024). Crohn's disease. *Lancet*, 403(10432), 1177–1191. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02586-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02586-2)
- Escaffi, M. J., Navia, C., Quera, R., & Simian, D. (2021). Nutrición y enfermedad inflamatoria intestinal: posibles mecanismos en la incidencia y manejo. *Revista médica Clínica Las Condes*, 32(4), 491–501. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.01.013>
- Haridian, A., Hernández Hernández, Y., & Noah, M. D. (n.d.). Evaluación del Impacto del Programa “Mi otro yo (Crohn)” sobre la Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad de Crohn en los Dos Grandes Hospitales de Canarias. Ull.Es. Retrieved May 27, 2026, from <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/46193/Evaluacion%20del%20impacto%20del%20Programa%20%27Mi%20otro%20yo%20%28Crohn%29%27%20sobre%20la%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20Enfermedad%20de%20Crohn%20en%20los%20dos%20Grandes%20Hospitales%20de%20Canarias.pdf?sequence=1>
- Lee, H. H., Yuan, Y., Boland, B. S., Chang, J. T., Jairath, V., & Singh, S. (2026). Efficacy of advanced therapies in achieving remission by disease location in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*, 24(4), 923–931. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2025.07.009>
- Leiva M, J. (2019). Modelo de intervención psicológica para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(5) 365-371 <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.06.010>



- Lichtenstein, G. R., Loftus, E. V., Afzali, A., Long, M. D., Barnes, E. L., Isaacs, K. L., & Ha, C. Y. (2025). ACG clinical guideline: Management of crohn's disease in adults. *The American Journal of Gastroenterology*, 120(6), 1225–1264. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003465>
- Loras, C., Mañosa, M., Andújar, X., Sánchiz, V., Martí-Gallostra, M., Zabana, Y., Gutiérrez, A., Barreiro-de Acosta, M., & en representación de GETECCU. (2022). Documento de posicionamiento. Recomendaciones del grupo español de trabajo en enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (GETECCU) sobre el tratamiento de la estenosis en la enfermedad de Crohn. *Gastroenterología y Hepatología*, 45(4), 315–334. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.07.001>
- Maheshwari, P., Bobb, A., Stuart, A., Dalessio, S., Bernasko, N., Tinsley, A., Clarke, K., Coates, M. D., & Williams, E. (2021). Impact of a nurse navigator on a dedicated inflammatory bowel disease-focused gastroenterology clinic. *Annals of Gastroenterology*, 34(5), 675–679. <https://doi.org/10.20524/aog.2021.0627>
- Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (Noc): Medición de Resultados En Salud* (7th ed.). Elsevier.
- Mosquera-Klinger, G., Yepes Madrid, N., & Carvajal Gutiérrez, J. J. (2021). Enfermedad de Crohn con compromiso extenso y manifestaciones extradigestivas inusuales: a propósito de un caso. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 36(Supl. 1), 85–90. <https://doi.org/10.22516/25007440.605>
- Nanda Nanda International, & Kamitsuru, S. (2024). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación. 2024-2026. Edición Hispanoamericana* (T. H. Herdman, Ed.; 13th ed.). Elsevier.
- Ozbey, D., Saribas, S., & Kocazeybek, B. (2025). Gut microbiota in Crohn's disease pathogenesis. *World Journal of Gastroenterology*, 31(6), 101266. <https://doi.org/10.3748/wjg.v31.i6.101266>
- Jonte-Prieto A. Abordaje integral del paciente con enfermedad de Chron. *RqR Quantitative and Qualitative Research, Enfermería Comunitaria*. 2022 Aug; 10 (3): 40-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8935785>



- Rogler, G., Singh, A., Kavanaugh, A., & Rubin, D. T. (2021). Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: Current concepts, treatment, and implications for disease management. *Gastroenterology*, 161(4), 1118–1132. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.042>
- Sánchez Bonilla, E., Wong Álvarez, Ó. F., & Fung Cai, M. (2023). Enfermedad de Crohn: un enfoque integral en su patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Revista Medica Sinergia*, 8(8), e1092. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i8.1092>
- Santillán Lima, J. C., Pérez Ramírez, J. E., Torres Criollo, L. M., Álvarez Ochoa, R. I., & Caichug Rivera, D. M. (2022). *Medicina de Urgencias Tomo 2*. PUERTO MADERO EDITORIAL.
- Tian, C., Ranasinghe, I. R., & Hsu, R. (2026). Crohn disease. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Vasquez de la Bandera Gonzenbach, P. D., Siguencia Muñoz, J. M., Acosta Mayorga, C. G., & Perez Quiroga, F. D. (2023). Enfermedad de Crohn Perianal Fistulizante. Reporte de caso clínico y Revisión bibliográfica. *Revista UNIANDES de Ciencias de La Salud*, 6(3), 1414–1424. <https://doi.org/10.61154/rucs.v6i3.2740>
- Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (2024). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nic)* (8th ed.). Elsevier.
- Wang, R., Li, Z., Liu, S., & Zhang, D. (2023). Global, regional and national burden of inflammatory bowel disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ Open*, 13(3), e065186. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065186>
- Yamamoto-Furusho, J. K., López-Gómez, J. G., Bosques-Padilla, F. J., Martínez-Vázquez, M. A., & De-León-Rendón, J. L. (2024). Primer consenso mexicano de la enfermedad de Crohn. *Revista de gastroenterología de Mexico*, 89(2), 280–311. <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2024.03.003>
- Yang, Q.-H., & Zhang, C.-N. (2025). Comparative study on the pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. *World Journal of Gastroenterology*, 31(19), 106406. <https://doi.org/10.3748/wjg.v31.i19.106406>



Contribuciones de los autores:

Ashley Belen Ojeda Aguilar¹: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Justin Alexander Jaramillo León²: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Diana Elizabeth Calderón González³: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés