



**GOBIERNO  
FEDERAL**

**SALUD**

**CPE**

Comisión Permanente  
de Enfermería

# Plan de Cuidados de Enfermería

5

PACIENTE CIRUGÍA AMBULATORIA

**SICALIDAD**



**Vivir Mejor**



## INDICE

Temor	52
Riesgo de lesión peri - operatoria	54
Dolor agudo	56
Riesgo de infección de herida	58
Náuseas	60
Disposición para mejorar el autocuidado	62
Referencias bibliográficas y electrónicas	64
Participantes	64

## CIRUGÍA AMBULATORIA

La cirugía ambulatoria, es un procedimiento donde los pacientes son dados de alta del hospital a las pocas horas de haber sido intervenidos. Es posible considerar todas las técnicas anestésicas y farmacológicas que se utilizan, el uso de técnicas y fármacos que permitan una recuperación rápida y casi completa con mínimos efectos secundarios como: ausencia de sedación, vómitos e hipotensión ortostática para ser dados de alta.<sup>1</sup>

En este tipo de procedimiento como en muchos que se desarrollan en las instituciones de salud, es fundamental para la máxima seguridad establecer una taxonomía de seguridad para el paciente acorde al Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente.<sup>2-3</sup>

---

<sup>1</sup> <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple2/suple15.html>

<sup>2</sup> 59ª Asamblea Mundial de la Salud A59/22 Punto 11.16 del orden del día provisional. 4 de mayo de 2006.

<sup>3</sup> Alianza Mundial por la Seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la Seguridad del paciente. La Cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud, 2008.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGÍA AMBULATORIA**

**Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés**      **Clase: 2 Respuestas al afrontamiento**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Temor

**Factores relacionados (causas) (E)**

Relacionado con la presencia de dolor, con el periodo de hospitalización, falta de familiaridad con la experiencia ambiental, con lo desconocido, etc.

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Comenta sentirse asustado, demuestra conductas de ataque, aumenta el estado de alerta, presenta anorexia, taquicardia, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Controla el nivel de miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aumento de la presión sanguínea.</li> <li>– Temor verbalizado.</li> </ul>	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
Autocontrola del miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Busca información para reducir el miedo.</li> <li>– Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.</li> <li>– Controla la respuesta del miedo.</li> </ul>	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b> .  <b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b>

### **INTERVENCIONES (NIC): APOYO EMOCIONAL**

#### **ACTIVIDADES**

- Comentar la experiencia emocional con el paciente y apoyarlo en lo que necesite para que se sienta tranquilo y seguro.
- Explorar con el paciente el motivo que ha desencadenado las emociones.
- Darle al paciente muestras de apoyo.
- Propiciar que el paciente exprese sus sentimientos de ansiedad, preocupación, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir su estado emocional.
- Permanecer con el paciente para darle seguridad.
- Remitir a servicios de asesoramiento al término del procedimiento, si es necesario.

### **INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA DE PROCEDIMIENTO / TRATAMIENTO**

#### **ACTIVIDADES**

- Explicar el propósito del procedimiento o tratamiento a realizar.
- Explicar paso a paso el procedimiento o tratamiento y como se realizará.
- Utilizar palabras sencillas y claras de acuerdo a su nivel cultural.
- Enseñar al paciente como puede cooperar durante el tratamiento.
- Explicar al paciente cómo puede ayudar durante su recuperación.
- Darle tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese dudas e inquietudes.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGÍA AMBULATORIA**

**Dominio: 12 confort**

**Clase: 1 confort físico**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de lesión peri-operatoria

**Factores relacionados (causas) (E)**

Relacionado con inmovilización, alteraciones sensitivo-perceptuales debidas a la anestesia, dolor localizado.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
La persona detecta los riesgos que conlleva la cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce signos y síntomas que indican la presencia de riesgos.</li> <li>- Identifica los posibles riesgos para la salud.</li> <li>- Identifica cambios en el estado de salud.</li> <li>- Utiliza recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos</li> <li>- Utiliza recursos para conocer el procedimiento que se le va a realizar.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### **INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS**

#### **ACTIVIDADES**

- Llevar a cabo las medidas de precaución como lo marcan las precauciones universales establecidas por la OMS y la norma técnica institucional sobre la identificación correcta, sitio correcto y procedimiento correcto del paciente.
- Verificar antecedentes alérgicos a medicamentos u otros, en caso de ser así registrarlo en el formato de registros clínicos de enfermería para que el equipo de salud este enterado del tipo de alergia.
- Si el paciente tiene instalado marcapasos, dispositivo o implante eléctrico implementar medidas de precaución correspondientes para minimizar el riesgo de lesión.
- Verificar los documentos firmados de consentimiento de la cirugía y de otros tratamientos y procedimientos.
- En caso de administración de elementos sanguíneos llevar a cabo las medidas correspondientes como lo marca la NOM-003-SSA2-193, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"
- Llevar a cabo las medidas de precaución con el equipo eléctrico del área quirúrgica.
- Retirar prótesis y entregar a familiares cualquier tipo de prótesis, si procede.
- Llevar a cabo las medidas de precaución del acto quirúrgico como lo marcan las medidas universales de la OMS y las normas técnicas institucionales.

### **INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA**

#### **ACTIVIDADES**

- Valorar continuamente el estado e integridad de la piel.
- Monitorizar los signos vitales constantemente.
- Monitorizar el estado emocional y su respuesta ante el procedimiento.
- Monitorizar la perfusión tisular y la oxigenación del paciente durante todo el procedimiento y la recuperación.
- Observar la recuperación post-anestésica.
- Detectar signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Anotar en el formato de registros clínicos de enfermería la respuesta del paciente al tratamiento y procedimientos realizados de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGIA AMBULATORIA**

**Dominio: 12 confort**

**Clase: 1confort físico**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Dolor agudo

**Factores relacionados (causas) (E)**

Relacionado con el procedimiento quirúrgico de cirugía menor de mínima invasión.

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Manifestado por expresión verbal de malestar, conducta de protección o defensa de la zona, irritabilidad, sudoración, taquicardia.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Lleva a cabo acciones para controlar el dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce el comienzo del dolor.</li> <li>- Reconoce factores causales.</li> <li>- Utiliza medidas preventivas</li> <li>- Se administra analgésicos indicados.</li> <li>- Reconoce síntomas asociados al dolor.</li> <li>- Refiere dolor controlado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>



### **INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DEL DOLOR**

#### **ACTIVIDADES**

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración, frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados, analgésicos correspondientes.
- Valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor para seleccionar la estrategia de alivio más idónea para él.
- Enseñar al paciente los principios de control del dolor.
- Administrar los medicamentos en forma precisa utilizando los cinco correctos acorde a la norma técnica institucional.
- Anotar en el formato de registros clínicos de enfermería la respuesta del paciente al tratamiento y procedimientos realizados de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- Orientar a la persona a usar técnicas no farmacológicas para controlar el dolor como respiraciones profundas, colocarse en posición cómoda, etc.

### **INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS**

#### **ACTIVIDADES**

- Comprobar la prescripción médica en cuanto al medicamento, dosis, vía y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Controlar signos y síntomas antes y después de la administración de analgésicos, sobre en analgésicos de tipo narcótico.
- Instruir al paciente para que solicite la administración del analgésico antes de que el dolor sea más severo.
- Verificar dosis, vía y horario del analgésico prescrito.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Determinar la selección de analgésicos prescritos según el tipo y severidad del dolor.
- Anotar en el formato de registros clínicos de enfermería la respuesta del paciente al tratamiento y procedimientos realizados de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGIA AMBULATORIA**

**Dominio: 11 Seguridad / protección      Clase: 1 infección**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Riesgo de infección de herida

**Factores relacionados (causas) (E)**

Relacionado con procedimiento quirúrgico, microorganismos del medio ambiente hospitalario.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Regeneración de la herida por primera intención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aproximación cutánea</li> <li>- Aproximación de los bordes de la herida.</li> <li>- Formación de cicatriz.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguna</li> <li>2. Escaso</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Sustancial</li> <li>5. Extenso</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
La persona detecta riesgos de infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo.</li> <li>- Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	

### **INTERVENCIONES (NIC): CUIDADO DE LAS HERIDAS**

#### **ACTIVIDADES**

- Monitorizar las características de la herida, color, tamaño, olor y temperatura, incluyendo los drenes.
- Realizar el cuidado de la herida con medidas asépticas y utilizando las precauciones universales.
- Monitorizar la producción y características de exudado o secreción por herida o dren.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de apósito o vendaje.
- Comparar y registrar cualquier cambio que se produzca en la herida.
- Enseñar al paciente y familia los procedimientos para el cuidado de la herida.
- Informar al paciente y familia la detección oportuna de signos y síntomas de infección y trasladarse a la institución de salud más cercana en caso de presentar alguno.
- Anotar en el formato de registros clínicos de enfermería la respuesta del paciente al tratamiento y procedimientos realizados de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

### **INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES**

#### **ACTIVIDADES**

- Inspeccionar la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada.
- Fomentar la higiene de las manos en el personal de salud y familiares, utilizando los 5 momentos como lo marca la OMS y la campaña sectorial esta en tus manos.
- Mantener las normas de asepsia en la realización de procedimientos.
- Monitorizar continuamente el estado de la herida quirúrgica.
- Fomentar el autocuidado en la higiene personal y lavado de la herida con jabón al chorro de agua.
- Fomentar una ingesta de líquidos y nutrientes suficientes acorde a las posibilidades y cultura del paciente.
- Fomentar el aumento de la movilidad, deambulación y ejercicios pasivos.
- Explicar al paciente la importancia de tomar los antibióticos o cualquier otro medicamento prescrito.
- Recomendar al paciente acudir a su cita puntual para revisión de su herida.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGIA AMBULATORIA**

**Dominio: 12 confort**

**Clase: 1 confort físico**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Náuseas

**Factores relacionados (causas) (E)**

Relacionado con efectos secundarios anestésicos, temor, efecto de fármacos, dolor, factores psicológicos.

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Manifestado por incremento de salivación, sensación nauseosa, informes verbales, aumento de la deglución, disminución de la tensión arterial, palidez, diaforesis.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Control de la náusea y vómito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce el inicio de la náusea.</li> <li>- Reconoce los estímulos precipitantes.</li> <li>- Informa tener sensación de náusea.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### **INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA NÁUSEA**

#### **ACTIVIDADES**

- Valorar la presencia de las náuseas como: frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes.
- Observar las manifestaciones no verbales de incomodidad o de sensación de náuseas.
- Identificar factores que estén contribuyendo a la presencia de náuseas, como: medicamentos, procedimiento o el medio ambiente.
- Administrar los antieméticos prescritos y monitorizar la respuesta del paciente.
- Enseñar el uso de técnicas de respiración y dar posición para control de las náuseas.
- Identificar estrategias exitosas en el alivio de las náuseas.
- Colocar oxígeno por puntas nasales o mascarilla.
- Enseñar al paciente estrategias no farmacológicas para el control de las náuseas, como: respiraciones profundas, consumir alimentos fríos, enchilados, etc.
- Facilitar el descanso y el sueño para propiciar el alivio de las náuseas.
- Fomentar la higiene bucal para generar sensación de comodidad y eliminar el mal sabor.
- Animar a la ingesta de líquidos o dieta blanda que sean atractivas para la persona.

### **INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS POST-ANESTESIA**

#### **ACTIVIDADES**

- Monitorizar los signos vitales y la evolución del paciente.
- Administrar medidas de calor (mantas, calefacción, entre otros).
- Monitorizar la producción de diuresis si fuera necesario.
- Proporcionar medidas farmacológicas y no farmacológicas para control de las náuseas y vómitos.
- Administrar medicamentos prescritos.
- Vigilar el retorno de la función sensorial y motora.
- Valorar las condiciones del paciente para considerar el alta hospitalaria.
- Orientarlo sobre los cuidados que debe tener en el hogar en la herida, con la toma de medicamentos y su próxima cita.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGIA AMBULATORIA**

**Dominio: 4 actividad / reposo**

**Clase: 5 autocuidado**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

**Etiqueta (problema) (P)**

Disposición de mejorar el autocuidado

**Características definitorias (signos y síntomas)**

Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la vida, de la salud, del bienestar, del autocuidado y del desarrollo personal.

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Preparación para el alta: vida independiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Describe signos y síntomas al profesional de asistencia sanitaria</li> <li>-Describe los tratamientos prescritos.</li> <li>-Describe los riesgos de complicaciones.</li> <li>-Realiza actividades de la vida diaria independientemente</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## **INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD**

### **ACTIVIDADES**

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.
- Describir a la persona el proceso de la enfermedad con palabras sencillas y comprensibles de acuerdo a su nivel cultural.
- Identificar el grado de conocimiento de la persona acerca de su enfermedad.
- Proporcionar a la persona información suficiente acerca de la enfermedad.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del paciente.
- Comentar cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/ o controlar el proceso de la enfermedad.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control, terapia y tratamiento.
- Describir las posibles complicaciones.
- Instruir sobre las medidas para prevenir o minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que deba informar a la familia o al profesional de la salud.
- Instruir al paciente sobre lugares a donde acudir en caso de urgencia.
- Enseñar al paciente como realizar los cuidados de su herida.
- Enseñar al paciente a detectar signos y síntomas de posible infección de la herida.
- Explicar la importancia sobre la higiene de las manos.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:**

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
4. Alianza Mundial por la Seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la Seguridad del paciente. La Cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud, 2008
5. Norma Oficial Mexicana NOM -003-SSA-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
6. Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico
7. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

### **PARTICIPANTES:**

#### Coordinación del proyecto:

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

#### Elaboró:

Lic. Enf. María del Rocío Almazán Castillo Mtra. Jefatura de Dpto. de Normas y Programas de Enfermería de la Dirección de Enfermería de la DGCES. Secretaría de Salud

Lic. Ana Belém Morales López.- Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" IMSS